

# HORIZONTES MULTIDISCIPLINARIOS DE LA BIOÉTICA

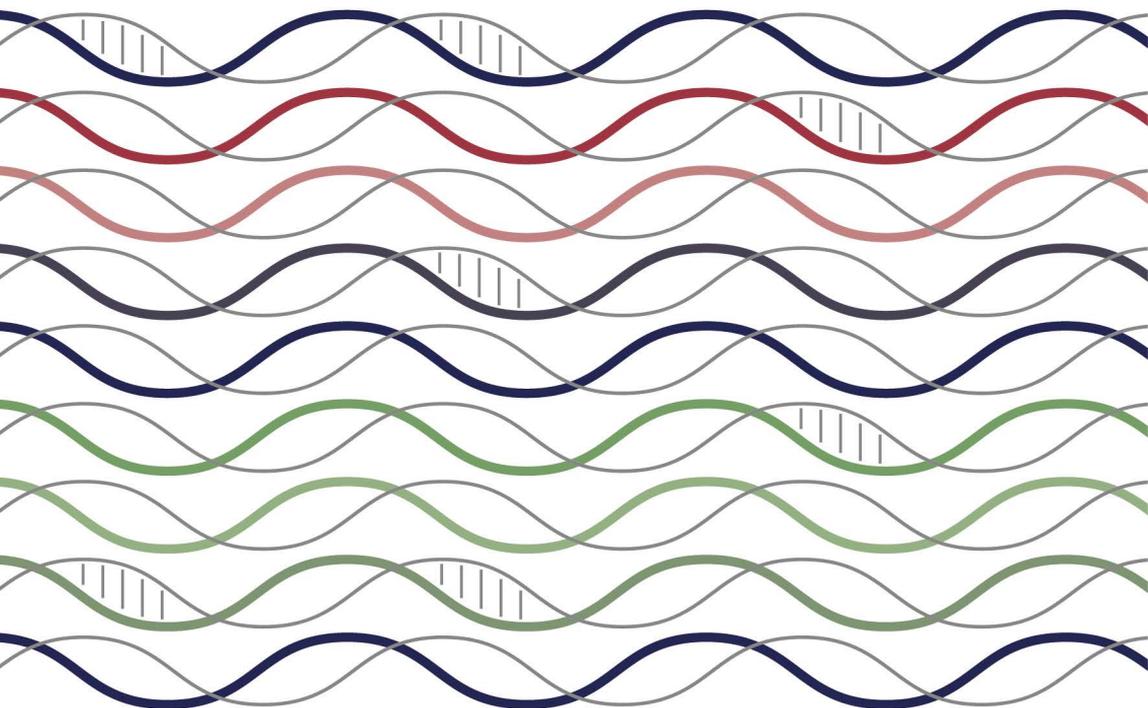
*Estudios y reflexiones en salud y ciencias sociales*

María Guadalupe Ramírez-Contreras

Lucila Méndez Morán

Heriberto Vega Villaseñor

*Coordinadores*





## **ACCESO GRATIS a la Lectura en la Nube**

Para visualizar el libro electrónico en la nube de lectura envíe junto a su nombre y apellidos una fotografía del código de barras situado en la contraportada del libro y otra del ticket de compra a la dirección:

**[ebooktirant@tirant.com](mailto:ebooktirant@tirant.com)**

En un máximo de 72 horas laborables le enviaremos el código de acceso con sus instrucciones.

La visualización del libro en **NUBE DE LECTURA** excluye los usos bibliotecarios y públicos que puedan poner el archivo electrónico a disposición de una comunidad de lectores. Se permite tan solo un uso individual y privado.



**Horizontes  
multidisciplinarios de  
la bioética: estudios y  
reflexiones en salud y  
ciencias sociales**

**COMITÉ CIENTÍFICO  
DE LA EDITORIAL TIRANT HUMANIDADES**

MANUEL ASENSI PÉREZ

*Catedrático de Teoría de la Literatura y de la Literatura Comparada  
Universitat de València*

RAMÓN COTARELO

*Catedrático de Ciencia Política y de la Administración  
de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociología  
de la Universidad Nacional de Educación a Distancia*

M.<sup>a</sup> TERESA ECHENIQUE ELIZONDO

*Catedrática de Lengua Española  
Universitat de València*

JUAN MANUEL FERNÁNDEZ SORIA

*Catedrático de Teoría e Historia de la Educación  
Universitat de València*

PABLO OÑATE RUBALCABA

*Catedrático de Ciencia Política y de la Administración  
Universitat de València*

JOAN ROMERO

*Catedrático de Geografía Humana  
Universitat de València*

JUAN JOSÉ TAMAYO

*Director de la Cátedra de Teología y Ciencias de las Religiones  
Universidad Carlos III de Madrid*

Procedimiento de selección de originales, ver página web:  
[www.tirant.net/index.php/editorial/procedimiento-de-seleccion-de-originales](http://www.tirant.net/index.php/editorial/procedimiento-de-seleccion-de-originales)

**María Guadalupe Ramírez-Contreras  
Lucila Méndez Morán  
Heriberto Vega Villaseñor**  
*Coordinadores*

# **Horizontes multidisciplinarios de la bioética: estudios y reflexiones en salud y ciencias sociales**



**UNIVERSIDAD DE  
GUADALAJARA**  
Red Universitaria e Institución Benemérita de Jalisco

**tirant humanidades**  
Ciudad de México, 2024

Copyright © 2024

Todos los derechos reservados. Ni la totalidad ni parte de este libro puede reproducirse o transmitirse por ningún procedimiento electrónico o mecánico, incluyendo fotocopia, grabación magnética, o cualquier almacenamiento de información y sistema de recuperación sin permiso escrito de los autores y del editor.

En caso de erratas y actualizaciones, la Editorial Tirant Humanidades publicará la pertinente corrección en la página web [www.tirant.com/mex/](http://www.tirant.com/mex/).

Este libro será publicado y distribuido internacionalmente en todos los países donde la Editorial Tirant lo Blanch esté presente.

© Varios autores y autoras

© TIRANT HUMANIDADES  
DISTRIBUYE: TIRANT LO BLANCH MÉXICO  
Av. Tamaulipas 150, oficina 502  
Hipódromo, Cuauhtémoc, 06100, Ciudad de México  
TELF.S.: +52 1 55 65502317  
[infomex@tirant.com](mailto:infomex@tirant.com)  
[www.tirant.com/mex/](http://www.tirant.com/mex/)  
[www.tirant.es](http://www.tirant.es)  
Librería virtual: [www.tirant.es](http://www.tirant.es)  
ISBN: 978-84-1081-097-6

Si tiene alguna queja o sugerencia, envíenos un mail a: [atencioncliente@tirant.com](mailto:atencioncliente@tirant.com).  
En caso de no ser atendida su sugerencia, por favor, lea en [www.tirant.net/index.php/empresa/politicas-de-empresa](http://www.tirant.net/index.php/empresa/politicas-de-empresa) nuestro Procedimiento de quejas.

Responsabilidad Social Corporativa: [http://www.tirant.net/Docs/RSC\\_Tirant.pdf](http://www.tirant.net/Docs/RSC_Tirant.pdf)

Obra financiada por el Programa de  
Fortalecimiento al Posgrado (PFP) 2024.

Esta obra fue dictaminada positivamente por:

Jesús Arturo Navarro Ramos  
*Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores (ITESO)*

Luis Eduardo Hernández Ibarra  
*Universidad Autónoma de San Luis Potosí (UASLP)*

Omar Trujillo Grás  
*Escuela Normal Superior de Especialidades (ENSE)*



# Índice

<b>Presentación</b> .....	13
---------------------------	----

María Guadalupe Ramírez-Contreras

## *Capítulo 1*

<b>Reflexiones sobre la multidisciplinariedad de la bioética. Notas de los compiladores</b> .....	17
---	----

María Guadalupe Ramírez-Contreras / Lucila Méndez Morán / Heriberto Vega Villaseñor

## *Capítulo 2*

<b>Pediatría y la toma de decisiones</b> .....	27
--	----

Darinka Rebeca Ruelas Zambrano / Heriberto Vega Villaseñor

## *Capítulo 3*

<b>Antecedentes de formación en bioética en los cursos de especialización médica en un hospital de tercer nivel de atención</b> .....	49
---	----

Jonathan Roberto Valdovinos Gutiérrez / Rocío Preciado González

## *Capítulo 4*

<b>Aspectos sociales en las adicciones y la implicación de la bioética</b> .....	73
--	----

Oscar Javier Fernández Cabrera

## *Capítulo 5*

<b>La perspectiva de los estudiantes de terapia física sobre la relación de los principios de la bioética y la discapacidad</b> .....	87
---	----

Carlos Saúl Ayala Madrigal / Aaliyah Kenari Guerrero Delgado

## *Capítulo 6*

<b>Código de ética de la universidad de Guadalajara y neurodiversidad</b> ..	101
--	-----

Yannette Concesa Velázquez Jiménez / Laura Guadalupe Medina Ceja / Lucila Méndez Morán

*Capítulo 7*

**Percepción de los retos para la formación en bioética de estudiantes de medicina en el Centro Universitario de Tonalá de la Universidad de Guadalajara** ..... 115

Ángel Ernesto Jiménez Bernardino / Yazdgard Tomás Barragán Tejeda

*Capítulo 8*

**Tratados internacionales sobre Derechos Humanos y el Derecho vigente en México** .....143

María Eugenia Crystal Cruz Gómez / Erika Karina Ortega Larios / Rocío Preciado González

*Capítulo 9*

**Organismos transgénicos; contraste internacional del cultivo de maíz transgénico**.....161

Francisco Javier Eguiluz Ruiz / Celia Robles Murguía / Lucila Méndez Morán

*Capítulo 10*

**Dilemas éticos en el cuidado transnacional de personas dependientes: una revisión de la literatura** .....187

María Guadalupe Ramírez-Contreras





# Presentación

Esta obra ofrece diez capítulos sobre temáticas relacionadas con la salud y las ciencias sociales que han sido analizadas desde la perspectiva de la bioética y que dan cuenta de un esfuerzo multidisciplinario en la comprensión de los fenómenos estudiados y en su resolución como una implicación ética y bioética. El libro se compone tanto de reflexiones como de estudios originales.

La obra fue desarrollada en coautoría entre el estudiantado y el profesorado de la Maestría en Bioética del Centro Universitario de Tonalá, de la Universidad de Guadalajara y las temáticas desarrolladas se relacionan con los proyectos de tesis de los maestrantes y con las líneas de investigación del profesorado.

En el primer capítulo, los compiladores reflexionan sobre la importancia de la multidisciplinariedad de la bioética y proporcionan aspectos distintivos sobre el papel y el diálogo que desempeña la bioética en las ciencias naturales y en las ciencias sociales.

En el segundo capítulo “Pediatria en la toma de decisiones”, los autores analizan la toma de decisiones desde una perspectiva filosófica, como un marco general de la reflexión ética, y además realizan una revisión general sobre la toma de decisiones, toma de decisiones médicas y en particular de la toma de decisiones en el ámbito médico pediátrico, desarrollando también el marco legal y bioético involucrado en este proceso.

Luego, en el capítulo tres, sus autores presentan una serie de antecedentes de formación en bioética en los cursos de especialización médica en un hospital de tercer nivel de atención de Guadalajara, Jalisco. Lo anterior porque en el contexto de la medicina, la formación en bioética adquiere una relevancia crucial, ya que los profesionales de la

salud enfrentan dilemas éticos complejos que involucran no solo a las personas quienes padecen ciertas enfermedades y a sus familiares, sino también a la sociedad en general.

En el capítulo cuatro el autor refiere aspectos sociales considerados en el estudio de las adicciones y la implicación de la bioética en dichos entornos, destacando las principales temáticas que se colocan en la discusión bioética cuando se analizan las adicciones como un padecimiento, es decir, como un problema de salud y desde un enfoque social.

Los autores del capítulo cinco presentan los resultados de un estudio sobre la perspectiva de los estudiantes de una licenciatura en terapia física en relación a los principios de la bioética y la discapacidad.

En el capítulo seis, las autoras llevan a cabo un análisis sobre el Código de Ética de la Universidad de Guadalajara, México y las condiciones de neurodiversidad presentes en su estudiantado.

El capítulo siete se titula “Percepción de los retos para la formación en bioética de estudiantes de medicina en el Centro Universitario de Tonalá de la Universidad de Guadalajara”. Los autores destacan la importancia de una formación profesional integral que no solo considere los conocimientos científicos, sino la necesaria formación ética y humanista de quienes cuidan la vida y la salud de las personas.

En el capítulo ocho, denominado “Tratados Internacionales sobre Derechos Humanos en el Derecho Vigente en México”, las autoras elaboran una revisión de sitios gubernamentales de los tres poderes de la Unión, para plasmar la manera en que se ha dispuesto la información y contenido de los Tratados Internacionales sobre Derechos Humanos en México, realizando una clara explicación de preceptos de Derecho, enriqueciendo así el quehacer del profesional de la bioética vinculado con el derecho.

Posteriormente, en el capítulo nueve, titulado “Organismos transgénicos: contraste internacional del cultivo de maíz transgénico”, los autores recopilan información sobre organismos genéticamente modificables,

con énfasis en organismos transgénicos, para brindar información sobre los marcos éticos internacionales que se han incorporado en el uso e implementación del maíz transgénico.

Y para finalizar, en el capítulo diez la autora presenta una síntesis de la literatura existente sobre la discusión ética y los dilemas actuales en torno al cuidado transnacional de las personas dependientes, destacando tres aspectos centrales: las cadenas globales de cuidado y las desigualdades en el cuidado transnacional de los dependientes; las implicaciones éticas en la implementación de tecnologías para el cuidado transnacional; y la ética en el cuidado transnacional de los dependientes en un diálogo con las políticas públicas actuales.

En este libro más que presentar una postura bioética estática o unificada frente a diversos temas de interés de las ciencias de la salud y las ciencias sociales, las autoras y los autores intentan reflexionar en torno a dichas temáticas y a sus implicaciones en la vida social, partiendo de las discusiones éticas y bioéticas más sólidas en la actualidad; esta obra es un esfuerzo por representar una fuente de referencia para el alumnado, el profesorado, la academia y en general para toda la comunidad interesada en la bioética.

MARÍA GUADALUPE RAMÍREZ-CONTRERAS



## *Capítulo I*

# **Reflexiones sobre la multidisciplinaria de la bioética. Notas de los compiladores**

María Guadalupe Ramírez-Contreras / Lucila Méndez Morán /  
Heriberto Vega Villaseñor

## **INTRODUCCIÓN**

La bioética, en su esencia, es un espacio donde convergen múltiples disciplinas para enfrentar los dilemas morales que emergen en la interacción entre la ciencia y la vida humana. Desde decisiones pediátricas hasta la neurodiversidad, desde las políticas sobre transgénicos hasta el cuidado transnacional, la bioética nos invita a reflexionar sobre lo que significa ser justos, equitativos y humanos en un mundo complejo y cambiante. Por lo que, al integrar la ciencia, la medicina, el derecho y en general las ciencias sociales, la bioética nos permite construir una sociedad más justa, inclusiva y respetuosa de la dignidad humana. Es nuestro deber como profesionales y ciudadanos comprometidos con el bienestar de los demás, promover el diálogo y la reflexión sobre los principios bioéticos en todas las áreas de nuestra vida. Es importante analizar problemas complejos relacionados con el avance de las tecnologías médicas, los derechos humanos, las decisiones sobre el fin de la vida, el desarrollo biotecnológico y el impacto ambiental, desde una perspectiva más holística. El presente capítulo tiene como objetivo contrastar el papel de la bioética en las ciencias naturales, con su papel en las ciencias sociales, destacando el elemento central de la multidisciplinaria en la resolución de las cuestiones de implicación ética y bioética.

## **BIOÉTICA EN LAS CIENCIAS NATURALES: BIOÉTICA AMBIENTAL, AGRÍCOLA Y BIOTECNOLOGÍA**

A nivel ambiental, la bioética relaciona estudios sobre los problemas éticos de la interacción entre los seres humanos y los ecosistemas, teniendo como objetivo la responsabilidad moral que tenemos todos hacia el entorno natural, a los organismos no humanos como son los animales y plantas, a los ecosistemas, y en sí al planeta en su conjunto, para integrar principios éticos que determinen la toma de decisiones de cómo tratar el entorno natural que nos rodea, con la finalidad de plantear un equilibrio entre las necesidades humanas con la preservación de los ecosistemas. En nuestra época, la bioética ambiental es fundamental, ya que el impacto humano sobre el planeta ha alcanzado niveles sin precedentes, por lo que los desafíos ambientales deben de ser abordados desde el respeto por la vida y la responsabilidad de cuidar el entorno natural. A medida que la tecnología y el desarrollo económico avanzan, es fácil que el medio ambiente sea sacrificado por intereses a corto plazo. La bioética ambiental nos recuerda que tenemos un deber moral no solo con las generaciones futuras para la construcción de un futuro más sostenible y justo, sino además de un respeto por el medio ambiente que sea parte integral de nuestras decisiones políticas, económicas y científicas.

La agricultura es una de las actividades humanas con mayor impacto ambiental, contribuyendo a la deforestación, la pérdida de biodiversidad, la contaminación del agua y el cambio climático. La bioética en la agricultura nos insta a considerar prácticas sostenibles que minimicen el impacto ambiental. La aproximación bioética a la agricultura ofrece un marco importante para equilibrar la productividad agrícola con la responsabilidad moral hacia los seres vivos y el medio ambiente. El uso intensivo de pesticidas, fertilizantes y organismos genéticamente modificados (OGM) plantea serios dilemas bioéticos. Por un lado, estas tecnologías pueden aumentar el rendimiento agrícola y la seguridad alimentaria. Por otro lado, pueden tener efectos perjudiciales para la salud humana, el medio ambiente y la biodiversidad. Debe de considerarse

que un enfoque bioético debe buscar un equilibrio, evaluando los riesgos y beneficios de estas tecnologías para asegurar su uso responsable y sostenible. Uno de los enfoques a este nivel es la justicia social en la agricultura, esto debido a que, en muchas partes del mundo, los pequeños agricultores y las comunidades rurales enfrentan desigualdades estructurales que les dificultan competir en el mercado global. Desde una perspectiva bioética, es fundamental garantizar que los beneficios del progreso agrícola lleguen a todos, promoviendo políticas que favorezcan una distribución justa de los recursos y tecnologías, incluyendo el fomentar la agroecología, reducir el uso de productos químicos nocivos y buscar formas de regenerar los ecosistemas agrícolas. La bioética agrícola debe abordar el reto de alimentar a una población creciente sin agotar los recursos naturales. Es crucial el buscar soluciones éticamente responsables que permitan garantizar la seguridad alimentaria a largo plazo sin comprometer el futuro del planeta. En un mundo donde la producción de alimentos está tan interconectada con cuestiones ambientales y sociales, es vital tomar decisiones informadas y éticamente sólidas para asegurar un futuro sostenible para todos. La bioética al ser un campo multidisciplinario ofrece herramientas valiosas para enfrentar los dilemas éticos de nuestro tiempo.

La bioética en biotecnología es un campo fundamental para abordar los dilemas éticos que surgen del avance y la aplicación de tecnologías en áreas como la genética, la agricultura, la medicina y el medio ambiente. La biotecnología tiene el potencial de transformar la vida humana y el entorno, pero al mismo tiempo plantea importantes desafíos morales y sociales. La bioética ofrece un marco para equilibrar el progreso con la justicia, la equidad y el respeto por la vida, asegurando que los avances biotecnológicos beneficien a la humanidad de manera inclusiva y sostenible. El cometido de la bioética es desempeñar un papel fundamental en guiar el desarrollo y la aplicación de la biotecnología de manera responsable, asegurando que se respeten los derechos humanos, el bienestar de los seres vivos, y el equilibrio ecológico. La falta de información y control en este ámbito ha limitado la implementación de

marcos bioéticos adecuados. Uno de los principales problemas es que la biotecnología, al ser un campo tan dinámico y en constante evolución, ha avanzado mucho más rápido que los marcos regulatorios y las discusiones éticas que deberían guiarla. Esto ha generado una brecha entre el desarrollo tecnológico y las consideraciones éticas, lo que puede llevar a usos no controlados o irresponsables de las innovaciones biotecnológicas. Si bien la biotecnología tiene el potencial de transformar la salud, la agricultura y el medio ambiente de maneras positivas, su poder también conlleva el riesgo de generar nuevas formas de desigualdad, manipulación o daño. Necesitamos crear una cultura ética sólida alrededor de la biotecnología, donde el respeto por la vida, la justicia y la equidad estén en el centro de las decisiones tecnológicas. Solo así podremos aprovechar los avances biotecnológicos de manera responsable y sostenible.

## **BIOÉTICA EN LAS CIENCIAS SOCIALES**

Acerca de la relación entre la Bioética y las Ciencias Sociales, conviene hacer una revisión por separado de todos los componentes que están presente en estos conceptos. Así que procederé en primer lugar a caracterizar en qué consiste cada uno de ellos.

En primer lugar las Ciencias Sociales. Por dato histórico se sabe que la inquietud por explicar lo que son las cosas ha acompañado a nuestra especie desde los orígenes. Se trataba de saberes generales ligados a la vida práctica para resolver la sobrevivencia, el uso y aprovechamiento de los recursos al alcance y de ahí hasta la sofisticación, diversidad y fragmentación en especialidades con que contamos hoy (Morin, 1984).

En el siglo XVIII con el arribo de la corriente positivista, cuyo principal representante es Auguste Comte, se planteó que en el proceso de explicar la realidad se dio paso a tres etapas históricas: la primera en donde se recurría a la religión, a lo divino, como causa de todo lo que sucede en el mundo; la segunda en donde toma el lugar de la

comprensión y explicación la filosofía, expresada como metafísica, en el sentido de que se recurría a aspectos que estaban más allá de lo físico, tangible; la tercera era la explicación positivista, que hace alusión a que sólo se puede conocer aquello que es observable o que se puede tocar es decir que tiene evidencia empírica, que es objeto, y que se puede medir y contabilizar, la expresión también hace alusión a que se hace sin prejuicios. Esta forma de generar conocimiento, el positivismo, acabó subsumiendo el concepto de ciencia, de tal forma que se adoptó su método como el método científico, cuando en sentido estricto, sería el método positivista, que se asentó especialmente en las llamadas ciencias físico-naturales. Un rasgo central es que se consideraba una forma de generar conocimiento objetivo y, en consecuencia, verdad científica porque se asumía una explicación causal que permitía controlar y predecir los fenómenos de la naturaleza.

¿Y dónde quedó el saber acerca del ser humano, de la vida en comunidad o sociedad, de la experiencia religiosa y artística, de los saberes transmitidos de generación en generación para la vida práctica? En un principio quedaron en la sospecha, como saberes no objetivos, por lo tanto subjetivos y sin consistencia de verdad científica. De ahí que se vino un esfuerzo por alinear este tipo de saberes con ese modelo que se volvió predominante en la construcción del conocimiento: el positivismo. Así, la sociología planteó, con Durkheim, que los hechos podrían ser considerados como “cosas” (Durkheim, 1998); Malinowsky, desarrolló el método etnográfico que consiste en juntar evidencia empírica de las costumbres de grupos étnicos específicos (especialmente los considerados menos civilizados) para dar cuenta de ellos de manera científica; una corriente de la psicología asumió que sólo se podía dar cuenta de aquellas conductas observables las cuales se podrían moldear a partir de procesos de estímulo y respuesta; la historia consideró que sólo merecía ese nombre el período humano a partir de que se contaba con evidencia escrita sobre lo acontecido, todo lo demás sería pre-historia, etc. Y de ahí surgieron las llamadas Ciencias Sociales, con esta consigna y complejo de intentar parecerse, en la forma,

a la producción de conocimiento de las llamadas Ciencias Naturales, consideraras como el conocimiento científico.

Al paso de los años los llamados conocimientos científicos se fueron desarrollando, y eso implicó una dinámica de especialización que dio como resultado una enorme fragmentación del conocimiento: se sabía cada vez con mayor profundidad de cosas muy específicas. Al grado que esa profundidad, mostró también su limitación: se perdió el saber general de la vida y de la problemática humana. Otra consecuencia fue que partiendo del planteamiento de que el sujeto puede conocer un objeto, y al centrar tanto la atención en el objeto, lo que ya se ha denominado como objetividad, entonces acabó desapareciendo el sujeto (Morin, 1984; Nicolescu, 1996). Sin embargo, el sujeto, en su contexto y relaciones, es el único capaz de generar conocimiento, de ahí que al pretender eliminarlo, en función de que fuera un conocimiento libre de prejuicios, se acabó por ocultar que todo saber está mediado por intereses y finalidades, que prácticamente no hay nada neutro en la actividad humana, y menos en aquellas en donde se juega la vida.

Otra variante del desarrollo del conocimiento fue también la integración de diversos saberes en función de algún objeto de estudio común, se dio en el caso de las área de Ciencias Naturales, como lo fue el caso dela electromecánica, la bioingeniería o más recientemente la nanotecnología; y también en el campo de las Ciencias Sociales como la podría ser la psicopedagogía, o la combinación de historia o sociología con otras ciencias como la historia del derecho, historia de la educación, sociología del derecho o sociología de la educación. Un paso más ha sido la interdisciplina entre las llamadas ciencias duras y las sociales, con los ejemplos de la sociobiología o la bioética en la que se haría énfasis, desde la mira de las Ciencias Sociales.

La bioética es el cruce entre la biología y la ética, una disciplina de la filosofía colocada más precisamente en lo que se ha denominado como Humanidades por la sospecha de no entrar en el rango de ciencia, desde la perspectiva ya planteada; y esta disciplina, la ética, tiene como

quehacer el estudio de la moral, es decir, la reflexión sobre los códigos, normas, principios, reglas que orientan el comportamiento y dan los elementos de juicio sobre toda acción humana. La ética no se refiere a hacer lo correcto, como comúnmente se le confunde, eso es materia de la deontología, sino que se pregunta por los fundamentos: ¿por qué se dice que tal acción está bien o está mal, en qué se fundamenta? En ocasiones lo que sostiene un comportamiento o un juicio viene sólo de la tradición heredada o por las influencias del contexto sin mayor discernimiento. La ética es la pregunta incómoda que obliga a dar cuenta del origen y del sentido de nuestra moral.

La biología, etimológicamente, es el tratado o estudio de la vida. El surgimiento de la bioética se concentró, al inicio, en los riesgos de la vida humana desde la práctica médica, de donde se derivaron principios de esa acción: no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia, con lo cual se creó la corriente llamada principialismo fundada por Beauchamps y Childress. Frente a este origen, las ciencias sociales, abren el abanico de alcance para la bioética al considerar la vida en sentido amplio y al reconocer que el ser humano pone en juego su vida no solo en la atención médica, sino en múltiples ámbitos de la sociedad. Así la acción humana no sólo puede poner en riesgo la vida de la especie de manera directa, sino también indirectamente al atentar contra las especies animales, los insectos, y también en el abuso de la vida vegetal.

Y desde el campo específico de las ciencias sociales y humanidades, la bioética se convierte, casi de facto, en una faceta de la ética que le hace recordar que la moral humana tiene que ver con todo quehacer humano y sus consecuencias. De ahí que todo ámbito social sería susceptible de esta reflexión, y sólo por citar, se puede exponer un listado de asuntos: el desarrollo tecno-científico, la economía, los derechos humanos, la justicia social, el acceso a la salud, la atención a las personas migrantes, la relación con las religiones, el derecho en general, el cuidado de las personas mayores, los comités de análisis y orientación, etc. Dicho de otra forma, prácticamente toda acción humana es susceptible de ser analizada, reflexionada desde una perspectiva bioética. Sobre todo

porque hemos llegado a un punto donde el conocimiento nos ha dado la posibilidad no solo de transformar para bien el mundo, sino también de destruirlo si no se actúa de forma reflexiva, con discernimiento, cuestionando de frente a la vida en general, toda decisión y acción humana.

De la filosofía, la bioética retoma también el instrumental analítico y los métodos que con el tiempo se han ido generando para revisar y reflexionar sobre casos particulares, con la finalidad de llegar a respuestas de acción. Así, la bioética toma de la Lógica, entre otros: la distinción entre concepto y proposición, la metodología argumentativa del silogismo, el método casuístico del tomismo, las formas analíticas de la lógica simbólica, etc. De la Antropología el análisis de las diversas concepciones del ser humano, sobre todo aquellas que explican mejor su libertad y la necesidad de dar cuenta o responder ante toda acción realizada; de la metafísica pueda retomar el análisis de la composición y transformación de la realidad, así como las implicaciones humanas en ella; de la epistemología podría revisar la manera como el ser humano conoce y desde ahí lo que le es posible conocer; de la ética, los diversos referentes de análisis de la moral a lo largo de la historia humana, así como la diversidad de métodos de análisis que permiten distinguir qué es lo que está en juego en cada dilema moral, así como los pasos para poder llegar a una resolución que, aunque no sea siempre la mejor, podría ser la menos mala (Córdova, 2018).

En conclusión, las Ciencias Sociales, y las Humanidades, especialmente la Filosofía y la Ética, son esenciales para la reflexión bioética. Estas disciplinas abordan temas donde la vida humana y toda en general, se ven implicadas, pero también ofrecen instrumental teórico y metodológico que ayuda a buscar los fundamentos de juicios, principios y comportamientos humanos, teniendo como objetivo el promover la toma de conciencia, responsabilidad y decisiones críticas y reflexivas. En el fomento de un diálogo constante para la toma de decisiones informadas y responsables en un mundo en constante cambio, es necesario combinar conocimientos de medicina, derecho, ciencias naturales y sociales que son fundamentales para construir una sociedad que respete

la dignidad humana y promueva la justicia y la equidad. Estas decisiones aseguran que el progreso científico esté en armonía con valores éticos fundamentales, promoviendo un entorno saludable y sustentable. La bioética nos llama a examinar los principios éticos que deberían orientar nuestras acciones.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- Córdova, I. (14 de febrero de 2018). Bioética y derecho. (H. V. Villaseñor, Entrevistador)
- Durkheim, E. (1998). *Las reglas del método sociológico y otros escritos sobre filosofía de las ciencias sociales*. Altaya.
- Morin, E. (1984). *Ciencia con consciencia*. Anthropos, Editorial del hombre.
- Nicolescu, B. (1996). *La transdisciplinariedad. Manifiesto*. 7 Saberes.



## Capítulo 2

# Pediatría y la toma de decisiones

Darinka Rebeca Ruelas Zambrano / Heriberto Vega Villaseñor

### INTRODUCCIÓN

La toma de decisiones en pediatría es un proceso complejo en el que se ven involucrados varios factores y personas para que se lleve a cabo de la mejor manera. Para lograr un análisis completo se revisarán varios ámbitos involucrados directa e indirectamente durante este proceso. En primer lugar se hará reflexión sobre la toma de decisiones desde una perspectiva filosófica, como un marco general de la reflexión ética, posterior se realizará una revisión general sobre la toma de decisiones, toma de decisiones médicas y en particular de la toma de decisiones en el ámbito médico pediátrico, además de desarrollarse el marco legal y bioético involucrado en este proceso.

### OBJETIVO

Analizar el proceso de toma de decisiones en el ámbito médico pediátrico desde una perspectiva interdisciplinaria, integrada por la filosofía, el marco normativo de México y la bioética, para una mayor comprensión de las complejidades a las que se enfrentan los médicos pediatras durante el proceso de toma de decisiones.

### UNA APROXIMACIÓN FILOSÓFICA A LA TOMA DE DECISIONES

En esta sección se presenta un análisis de la toma de decisiones desde la propuesta filosófica de Xavier Zubiri<sup>1</sup>. Para este pensador, es importante

---

1 Filósofo español fallecido a finales del siglo pasado.

tener en cuenta que hay una larga tradición en la antropología filosófica que supone una separación básica entre lo que es sentir y lo que es inteligir. Y si bien llegaban a tener alguna relación, la primacía se le otorgaba al inteligir. En contraste, el planteamiento zubiriano tiene como punto de partida que hay más bien unidad fundamental entre sentir e inteligir, de ahí que sea necesario, en el caso humano, hablar ya sea de inteligencia sentiente o bien de un sentir inteligente.

Con este presupuesto de la unidad constitutiva entre sentir e inteligir, conviene ahora tener una mirada diferenciada tanto del sentir como del inteligir para comprender mejor en qué consiste su unidad. El sentir de cualquier viviente es básicamente una misma estructura:

- **Suscitación:** los sensores diferenciados de cada organismo viviente aprehenden las diferentes notas de la realidad que suceden a cada momento: un ruido, una variación de temperatura, un aroma, un roce, una imagen, un color, una posición, dolor, placer, fruición, etc. puede ser algo exógeno o endógeno. Las notas de la realidad suscitan, promueven el proceso de sentir. “La suscitación es todo lo que desencadena una acción animal (...) recae sobre el estado en el que el animal se encuentra” (Zubiri, 1982, p.28.29)
- **Modificación tónica:** todo organismo viviente busca un equilibrio vital, lo que se llama homeostasis. Cuando algo se suscita, entonces no sólo se aprehende sino que se modifica el tono vital, se rompe el equilibrio que tenía el organismo previamente.
- **Respuesta:** una vez que se ha provocado algo en el sentir, que ha modificado el equilibrio del viviente, viene la respuesta. Esta respuesta o respuestas forman parte de un repertorio ya instalado en cada especie no humana, de tal forma que las notas de la realidad operan como estímulos-de-respuesta, en el sentido de que están ya programadas, lo cual incluiría no hacer nada, pero no se pueden inventar otras. “La respuesta es un estado accional “ (Zubiri, 1982, p.29). Según la especie habrá una gama más

o menos amplia, pero serán sólo esas, es lo que se denomina como instinto. Los organismos no humanos operan, por decirlo así, como un sistema cerrado. Por eso las diferentes especies dependen de un medio más o menos específico para poder vivir y sobrevivir naturalmente. Las más evolucionadas pueden estar presentes en más lugares, pero siempre con dependencia del medio.

De acuerdo con Zubiri, esta es la estructura del sentir y es un proceso estrictamente unitario, lo que denomina como impresión, la cual a su vez tiene tres momentos constitutivos: afección del sentiente por lo sentido, el momento de alteridad que consiste en la presentación de algo otro como nota, y la fuerza de imposición “con que la nota presente en la afección se impone al sentiente” (Zubiri, 1981, p.33)

Si bien el ser humano mantiene esta estructura básica del sentir, lo que sucede es que cada momento está, de alguna forma, independizado del otro. Dicho de otra forma, el ser humano no opera como sistema cerrado, sino como sistema abierto. De tal forma que, aunque contamos con la estructura psicorgánica básica, no contamos con ninguna respuesta programada. No la tenemos porque en el planteamiento de Zubiri, el ser humano aprehende las notas, las cosas, no como estímulo-de-respuesta (algo que mueva a una acción ya programada) sino como algo independiente de sí, con lo que guarda autonomía, sin ninguna respuesta preestablecida; técnicamente se le llama “aprehender las cosas como reales” (Zubiri, 1981).

Esto significa que ante la afección de ese otro (nota), con su fuerza de imposición propia, el ser humano tiene la necesidad y posibilidad de inventar una respuesta que no está instalada en ninguna parte de sí. En todo caso hay el aprendizaje de diferentes respuestas que han dado a las notas de realidad las personas que tuvieron a bien recibirlo y cuidarlo desde su nacimiento. A fuerza de que su enseñanza fue desde los primeros momentos de vida, parece que ya estaban ahí instaladas, pero no es así. Y en eso consiste esta inteligencia sentiente: en que no hay

división entre el sentir y la inteligencia, en primer lugar; y, en segundo, que lo propio de la inteligencia sentiente es aprehender la cosas como reales, esto es con autonomía respecto de alguna respuesta programada de antemano, lo que significa, en otras palabras, que aprehendemos las cosas de suyo o en propio, y tenemos la necesidad elegir y optar por alguna respuesta.

Gracias a que no existe ninguna respuesta preestablecida, entonces a cada ser humano se le puede pedir cuenta de las acciones que realiza en todos los momentos de su vida. No se puede apelar a ningún instinto, a ninguna respuesta automática... todas son fruto de una decisión. De ahí el sentido moral y unida a ella la reflexión ética. La moral es una forma de sistematización implícita y explícita de las normas, reglas, principios de comportamiento y de juicio que asume un grupo humano o cultura particular. La ética, en un sentido clásico, es la reflexión sobre los fundamentos de la moral, se complementan pero no son lo mismo. La moral es la orientación práctica, los criterios sobre el bien y el mal, sobre lo que hay que hacer y lo que hay que evitar, etc.; la ética es la pregunta continua e incómoda sobre el porqué se considera que algo está bien o está mal, es correcto o incorrecto, se debe hacer o evitar.

Con base en lo anterior, se puede comprender que un aspecto fundamental es, sin duda, la toma de decisiones, la manera como se realiza, aspecto que tiene una relación directa con la voluntad, con la libertad y, como ya se apuntó, con la moral. Ya antes se había señalado que la mayoría de los vivientes no humanos se establecen en dependencia de un medio, esto es, no todos pueden vivir o sobrevivir en cualquier lugar o situación. El ser humano, como hemos visto, no depende realmente de un medio específico, sino que se ha asentado en todos los rincones del mundo, incluso ahora, en el espacio exterior del planeta, de ahí que Zubiri plantee que el ser humano no tiene medio sino que hace mundo. Y, con base en ello, este mundo es más bien un mundo humanizado, es decir, con la huella humana, tanto para bien como para mal. Así, las decisiones humanas han afectado de manera ambivalente al mundo.

¿Y en qué consiste la toma de decisiones? La toma de decisiones, en esta perspectiva filosófica, parte de considerar de manera estructural la voluntad como algo que se apetece, algo a lo que se determina y algo activo. La voluntad es un acto de preferencia, aunque el ser humano pudiera tener diferentes tendencias, la voluntad es la que le permite preferir una o unas sobre otras. Frente a distintas posibilidades el ser humano depona en algo su voluntad y eso es lo que lo va realizando, por eso la esencia de la voluntad o volición, como prefiere denominar Zubiri, es el querer. Y el querer se compone de dos aspectos: amor y determinación. Es decir amo eso que elijo y al mismo tiempo me determino para tenerlo o lograrlo. Es la unión entre lo podríamos señalar como la afectividad y la efectividad. No basta con que me guste, ame o sienta afecto por algo (proyecto, persona, objeto), sino que se requiere también que sea efectivo, que haya determinación para obtenerlo y alcanzarlo.

Ahora bien, el acto de volición se puede analizar también de manera procesual y estaría constituido por ocho momentos, en donde se muestran las posiciones extremas:

1. Estructura pática, es decir, la distinta capacidad que tiene el ser humano para movilizarse a querer. En los extremos está el apático, metafóricamente sería quien no arranca, y el hiperpático, quien explota en virtud de una pasión, incluso se lanza irreflexivamente.
2. Alerta sobre qué querer, es la acción de recorrer con la vista el panorama de aquello que se tiene que querer. En polos opuestos está quien es vigilante y cauto, y quien se deja llevar.
3. Deponer la preferencia en unas cosas o en otras. En los opuestos está quien se mueve del optimismo al pesimismo; o bien el hipocondríaco que tiene una presunta y sorda melancolía y por ello le da lo mismo querer o no querer, preferir que no preferir.
4. Dimensión de la expectación, la expectación de lo accesible o lo inaccesible de aquello que uno preferiría. Se encuentra aquí el

sosegado, quien ve el panorama de sus expectativas de manera tranquila; o bien, al contrario, el que es víctima de una ansiedad.

5. Momento de urgencia ante el hecho de que hay que elegir alguna vez. Y aquí puede haber quien sienta la importancia antes que la urgencia (aquellos que alargan sus voliciones indefinidamente); o quienes sienten más bien la urgencia antes que la importancia, y están dispuestos a resolver de inmediato las situaciones más difíciles de la vida.
6. Arrojo, ya elegida, querida la cosa interiormente, lo que viene es ponerse en hecho, es decir, hacer lo que se ha preferido. Aquí estarían los de estructura explosiva o bien los eternamente indecisos que han elegido, han preferido, pero el hacerlo se alarga.
7. Firmeza, porque generalmente las acciones humanas no son instantáneas, sino que tienen alguna duración. A la volición le afecta una diferencia por razón de la capacidad de querer: o se mantiene firmeza; o bien se cae en la volubilidad, que es quien no mantiene firmeza en lo que ha comenzado a hacer.
8. Momento de fruición, consiste en hacer que el ser querido sea el ser, y que tenga esa modesta, limitada y penosa, si se quiere, pero auténtica fruición, esto es el poder disfrutar lo que se ha decidido. Estos ocho pasos forman una unidad intrínseca de lo que se denomina la volición, como acto de la voluntad de querer. Y esta volición está unida también a lo que Zubiri denomina como las tendencias humanas, aquellas moldeadas por la herencia genética, por el psiquismo y el somatismo; o lo que en otra nomenclatura, refutada por este filósofo, se le llama vida vegetativa, vida sensitiva o vida superior o vida intelectual, pues no son tres vidas sino una sola, que tiene tendencias y es al mismo tiempo unida a la volición, de ahí el término zubiriano de volición tendente.

El acto de volición no deja indiferente a quien ha tomado una decisión querida. En virtud de su estructura el ser humano está sobrepuesto a sí mismo para hacerse cargo de la realidad, ese es efecto de tener independencia del medio. Con la evolución, con cada decisión, el ser humano se vuelve dueño de sí, es más real. Con las decisiones tomadas se adquiere la forma de habitud. Y además el ser humano potencia su propia tendencia, su propia capacidad de querer, es una voluntad de poder, hace un poder. Dicho en otras palabras, los seres humanos nos vamos configurando de forma muy importante a partir de las decisiones que vamos tomando a lo largo de nuestra vida. De ahí que en el plano médico, cada profesional, se configura, adquiere mayor realidad y realización, con base en las decisiones que toma, no sólo para sí, sino en y para los demás.

## LA PEDIATRÍA Y LA TOMA DE DECISIONES CLÍNICA

### Toma de decisiones

La capacidad de decidir se refiere a la habilidad de una persona para evaluar opciones y tomar decisiones sobre un curso de acción específico. Implica la capacidad de procesar información, sopesar diferentes alternativas, considerar las posibles consecuencias y seleccionar la opción que mejor se ajuste a sus objetivos, valores y circunstancias. Puede estar influenciada por varios factores, como el nivel de conocimiento y experiencia de la persona, su estado emocional, sus valores y creencias, así como también el entorno en el que se encuentra. Es una habilidad humana crucial en la vida cotidiana, ya que nos permite enfrentar situaciones, resolver problemas y avanzar hacia nuestros objetivos, sin embargo, ¿por qué nos cuesta tanto trabajo tomar decisiones? La inclinación natural del ser humano frente a cualquier situación es ser más reactivo que proactivo, lo que significa que tendemos a ofrecer una respuesta rápida y automática sin dedicar el tiempo necesario para considerar nuestras opciones. Tomar decisiones es una habilidad fundamental e indispensable en el ámbito profesional, es una parte crucial de cómo nos desenvolvemos en nuestro trabajo (Pérez, 2021).

## Toma de decisiones médicas

Como ya se mencionó, decidir es la parte final de un proceso. En el caso de las decisiones médicas implica evaluar información clínica, considerar las preferencias del paciente y las mejores evidencias disponibles, y, seleccionar la mejor opción de tratamiento o manejo para cada situación. Sigue un proceso sistemático que incluye la recopilación y evaluación de información relevante, la identificación de opciones de tratamiento o manejo, la consideración de los riesgos y beneficios de cada opción, y la elección de la opción más adecuada para el paciente. Las decisiones médicas deben basarse en la mejor evidencia disponible, que debe incluir resultados de estudios clínicos, guías de práctica clínica y la experiencia clínica del profesional de la salud. La medicina basada en la evidencia busca optimizar los resultados del paciente al utilizar las intervenciones más efectivas y seguras. Cada paciente es único y las decisiones médicas deben adaptarse a las necesidades, preferencias y circunstancias específicas de cada paciente. Esto puede implicar tener en cuenta factores como la edad, el género, las comorbilidades, los valores culturales y las preferencias del paciente.

En el caso de decisiones clínicas los profesionales de la salud, como lo son los médicos, evalúan la información disponible sobre un paciente para elegir la mejor opción de tratamiento o intervención. Esto implica considerar varios factores, como el diagnóstico del paciente, su historial médico, los resultados de pruebas y exámenes, así como las preferencias del paciente y cualquier limitación o riesgo asociado con las opciones de tratamiento disponibles.

La pediatría, como disciplina médica dedicada al cuidado de la salud de los niños y adolescentes, presenta algunas diferencias significativas en comparación con las especialidades médicas en adultos, se enfrenta a una serie de desafíos únicos, especialmente en lo que respecta a la toma de decisiones clínicas, presentando características específicas debido a las diferencias en el desarrollo físico, cognitivo y emocional de los niños, además de las consideraciones éticas y legales que rodean su

atención médica. Es necesario un enfoque cuidadoso y modificable, que tenga en cuenta varios aspectos, entre ellos:

- a) Las diferencias en el desarrollo y crecimiento de los niños, es decir, recordar que están en constante desarrollo físico, cognitivo y emocional, lo que puede afectar tanto a la presentación de sus enfermedades como a las respuestas a los tratamientos.
- b) El proceso de gestión de la información: la comunicación con los niños es diferente de los adultos. En muchos casos, los niños no pueden o no saben proporcionar información personal ni expresar su dolor, comprender los riesgos y beneficios que tendría el realizar o no algún procedimiento como lo haría un adulto. Los médicos deben adoptar su lenguaje y enfoque para garantizar que los niños comprendan la información sobre su salud y, de ser posible, participen en la toma de decisiones según el nivel de conciencia o de desarrollo cognitivo en el que se encuentren.
- c) La comprensión y la incapacidad para consentir que tienen los menores de edad, especialmente los niños más pequeños no tienen la capacidad cognitiva, física, emocional ni legal para otorgar consentimiento informado para su tratamiento médico, en su lugar, los padres o tutores legales toman decisiones en nombre del menor de edad, situación que agrega una capa adicional de complejidad ética y legal a la toma de decisiones clínicas en niños. Dado que los niños no tienen la capacidad legal para tomar decisiones médicas por sí mismos, los padres o tutores desempeñan un papel fundamental en el proceso decisional. El modelo de toma de decisiones compartida emerge en este ámbito de autonomía relacional.
- d) Enfoque en la prevención, dado que muchos problemas de salud en la infancia pueden tener un impacto a largo plazo en el bienestar y calidad de vida, toda toma de decisiones en pacientes pediátricos se centra en la prevención y promoción de la salud a lo largo del ciclo de vida.

La complejidad ante la toma de decisiones en pacientes pediátricos radica en encontrar un equilibrio entre el respeto a los derechos del niño, el cuidado de su bienestar y la consideración de los valores y preferencias familiares. Esta dinámica interrelacional entre el paciente pediátrico, sus cuidadores y el equipo médico crea un entorno donde la toma de decisiones se convierte en un proceso multifacético, donde convergen los ámbitos legales, médicos y bioéticos.

### **Marco normativo en México necesario dentro de la toma de decisiones en pediatría**

La Convención de las Naciones Unidas de 1989 sobre los Derechos de los Niños define a estos como cualquier persona menor de 18 años de edad (CDN, 2016, p.6) y establece un marco ético y legal fundamental para proteger, promover y garantizar la protección y el bienestar de los derechos de todos los niños, reconociendo su dignidad e importancia como miembros de la sociedad. Dentro de los principios de esta declaración se encuentra el “Interés superior del niño” en el que se establece que, en todas las acciones y decisiones que afecten a los niños, debe primar su bienestar y desarrollo. Esto significa que los intereses individuales y colectivos de los niños deben ser una consideración fundamental en la formulación de políticas, la prestación de servicios y la toma de decisiones. En el principio del “Derecho a la vida, la supervivencia y el desarrollo”, en el que se reconoce el derecho fundamental de todos los niños a vivir y desarrollarse plenamente, con acceso a una alimentación adecuada, atención médica, educación y otros servicios esenciales para su crecimiento y bienestar. Y en el principio del “Derecho a la salud y atención médica” se busca garantizar que todos los niños tengan acceso a servicios de salud de calidad, incluidos cuidados preventivos, tratamiento de enfermedades y servicios de salud mental, con el objetivo de promover su bienestar físico y emocional.

Las disposiciones jurídicas en materia de reconocimiento y protección de los derechos de las niñas y los niños en México son relativamente

recientes. El texto original de 1917 del artículo 40. constitucional no hacía mención alguna a los derechos de las niñas y los niños (Fonseca, 2014)

El artículo 4º de la Constitución Mexicana establece una serie de derechos fundamentales relacionados con la igualdad, la educación, la salud y la protección de la familia. Establece además los derechos fundamentales de los niños. A grandes rasgos, garantiza que todas las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a vivir en condiciones que les permitan un sano desarrollo físico, mental, emocional y social. Además, asegura que el interés superior del menor debe ser una consideración primordial en todas las decisiones y acciones que les concierne.

El artículo 4 también reconoce el derecho de los niños a la alimentación, la salud, la educación, la recreación y el sano esparcimiento, así como a la protección contra cualquier forma de maltrato, abuso o explotación. Establece que la familia, la sociedad y el Estado tienen la responsabilidad compartida de garantizar el ejercicio pleno de estos derechos, y que el Estado debe crear las condiciones necesarias para que los niños puedan alcanzar su máximo potencial.

## **Consideraciones Médicas para la toma de decisiones en pediatría**

La forma en que se toman decisiones en el ámbito de la salud pediátrica está cambiando, pasando de un enfoque paternalista a uno centrado en las necesidades y preferencias de los pacientes y sus padres. Además, el papel de los niños en este proceso también ha experimentado cambios significativos. La evidencia en la que se basan estas decisiones está evolucionando rápidamente, mientras que los pacientes presentan una mayor complejidad y los avances médicos y tecnológicos hacen que las enfermedades crónicas sean más manejables, aunque con posibles implicaciones invasivas y costosas. Estas decisiones suelen ser críticas, en momentos cruciales entre la vida y la muerte. El panorama de la toma de decisiones en pediatría es complejo, con incertidumbres y

una variedad de valores que influyen en la ponderación de beneficios y cargas. (Siegel & Moynihan, 2023)

La toma de decisiones en la práctica clínica tiene como meta alcanzar el mejor tratamiento médico posible. Sin embargo, se identifican al menos tres obstáculos comunes:

1. Existe una notable variabilidad entre médicos frente al mismo diagnóstico y entre pacientes con el mismo diagnóstico. Esta variabilidad se refleja en diferentes observaciones, percepciones, razonamientos, intervenciones y estilos de práctica, lo que se conoce como variabilidad en la práctica clínica. Esta variabilidad puede ser adecuada en situaciones donde la evidencia científica es limitada, convirtiendo a la medicina en un arte, pero es inapropiada cuando la evidencia científica es significativa.
2. El exceso de información biomédica es un desafío tanto en términos de cantidad (a veces denominado "intoxicación") como de calidad (distinguir entre información relevante y no relevante, así como entre diferencias estadísticas y clínicamente significativas).
3. La enseñanza de la medicina ha tendido a seguir un enfoque deductivo basado en la fisiopatología, pero es importante también incorporar un enfoque inductivo que permita validar las hipótesis mediante la observación y la experimentación (Buñuel, et al, 2005)

En un estudio empírico en el curso de 2017-2018 del análisis de documentos normativos para la formación de los especialistas en pediatría en Cuba se identificaron las principales problemáticas a las que se encuentran los médicos pediatras durante su formación y práctica médica diaria, entre los que destacan los siguientes:

- Insuficiencias teóricas que obstaculizan la toma de decisiones basadas en evidencias y conocimiento científico, respaldados por la ciencia.

- Omisión de pasos de la lógica del Método Clínico que guían la toma de decisiones médicas adecuadas.
- Total apego a protocolos médicos establecidos, lo que obstaculiza la toma de decisiones adecuadas.
- Dependencia de los especialistas para tomar decisiones médicas coherentes.
- Insuficientes actividades prácticas para potenciar el desarrollo autónomo de la toma de decisiones en los escenarios docente-asistenciales en las que se desempeñan los residentes. (Pérez, 2022)

Los médicos viven a diario con adversidades y resultados imprevisibles, que escapan al control científico, y en estos casos de incertidumbre es necesario aprender a tomar decisiones morales (Salomão, et al, 2021). Es necesario evaluar diferentes opciones de tratamiento, considerando el beneficio y la autonomía del paciente, así como los principios éticos que guían su práctica médica. La toma de decisiones en medicina también implica consideraciones sociales y culturales, ya que las creencias, valores y contextos de los pacientes pueden influir en sus decisiones de tratamiento. Los médicos deben ser sensibles a estas diferencias y trabajar en colaboración con los pacientes para encontrar opciones que respeten su identidad y dignidad.

### **Consideraciones Bioéticas para la toma de decisiones en pediatría**

La forma en que la sociedad ve a los niños ha cambiado con el tiempo. pasamos de verlos como seres incapaces física y moralmente a reconocerlos como sujetos activos con derechos, con una libertad en formación y merecedores de una protección legal especial. Se reconoce que su autonomía y capacidad de razonamiento moral están en constante desarrollo, y debido a su vulnerabilidad particular, se les debe brindar amparo y acompañamiento en el proceso de toma de decisiones (Bustamante, 2013).

El principlialismo, como marco ético, ofrece una guía valiosa en la toma de decisiones médicas, particularmente en el caso de pacientes pediátricos. Este enfoque ético se basa en cuatro principios fundamentales: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. La autonomía reconoce la capacidad del paciente para participar en decisiones relacionadas con su atención médica, pero en el caso de los niños, esta autonomía está limitada por su desarrollo cognitivo y emocional. Por lo tanto, los profesionales de la salud deben considerar los deseos y valores del niño en la medida de lo posible, mientras también tienen en cuenta el mejor interés del menor y la opinión de los padres o tutores legales. La beneficencia implica hacer lo mejor para el paciente, buscando su bienestar y salud. En el caso de los niños, esto puede implicar tomar decisiones que promuevan su desarrollo y calidad de vida, incluso cuando estos no puedan expresar sus preferencias de manera clara. La no maleficencia dicta que los profesionales de la salud deben evitar causar daño a los pacientes. Esto es especialmente relevante en la pediatría, donde las decisiones médicas pueden tener repercusiones a largo plazo en el desarrollo físico y emocional del niño. Finalmente, la justicia exige que los recursos médicos se distribuyan de manera equitativa, asegurando que todos los niños tengan acceso a la atención médica adecuada, independientemente de su situación socioeconómica o de otros factores.

Además del principlialismo, en el contexto de la toma de decisiones en pacientes pediátricos, es importante considerar la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (DUBDH), el cual proporciona un marco ético adicional que complementa los principios básicos de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. La DUBDH enfatiza la importancia de respetar la dignidad y los derechos humanos de todos los individuos, incluidos los niños, reconociendo su singularidad y vulnerabilidad. Reconoce el derecho de los niños a recibir atención médica de calidad, a ser tratados con respeto y a participar en decisiones que afecten su salud, de acuerdo con su capacidad de comprensión, también destaca la necesidad de proteger a los niños de cualquier forma de explotación, abuso o discriminación en el contexto de la investigación

médica y la atención sanitaria. Asimismo, subraya la importancia de garantizar el acceso equitativo a la atención médica para todos los niños, independientemente de su origen étnico, social o económico.

Dentro de los principios que establece La DUBDH es necesario destacar la importancia de los siguientes artículos:

- Artículo 3. Dignidad humana y derechos humanos: en el que se estipula que el respeto pleno de la dignidad humana y que los intereses y el bienestar de la persona están como prioridad antes que cualquier otra cosa.
- Artículo 7. Personas carentes de la capacidad de dar su consentimiento, establece que las personas que no tienen la capacidad de dar su consentimiento sean protegidas y tratadas con especial consideración para garantizar su bienestar y protección, además, reconoce la vulnerabilidad de las personas, en este caso, de los niños y adolescentes, y subraya la importancia de adoptar medidas especiales para proteger sus intereses y evitar cualquier tipo de explotación, abuso o discriminación.
- Artículo 8. Respeto a la vulnerabilidad humana y la integridad personal, en el que se establece la obligación de respetar y proteger a las personas vulnerables, en este caso, los niños y adolescentes, para reconocer su dignidad y su derecho a recibir atención y tratamiento apropiados, así como a participar, en la medida de lo posible, en las decisiones relacionadas con su atención médica y su participación en la investigación.
- Artículo 10. Igualdad, justicia y equidad, para asegurar que todos los niños y adolescentes reciban el tratamiento y la atención que necesitan de manera justa y equitativa.
- Artículo 11. No discriminación y no estigmatización, para garantizar que todos los niños y adolescentes, sean tratados con dignidad y respeto.

Al integrar los principios del principialismo con los valores y directrices establecidos en la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, los profesionales de la salud pueden tomar decisiones éticas y moralmente sólidas que promuevan el bienestar y la protección de los niños en el ámbito de la atención médica.

## RESULTADOS

La toma de decisiones en pediatría es un proceso complejo que se enfrenta a múltiples desafíos, desde la variabilidad en el desarrollo físico y cognitivo de los niños, la participación de los padres o tutores, además de los aspectos clínicos que influyen dentro del diagnóstico, estudio y tratamiento de las patologías de los niños, además es importante considerar tanto los aspectos racionales como los emocionales y contextuales en la toma de decisiones de los pacientes pediátricos.

El análisis de la propuesta filosófica de Xavier Zubiri sirve como una base conceptual robusta para la toma de decisiones. La integración de inteligencia sentiente, que unifica sentir e inteligir, y plantea la aprehensión de las cosas con independencia de alguna respuesta programada, proporciona un enfoque holístico que se alinea con la complejidad, libertad y responsabilidad de las decisiones médicas en pediatría. Además, los resultados de este estudio enfatizan la importancia de un enfoque interdisciplinario y holístico, integrar la filosofía, la ética, la normativa legal y los conocimientos clínicos para asegurar una práctica clínica de calidad, centrada en el bienestar del paciente, donde se busque promover siempre el respeto de su dignidad humana y se promueva la protección de sus derechos.

## DISCUSIÓN

La toma de decisiones en el ámbito médico pediátrico es un proceso complejo que involucra múltiples dimensiones, desde filosóficas y éticas hasta legales y clínicas. Este estudio ha abordado cada una de estas

perspectivas para ofrecer una visión integral del tema, subrayando la necesidad de un enfoque interdisciplinario para manejar las complejidades inherentes a la pediatría.

## **Perspectiva Filosófica**

La propuesta filosófica de Xavier Zubiri aporta una base sólida para comprender la toma de decisiones como un acto de inteligencia sentiente, donde sentir e inteligir son inseparables. Este marco teórico es especialmente relevante en pediatría, donde las decisiones no solo se basan en datos clínicos sino también en la interpretación sensible y contextual de la situación del paciente. La unidad entre sentir e inteligir implica que los profesionales de la salud deben integrar tanto la evidencia científica como la empatía y la comprensión del estado emocional del niño y su familia, lo que lleva a una toma de decisiones dinámica, ajustada a cada realidad que se presente y afecta de formas diversas.

## **Toma de Decisiones en la Práctica Pediátrica**

La toma de decisiones médicas en pediatría presenta desafíos únicos debido a la variabilidad en el desarrollo físico y cognitivo de los niños, así como a la necesidad de involucrar a los padres o tutores en el proceso decisional. Los niños, dependiendo de su edad y desarrollo, pueden no ser capaces de comprender plenamente las implicaciones de los tratamientos propuestos, lo que requiere que los médicos adapten su comunicación y consideren cuidadosamente la capacidad de los niños para participar en la toma de decisiones.

La inclusión de los padres o tutores añade otra capa de complejidad. Si bien estos adultos tienen la responsabilidad de actuar en el mejor interés del niño, sus propias creencias, valores y emociones pueden influir en las decisiones, lo que a veces puede crear conflictos con las recomendaciones médicas. Aquí, el modelo de toma de decisiones compartida se convierte en un enfoque crucial, permitiendo una colaboración

equilibrada entre el equipo médico y la familia, y asegurando que se consideren tanto los aspectos clínicos como los valores familiares.

## **Marco Legal**

Las disposiciones legales, provenientes de fuentes internacionales como lo son los Tratados Internacionales en materia de Derechos Humanos, así como las fuentes nacionales, encabezada por la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, proporcionan un marco obligatorio y necesario para la debida protección de los derechos de los niños en el ámbito médico. La Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño y el artículo 4° de la Constitución Mexicana establecen principios fundamentales que deben guiar la toma de decisiones en pediatría, enfatizando el interés superior del niño, el derecho a la salud y la necesidad de un entorno seguro y protector. Estos principios legales aseguran que las decisiones médicas se tomen con un enfoque centrado en el bienestar del niño, pero también requieren que los profesionales de la salud estén bien informados y capacitados en cuestiones legales para cumplir con estos mandatos de manera efectiva.

## **Consideraciones Bioéticas**

El principialismo, como marco ético, ofrece una guía clara para la toma de decisiones en pediatría, destacando los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. En el contexto pediátrico, la autonomía se adapta a las capacidades del niño, mientras que la beneficencia y la no maleficencia obligan a los médicos a actuar en el mejor interés del paciente, evitando daños y promoviendo su bienestar. La justicia, por su parte, requiere que las decisiones se tomen de manera equitativa, sin discriminación y considerando las necesidades específicas de cada niño. Así mismo, la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO proporciona un marco ético internacional que complementa las normativas legales y éticas existentes. La declaración enfatiza principios esenciales como

el respeto a la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales, que son particularmente relevantes en el contexto pediátrico. En la práctica pediátrica, estos principios se traducen en la necesidad de proteger y promover el bienestar del niño, respetando su dignidad y derechos, mientras se equilibran las decisiones médicas con las expectativas y valores familiares.

La toma de decisiones en pediatría no solo se enfrenta a dilemas clínicos y éticos, sino también a retos prácticos como la variabilidad en la práctica clínica y la sobrecarga de información. La educación médica debe abordar estas cuestiones, promoviendo una formación que combine el conocimiento científico con habilidades éticas y de comunicación, asegurando que los médicos estén preparados para enfrentar la complejidad de la práctica pediátrica.

## CONCLUSIONES

La toma de decisiones es un proceso fundamentalmente humano, necesario y exigente, que implica no solo estar en la realidad, sino también, en gran medida, cargar la realidad, pero, sobre todo, encargarse de la realidad, tal como lo plantea el filósofo español Xavier Zubiri (1982). Esto nos lleva a reconocer la responsabilidad moral inherente a cada decisión, un aspecto fundamental en la práctica médica.

La toma de decisiones en el ámbito médico, especialmente en el cuidado pediátrico, implica una compleja intersección entre la filosofía, la ética, la legalidad y la práctica clínica. Es crucial reconocer que la medicina no es solo ciencia, sino también arte, y que la toma de decisiones médicas debe considerar aspectos éticos, sociales y culturales. Los médicos deben evaluar diferentes opciones de tratamiento, teniendo en cuenta el beneficio y la autonomía del paciente, así como los principios éticos que guían su práctica. Es necesario reconocer la complejidad inherente a la toma de decisiones en el ámbito médico pediátrico y la necesidad de un enfoque holístico que considere no

sólo los aspectos clínicos, sino también el marco legal, ético y filosófico para garantizar el cuidado óptimo de los niños y adolescentes.

## BIBLIOGRAFÍA

- Buñuel, J.C., González, J., & González, M. (2005). Toma de decisiones clínicas basadas en las mejores pruebas científicas. *Evidencias en Pediatría*, 1(1). [https://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/188737/Bu%C3%BUeIJ\\_BienvenidosaEvidenciasenPediatria.PDF?sequence=1](https://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/188737/Bu%C3%BUeIJ_BienvenidosaEvidenciasenPediatria.PDF?sequence=1)
- Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño, noviembre 20, 1989, <https://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>
- Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, octubre, 2005. [https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180\\_spa](https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_spa)
- Faria, M., Ribeiro, L., Ramos, L.A., Pueyo, F., Kalil, J.H., & Paolinelli, R. (2021). Principialismo en la práctica de la medicina y en los procesos ético-profesionales. *Revista Bioética*, 29 (1), pp. 100-106. <https://doi.org/10.1590/1983-80422021291450>
- Jaimes, A., & Izquierdo, M. E. (2014). Los niños y niñas, un grupo vulnerable en México. *Revista sobre la infancia y la adolescencia*, (6), pp. 2-21. <https://doi.org/10.4995/reinad.2014.1790>
- Muñoz, Z.G., Rivera, T., & Rojas R. (2004). La bioética en la toma de decisiones médicas en niños hospitalizados. *Revista Mexicana de Pediatría*, 71(5), pp. 243-247. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=9903>
- Pino, B.J., Gulfo, R. (2013). Asentimiento y consentimiento informado en pediatría: aspectos bioéticos y jurídicos en el contexto colombiano. *Revista colombiana de bioética*, 8(1), pp. 144-165. <https://www.redalyc.org/pdf/1892/189228429010.pdf>
- Pérez, L., Abreus, A., & Caballero, R. (2021). La toma de decisiones como habilidad profesional en la formación de especialistas en pediatría. *Revista Pedagógica de la Universidad de Cienfuegos Conrado*, 17(78), pp. 104-112. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1990-86442021000100104&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1990-86442021000100104&lng=es&tlng=es)

- Pérez, L., Abreus, A., Chávez, D.M., & Caballero, R. (2022). Estrategia didáctica para la habilidad toma de decisiones en la formación del especialista en Pediatría. *Revista de la Unidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos Med-Sur*, 20(6), 1066-1074. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-897X2022000601066&lng=es&tlng=pt](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2022000601066&lng=es&tlng=pt).
- Quaye, A., Coyne, I., Söderbäck, M., & Hallström, I. K. (2019). Children's active participation in decision-making processes during hospitalization: An observational study. *Journal of clinical nursing*, 28(23-24), 4525-4537. <https://doi.org/10.1111/jocn.15042>
- Siegel, B., & Moynihan, K. (2023). Precision decisions: tailoring decision-sharing in contemporary pediatric healthcare. *Archives of Disease in Childhood*, 108(8), pp. 593-594. <https://adc.bmj.com/content/108/8/593.abstract>
- Zubiri, X. (1981). *Inteligencia sentiente*. Alianza Editorial.
- Zubiri, X. (1992). *Sobre el sentimiento y la volición*. Alianza Editorial.



## Capítulo 3

# Antecedentes de formación en bioética en los cursos de especialización médica en un hospital de tercer nivel de atención

Jonathan Roberto Valdovinos Gutiérrez / Rocío Preciado González

### INTRODUCCIÓN

La bioética es una disciplina básica para la vida, ya que nos permite tomar decisiones más certeras en las que todos los fines se vean involucrados y no solo algunos como los económicos, políticos, etc., busca que las condiciones sean equitativas para todos los que habitamos este planeta tanto para los que pueden defender y exigir sus derechos, así como para los que no lo pueden hacer y que también tienen que ser tomados en cuenta.

Como lo menciona Rey-Lema en su obra, la palabra bioética proviene de las raíces griegas bios, vida, y ethos, ética. La aplicación del conocimiento biológico de los sistemas vivos no es exclusiva del hombre, sino de todo el sistema viviente para el bien de la humanidad. La bioética constituye un paradigma ético transdisciplinar, lo cual concierne como el prefijo trans lo indica a los que esta, a la vez, entre, a través y más allá de las disciplinas. Su finalidad es la comprensión del mundo presente, donde uno de los imperativos es la unidad del conocimiento (p. 4, 2020). Es importante reconocer que la bioética nos engloba a todos y que requerimos de abordajes desde la perspectiva de muchas disciplinas con la idea de poder analizar y reflexionar sobre la problemática actual de nuestro siglo y buscar el consenso con las mejores propuestas para solucionar los acontecimientos de origen ético relacionados con la vida.

El desarrollo de la medicina ha permitido grandes avances en los tratamientos, pero al mismo tiempo los trabajadores de la salud tienen a su disposición un acumulo de información que genera conflictos al elegir la opción terapéutica o diagnóstica ideal para un paciente en específico. Los médicos y otros profesionistas del área clínica proponen el abordaje del caso que en repetidas ocasiones deja de lado los deseos, las peticiones y la opinión de los enfermos. En algunas unidades hospitalarias aún se utiliza el paternalismo, que no permite que el usuario del servicio de salud tome o se involucre en las decisiones para seleccionar el tratamiento para su enfermedad, ya que se considera que no tiene la capacidad de elegir la opción que trate o palie su padecimiento.

Se ha visto que este comportamiento incrementa durante los campos clínicos en las distintas rotaciones hospitalarias de un gran número de países. Tiene sus orígenes en una formación completamente teórica en aspectos bioéticos en los estudiantes durante su preparación en las aulas, pero gran parte de ellos no pueden aplicar esta teoría al ámbito práctico y no son capaces de identificar cuando se encuentran frente a un dilema y como encontrar la solución de estos, por lo cual se requieren estrategias de análisis de estos conceptos desde la licenciatura con incremento de complejidad al acercarse los periodos de mayor práctica clínica en las rotaciones por los nosocomios, de ahí la importancia de impartir la unidad temática en bioética durante el periodo de entrenamiento del personal de salud.

La primera vez que se utilizó el término de bioética fue en 1927 por un teólogo alemán mencionando que la asunción de los deberes morales no solo eran competencia de los hombres si no también hacia todos los seres vivos. Y fue hasta 1975 cuando un bioquímico estadounidense Van Rennessalaer Potter usó el término en su artículo “bioética: la ciencia para la sobrevivida”, en su propuesta el engloba reflexiones morales acerca de cuestiones biomédicas, crisis ecológicas y la distribución de los recursos. (Rey-Lema, 2020, p.4).

Debemos identificar que la bioética la podemos dividir en dos grandes partes: la macrobioética propuesta por Potter en 1975 también llamada bioética global y la microbioética o bioética principialista de la Universidad de Georgetown. Como nos dice Gracia, la macrobioética es la materialización del legado de Hellergers la ética al caso concreto en tanto que la macrobioética es la inspiración de Potter, pues va más allá de la ética aplicada. (2004).

Cortina en su obra *Bioética para el siglo XXI: construyendo esperanza*, hace referencia a que la bioética española es similar a la latinoamericana ya que compartimos rasgos socioculturales por lo que ella propone un modelo bioético desde una perspectiva de intersubjetividad y no desde el individualismo desde filosofías herméticas y dialógicas, evitando el pragmatismo y utilitarismo (2016, p. 6).

Como se menciona en el párrafo anterior, nuestra sociedad es distinta a la de otras regiones geográficas del mundo, con contextos culturales y económicos particulares, por lo cual la bioética debe encaminarse a dialogar a partir de la zona en particular en la que se busca analizar y reflexionar sobre alguna problemática en particular. La bioética debe ser un visor de todo lo que pasa a su alrededor y al final llegar al consenso específico para las condiciones de la zona en la que se implementarán las recomendaciones realizadas.

La bioética en el ámbito clínico de acuerdo con Cortina y como se citó en párrafos anteriores, pertenece a la microbioética y deberá adoptar cada vez más el modo deliberativo en temas como los problemas del comienzo y final de la vida, confidencialidad, consentimiento informado, relación del personal sanitario-paciente o la humanización de la vida en los hospitales y centros de salud, la genética, neuroética, avances tecnológicos (2011;2012).

Y en pleno siglo XXI con los avances científicos que suceden más rápido que las reflexiones éticas y los alcances que estos pueden tener, Cortina hace mención que se requiere que las éticas aplicadas ya no trabajen de manera individual, si no que trabajen en conjunto para

resolver los problemas comunes. La bioética del siglo XXI tiene que ser global y proactiva, capaz de abordar los nuevos retos globales, que afectan a cuestiones mundiales de justicia (2016, p.7).

La Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional de Occidente, es un nosocomio de tercer nivel, hospital escuela, formador de jóvenes médicos especialistas en más de 27 disciplinas clínicas y quirúrgicas, recibe médicos de diferentes regiones del país y de otros países de Latinoamérica.

En el ciclo escolar 2023-2024 se encuentran más de 800 médicos cursando alguno de los programas de especialización médica que ofrece, todas las especialidades médicas tienen implicancia con temas de índole ético, sin embargo algunas especialidades por el tipo de pacientes que tratan se ven inmiscuidas ante dilemas éticos con mayor frecuencia, por citar algunos ejemplos: nefrología con el programa de trasplantes, médicos del enfermo en estado crítico con la toma de decisiones al final de la vida, oncología médica y quirúrgica con el proceso de elección de tratamientos de acuerdo al estadio clínico del paciente, infectología al respetar y apegarse a la confidencialidad con enfermedades de índole infeccioso que pueden ser estigmatizantes como por ejemplo el VIH, hematología y anestesiología con el uso de hemocomponentes en pacientes que no aceptan su administración, urgencias médicas al tomar decisiones cuando los pacientes llegan en estado grave y pierden su capacidad de autonomía y no se encuentra algún familiar presente ante el estado de gravedad, etc.

Este capítulo se divide en varias secciones que nos permite un recorrido para identificar el panorama actual que tienen los residentes de la aplicabilidad de la bioética, conocimientos previos sobre ella en su formación universitaria, así como el origen de los participantes, herramientas para el reconocimiento de los dilemas y/o problemas bioéticos en la práctica clínica.

## ANTECEDENTES DE FORMACIÓN EN BIOÉTICA EN LOS CURSOS DE ESPECIALIZACIÓN MÉDICA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MÉDICO NACIONAL DE OCCIDENTE

La medicina en sus inicios fue concebida desde el enfoque paternalista, en la cual el médico era el que tenía la responsabilidad de tomar la mejor decisión de diagnóstico y tratamiento para sus pacientes, era el único que podía tomar la decisión y no se permitía que el paciente opinara o fuera participe en el proceso de atención.

Como menciona García (2012) la medicina se ha constituido a partir de cimientos paternalistas, su ejercicio ha suscitado problemas éticos que exigen del médico una elevada calidad moral (p.13).

Según el diccionario de la Real Academia Española de la Lengua el paternalismo es la tendencia a aplicar las formas de autoridad y protección propias del padre en la familia tradicional a relaciones sociales de otro tipo; políticas, laborales, etc. En ese sentido, la práctica médica tradicional presupone una relación médico-paciente en la que la dinámica del proceso se centra en el facultativo, quien por demás posee los conocimientos, los medios y la fuerza legal para hacer lo que sea necesario para mejorar el estado de salud del individuo (Cañete, Guilhem y Brito, 2013, p. 147).

Esta práctica en el entorno clínico trata de justificar en la corriente paternalista, específicamente en el principio de beneficencia en el que se menciona que el profesional de salud busca lo mejor para el paciente para que este tenga los máximos beneficios sin dañarlo. Cabe destacar que quienes ponen en práctica esta postura de protección frente a los pacientes que atienden, no les preguntan si quieren o necesitan ser protegidos, busca otorgar un beneficio a quienes se dejan someter, que en nuestro escenario sería encontrar una solución para mejorar su estado de salud y vulnerabilidad ( Fernández, Sánchez, Olmos, Huici, Ribera, y Cruz 2019).

Alrededor de 25 siglos, desde que Hipócrates lo mencionó desde el siglo V a.C. elevando que el arte de curar se basaba en la beneficencia a nivel del deber moral perfecto, justificando de esta manera que el médico debería hacer el máximo bien de acuerdo con su criterio profesional sin tomar en cuenta para ello al paciente o a sus familiares (Cañete, Guilhem y Brito, 2013, p. 147).

Se ha reconocido al paternalismo duro o autoritario y a el paternalismo suave que algunos autores lo refieren como positivo dentro de la ética del cuidado (Swenson, Buell, Zettler, White, Ruston y Lo, 2004).

Sin embargo, en el siglo XXI no se puede continuar con este tipo de prácticas clínicas, el paciente es un actor importante durante el proceso de atención y como tal debe tener un rol de participación, debe ser escuchado y el profesional de la salud debe ser abierto a comunicarse con él.

A través de un proceso de intervención educativa de tipo investigación-acción, con una muestra de 38 residentes y tras aceptar participar en el estudio firmaron la carta de consentimiento informado.

## **TIPO DE ESPECIALIDAD MÉDICA**

Como se observa en la tabla 1, el 55.26% del total de la población pertenece a las especialidades del ámbito clínico, justamente coincide con los profesores que fueron más receptivos al proyecto y que fueron los que más permitieron que sus alumnos acudieran de manera puntual a la capacitación, el 44.74% corresponde a las especialidades quirúrgicas, cabe resaltar que los profesores de estas especialidades fueron menos receptivos al proyecto (los que defendían una postura paternalista) y permitieron asistir a un menor grupo de médicos en formación a la implementación del proyecto.

*Tabla 1. Porcentaje de distribución de acuerdo con el programa académico de especialidad médica cursado*

Area de especialización	Frecuencia	Porcentaje
Clinica	21	55.26%
Quirurgica	17	44.74%
Total	38	100%

(Elaboración propia)

Estas prácticas son replicadas por los residentes en su periodo de formación, porque las normalizan cuando sus médicos de base las utilizan en su práctica diaria frente a los pacientes.

## DISTRIBUCIÓN POR SEXO

En la tabla 2 se muestra de trabajo el 57.89% de los participantes fueron hombres y el 42.11% fueron mujeres.

*Tabla 2. Distribución por sexo*

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	22	57.89%
Mujer	16	42.11%
Total	38	100%

(Elaboración propia)

## EDAD DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

La población presentó un rango de edad entre los 25 y 38 años como se muestra en la tabla 3, el 36.84% de la población contaba con 28 años al momento de participar en la intervención, el 2.63% pertenece a los

rangos de los 34 y 38 años. Esta distribución de porcentajes coincide con la media nacional, ya que un médico general egresa en promedio de la licenciatura entre los 24 y 26 años y después de presentar el Examen Nacional para aspirar a una especialidad médica y aprobarlo, se incorpora a las unidades hospitalarias formadoras de médicos especialistas a nivel nacional.

*Tabla 3. Edad de la población de estudio*

Edad en años	Frecuencia	Porcentaje
25	2	5.26%
26	5	13.16%
27	7	18.42%
28	14	36.84%
29	5	13.16%
30	3	7.89%
34	1	2.63%
38	1	2.63%
Total	38	100%

(Elaboración propia)

Existen estudios como el que se realizó durante la aplicación del XXVII Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas (ENARM), que se realiza en México cada año, 18,222 aspirantes aceptaron resolver una encuesta en forma voluntaria, que estuvo incluida en un instrumento aplicado por la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos en Salud (CIFRHS) de la Secretaría de Salud de México en la que se puso en evidencia que el modelo médico-paciente prevalente fue el paternalista con un 40.2%, dejando de lejos el modelo deliberativo en el que participa el paciente con una frecuencia de 9.8% (Sánchez, Cacho, Hernández, Campos y Tena, 2007, p. 196).

De manera descriptiva se identifica que los médicos que se están formando para ser especialistas siguen prefiriendo prácticas paternalistas durante los procesos de atención, esto se refleja en que no se respeta la autonomía de los pacientes y no identifican que se encuentran en estado de vulnerabilidad, que tienen derechos y se tiene que respetar los mismos.

Esta es un área de oportunidad, ya que los nuevos médicos pueden conocer otros métodos de abordaje en los escenarios clínicos con sus pacientes y mejorar los procesos de atención.

## ADSCRIPCIÓN RELIGIOSA

Como se observa en la tabla 4. el 71.05% de la población en estudio refiere ser católica, seguido en menor porcentaje por los agnósticos, no practicantes, ninguna o creyentes en algo sin seguir un dogma religioso. Este dato coincide con el hecho de que México es uno de los países con mayor número de católicos y es la religión que más se profesa a lo largo de nuestro territorio nacional. Es importante reconocer estos porcentajes debido a que la religión puede ser una determinante para ciertos comportamientos morales esperados en una población en particular y puede jugar un rol interesante al entablar diálogos buscando consensos como se pretende con las deliberaciones de ética médica.

*Tabla 4. Adscripción religiosa*

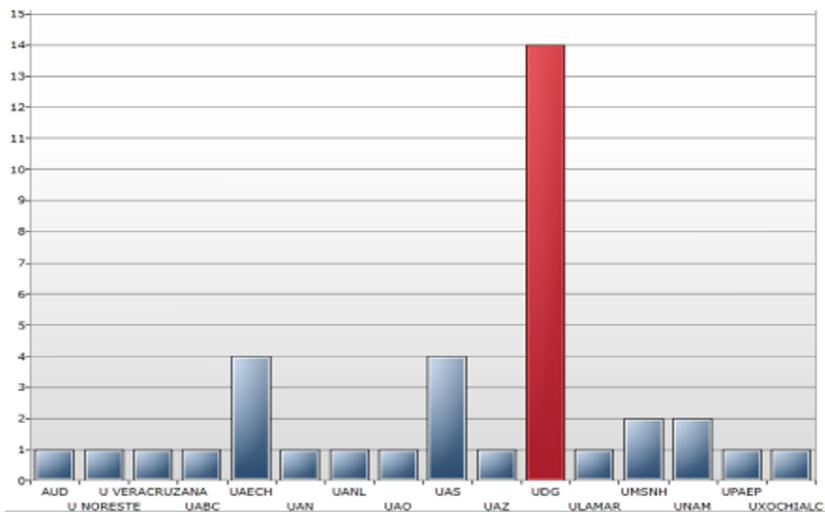
Adscripcion religiosa	Frecuencia	Porcentaje
Agnostica	3	7.89%
Ateo	1	2.63%
Catolica	27	71.05%
Creyente	1	2.63%
Ninguna	5	13.16%
No practicante	1	2.63%
Total	38	100%

(Elaboración propia)

## UNIVERSIDAD DE PROCEDENCIA

La universidad de la que mayor número de sujetos de investigación egresó es la Universidad de Guadalajara (14 residentes) como observamos en la gráfica 1, seguida por la Universidad del Estado de Chihuahua (4 residentes) y la Universidad Autónoma de Sinaloa (4 residentes). Tenemos 16 universidades en total de las que egresaron los médicos residentes que se están formando.

*Gráfica 1. Universidad de procedencia*



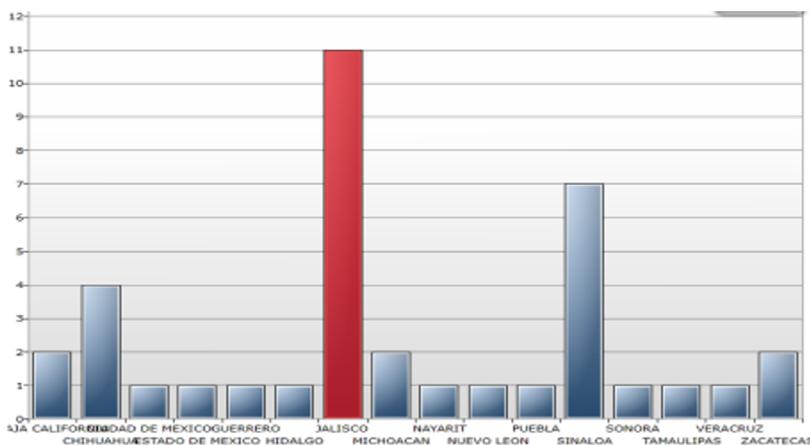
(Elaborado en programa Epi Info)

La universidad de la que mayor número de sujetos de investigación egresó es la Universidad de Guadalajara (14 residentes), seguida por la Universidad del Estado de Chihuahua (4 residentes) y la Universidad Autónoma de Sinaloa (4 residentes). Tenemos 16 universidades en total de las que egresaron los médicos residentes que se están formando.

## ESTADO DE ORIGEN

Observamos en la gráfica 2 que el estado de Jalisco es el que más residentes en formación tuvo (11 residentes) comparado con el resto, seguido por Sinaloa (7 residentes), Chihuahua (4 residentes), Michoacán (2 residentes) y Zacatecas (2 residentes). Cabe destacar que, en esta muestra de 38 residentes, se tuvo la representación de 16 estados de la República Mexicana, la mitad exactamente de la división política de nuestro país. Coincide con lo mencionado en líneas anteriores, los residentes que se están formando en este nosocomio, son originarios de distintas zonas geográficas por lo que se convierte en un punto de concentración con potencial expansión del conocimiento adquirido a lo largo de todo el territorio nacional.

*Gráfica 2. Estado de origen*



(Elaborado en programa Epi Info)

## FORMACIÓN EN BIOÉTICA DURANTE LA LICENCIATURA

En la tabla 5, el 97.37% de la población de estudio cursó alguna unidad temática relacionada con la bioética o ética médica, cabe resaltar que solo un residente no tuvo formación en esta área durante la

licenciatura. Se relaciona con el saber que en México, en la gran mayoría de los programas académicos, se incluyen la bioética como materia, en algún plan de estudio como obligatoria y en otros como opcional.

*Tabla 5. Formación en bioética durante la licenciatura*

¿Curso materias relacionadas con Bioética?	Frecuencia	Porcentaje
No	1	2.63%
Si	37	97.37%
Total	38	100%

(Elaboración propia)

Se ha evidenciado que los conceptos aprendidos en las unidades temáticas de los programas académicos de las licenciaturas de ciencias de la salud en nuestro estado y algunas otras entidades federativas de nuestro país resultan insuficientes, ya que están dirigidos únicamente a conocer el sustento teórico, pero difícilmente pueden ser aplicados sin una capacitación previa en la toma de decisiones en los distintos escenarios en que se presenten dilemas. Un estudio realizado en estudiantes de pregrado durante su rotación de campo clínico en neurología recibió capacitación para aplicar los conceptos aprendidos durante los cursos teóricos. Se realizó una valoración inicial, después, una capacitación de solo 3 horas dividido en una sesión de una hora por semana y esto incrementó en un 40% la capacidad de resolución de casos (Palanisamy y Xiong, 2020). Este estudio refleja el impacto de diversificar la aplicación de la bioética y la necesidad de aumentar el contenido con análisis de casos en este tipo de materias y cambiar las didácticas de aprendizaje para lograr el objetivo de adquirir competencias para resolver situaciones en las que se ven incluidas cuestiones de origen ético.

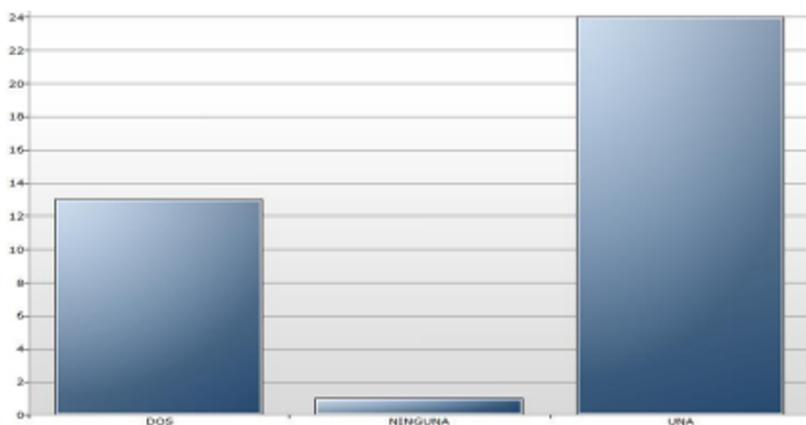
No es suficiente considerar a la bioética sólo como una competencia esencial, es el sustrato a partir del cual se tomarán todas las decisiones clínicas que regirán la relación médico-paciente. Se busca que los médicos sean responsables, con valores éticos y con virtudes

que son requisito para tomar decisiones (Pérez, 2018). Nos debe llevar a una reflexión aplicada para resolver conflictos en donde se involucran cuestiones morales, sin embargo, en muchos planes de estudio, estos tópicos no se consideran como necesarios dentro de la formación de los residentes (durante su proceso de especialización médica). Existe una necesidad real para pasar de una medicina deshumanizada a una medicina humanizada (Jaureguizar, Aldeghi, Del Valle, Cuneo, Battolla, Díaz, Lambrozio, Pascual y Elías, 2015).

### NÚMERO DE MATERIAS CURSADAS RELACIONADAS CON LA BIOÉTICA

La mayor frecuencia de respuesta como se observa en la grafica 3 fue que solo cursaron una materia relacionada con temas de bioética o ética médica, en una frecuencia menor, pero nada despreciable, los estudiantes describen que en algunas universidades se imparten dos materias con este tipo de temáticas, lo cual puede favorecer el conocimiento del área y su campo de aplicación. Un estudiante mencionó que él nunca recibió formación en bioética en su licenciatura.

*Gráfica 3. Número de materias cursadas relacionadas con la bioética*



(Elaborado en programa Epi Info)

## FASE DE FORMACIÓN COMO MÉDICO GENERAL EN LA QUE SE LES IMPARTIÓ LA MATERIA DE BIOÉTICA

Como se muestra en la tabla 6, sólo tenemos 37 alumnos que describen en qué fase de su formación de la licenciatura les impartieron la o las materias relacionadas con bioética, recordemos que uno de los residentes mencionó que él no recibió ninguna materia con estas temáticas. Como vemos el porcentaje que cursó este tipo de unidades temáticas durante su formación que llamamos básica (lo que se conoce como tronco común o materias obligatorias y meramente teóricas), seguido por el grupo que recibió durante sus rotaciones clínicas (ya tenían contacto con pacientes en el medio hospitalario) y solamente uno recibió materias durante su formación básica y clínica. Esto es relevante porque refleja que la realidad es que muchas de estas materias se imparten de manera temprana, en momentos donde los estudiantes no tienen roza-miento clínico y no alcanzan aún a vislumbrar las consecuencias de las acciones que se hacen o se dejan de hacer en un entorno clínico. Como se mencionó en capítulos anteriores, la formación en bioética y/o ética médica debe continuar a lo largo del pregrado y posgrado.

*Tabla 6. Fase de formación como médico general en la que se les impartió la materia de bioética*

¿En cuál fase de tu formación como médico tomaste la materias relacionadas con Bioética?	Frecuencia	Porcentaje
Formación básica	27	72.97%
Formación básica y clínica	1	2.70%
Formación clínica	9	24.32%
Total	37	100%

(Elaboración propia)

La bioética en algunos programas académicos de licenciatura en nuestro país se imparte en los primeros semestres de su formación, periodo en el cual los estudiantes no tienen contacto con pacientes y no

identifican muchas situaciones clínicas que pueden presentar dilemas o problemas éticos, por lo cual los conocimientos quedan en el olvido y en ocasiones sin las herramientas necesarias para poder resolver situaciones dilemáticas en su práctica clínica.

Esto sigue hasta que el estudiante ingresa a su especialización médica, periodo en que realizan actividades asistenciales cien por ciento clínicas, en las que todos los días tiene contacto con pacientes con los que se pueden presentar problemas o situaciones de índole ético, para los cuales no cuentan con las herramientas suficientes para poder identificar, analizar, reflexionar y poder resolver.

García-Cervigon (2010) hace referencia a que la medicina es una ciencia biológica, pero también es una disciplina social. Es por ello por lo que la formación básica del médico debería incluir la formación en humanidades médicas, por lo que se hace necesario el desarrollo de diferentes disciplinas que aborden estas realidades como la ética médica y la bioética (p. 37).

La enseñanza de la bioética deberá abarcar todos los períodos de formación del médico, porque al igual que la formación incluye el estudio de las ciencias básicas y acaba con la especialización concreta en cada área, así también habrá de procederse en el conocimiento de los aspectos éticos médicos. Por ello lo ideal es difundir la bioética a todos los niveles posibles y no dejarla aislada a una sola asignatura en algún momento determinado del currículum (García-Cervigon, 2010, p. 41).

Como se menciona, es necesario que los estudiantes que estudian su especialidad médica tengan formación en bioética y ética médica, no solo limitar su enseñanza al pregrado, ya que tienen que ser capaces de identificar los problemas o dilemas éticos en su práctica diaria, entender que el consentimiento informado es un proceso y no solo firmar un documento y qué hacer en caso de que los pacientes pierdan su autonomía identificando quién podría tomar las decisiones por ellos en estos escenarios.

## ENFRENTAMIENTO ANTE UN DILEMA Y/O PROBLEMA ÉTICO

Un porcentaje mayor al 80% (tabla 7) reconoce que en algún momento de su práctica clínica diaria se ha enfrentado a una problemática en la que identifican hay conflicto entre los valores morales ante ciertas situaciones que no permiten tomar una decisión de una manera sencilla. Un menor porcentaje refiere nunca haber estado en una situación problemática o dilemática que intervengan componentes morales y/o éticos.

*Tabla 7. Enfrentamiento ante un dilema y/o problema ético*

¿Te has enfrentado a un dilema ético?	Frecuencia	Porcentaje
Sí	7	18.42%
No	31	81.58%
Total	38	100%

(Elaboración propia)

Como observamos, todos los días los médicos en formación se ven inmiscuidos en situaciones en las que tienen que utilizar herramientas eficientes que les permitan resolver problemas de origen ético. Es por esto la importancia de capacitar a los residentes durante su posgrado, desarrollando competencias y la oportunidad de adaptarse a los nuevos cambios en la práctica. Uno de los objetivos principales es concientizar a los médicos durante los años de adiestramiento para obtener el grado de especialista sobre dilemas éticos y las estrategias que tenemos para reconocerlos a tiempo y dar solución a los mismos (Jaureguizar, et al.)

La formación ética postgraduada es aquella que se realiza en el ámbito del ejercicio profesional en cada especialidad concreta donde el médico se esté formando. En este período el médico debe asumir progresivamente responsabilidades clínicas, profundizar en el conocimiento de su especialidad e integrarse en la vida del hospital. Desde el punto de vista de la formación ética, esta consiste en la profundización del conocimiento y manejo de los principales problemas éticos que se observan en cada especialidad concreta, y es el momento en donde la

formación ética adquiere toda su profundidad de acuerdo con la especialidad elegida por el estudiante (García-Cervigon, 2010, p. 44).

Es importante que los médicos futuros especialistas sean capaces de identificar y resolver en la mayoría de los casos los problemas éticos que se presenten en sus actividades profesionales, apoyarse cada vez más de la casuística y hacer sesiones programadas para analizar los casos que se presenten con el acontecer de los días para adquirir las herramientas necesarias para abordar las diferentes problemáticas que se presenten de forma particular de acuerdo con la especialidad.

No es suficiente considerar a la bioética sólo como una competencia esencial, es el sustrato a partir del cual se tomarán todas las decisiones clínicas que regirán la relación médico-paciente. Se busca que los médicos sean responsables, con valores éticos y con virtudes que son requisito para tomar decisiones (Pérez, 2018). Nos debe llevar a una reflexión aplicada para resolver conflictos en donde se involucran cuestiones morales, sin embargo, en muchos planes de estudios, estos tópicos no se consideran como necesarios dentro de la formación de los residentes (durante su proceso de especialización médica).

Existe una necesidad real para pasar de una medicina deshumanizada a una medicina humanizada (Jaureguizar, Aldeghi, Del Valle, Cuneo, Battolla, Díaz, Lambrozio, Pascual y Elías, 2015). Como refieren los autores antes citados, se creía que los conocimientos adquiridos en pregrado eran suficientes para identificar y resolver conflictos en las actividades clínicas; sin embargo, la realidad es tristemente otra, actualmente los residentes no pueden elaborar los argumentos para sustentar un caso y consensuar acuerdos. Wendy Elizabeth Terrazas en su tesis de posgrado llamada *Evaluación de los saberes en Bioética en los Médicos residentes del Hospital General, Centro Médico Nacional "La Raza"* en el que pone en evidencia una real carencia de saberes bioéticos, lo cual es preocupante, de 14 especialidades evaluadas tuvieron un promedio general de 26.35% del posible 100% de respuestas sobre conocimientos en bioética, solo la especialidad de patología clínica en este estudio logró superar el 54% de calificación (2012, p.41).

Reino Unido y Canadá cuentan con guías aplicadas al contexto de la solución de dilemas y lograr consensos para la resolución de los casos. En España, se modificó el plan de estudios de la especialidad en medicina familiar y comunitaria, adaptado a las necesidades en formación ética y teniendo como propósito que el paciente pueda tomar decisiones, respetando su confidencialidad y realizar con éxito el proceso de obtención del consentimiento informado, así como apoyarse en los comités de ética en sus unidades hospitalarias para presentar casos identificados como dilemas bioéticos. Se propone que durante el proceso de especialización de los residentes se incluyan unidades de aprendizaje con reflexiones críticas y tomar como guía en su actuar los valores éticos y virtudes para proporcionar una atención de calidad (Pérez, 2018).

Un estudio realizado en el Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez en Buenos Aires, modificó el plan de estudios de la especialidad en pediatría, en el que se incluyen contenidos temáticos en todos los años de formación con más enfoque en el razonamiento y solución de casos reales. Se espera evaluar el impacto al culminar la especialidad y el impacto de esta nueva propuesta educativa (Jaureguizar, et. al.)

En México, una investigación de tipo descriptiva en la que se evaluaron a 36 residentes de la especialidad de traumatología y ortopedia de un hospital público de Puebla, México, describe que a pesar de que el 92% ya había tomado una materia de bioética en la universidad, el 42.7% de ellos no le encontraba utilidad en su práctica clínica diaria, resaltando que solo el 58.3% posee herramientas para identificar qué casos deben ser asesorados por un comité de bioética. (Ávila, Álvarez, Ángel, y Mendoza, 2021).

La Declaración Universal sobre la Bioética y los Derechos Humanos en su artículo 23, menciona que se debe instruir la formación en bioética en todos los niveles educativos. Se pone en evidencia que no se han creado programas suficientes que aborden estos contenidos en diferentes áreas o disciplinas, así como actividades de investigación (Cantú y Martínez, 2015), por lo cual la formación en bioética dentro de los programas de residencia médica deberá estar incluida.

En un estudio realizado en la Unidad de Medicina Familiar No. 80 en Michoacán (2020), se realizó una intervención educativa en formación ética en la calidad de la atención médica de los residentes de medicina familiar en el que demostró que con una capacitación lograron mejorar su desempeño comparado con la evaluación inicial que les realizaron (Manzo, 2020, pp.45-54).

Es importante el capacitar a los residentes durante su posgrado, desarrollando competencias y la oportunidad de adaptarse a los nuevos cambios en la práctica. Uno de los objetivos principales es concientizar a los médicos durante los años de adiestramiento para obtener el grado de especialista sobre dilemas éticos y las estrategias que tenemos para reconocerlos a tiempo y dar solución a los mismos (Jaureguizar, et al.)

Siegler (2010) en su grupo de trabajo han implementado algo que se llama ética de la medicina clínica en países como Estado Unidos, Canadá y Europa para trabajar como médicos-eticistas.

Se define la ética médica clínica como un campo práctico que ayuda a los pacientes, las familias y profesionales de la salud a tomar buenas decisiones clínicas, teniendo en cuenta los hechos médicos de la situación y preferencias y valores del paciente y la familia (Siegler, 2010, pp. 47-48).

Como comenta el autor, es necesario que en el ámbito clínico no solo se tomen en cuenta los aspectos biológicos y que los médicos residentes deban ser capaces de reconocer que para brindar una atención de calidad se deben considerar además de los aspectos fisiopatológicos y terapéuticos los valores, y el panorama social de cada uno de los pacientes que acuden a ellos para recibir atención médica. Se requiere humanizar la medicina, no solo tratar síntomas, permitir que el abordaje y propuesta de manejo englobe todos los aspectos de cada individuo permitiéndole el relacionarse con los usuarios de los servicios de salud más allá de solo prescribir algún fármaco o medidas terapéuticas no farmacológicas.

Siegler (2010, p.49) menciona dos cosas muy importantes, define que la ética médica clínica es cien por ciento práctica y no teórica, es una

disciplina de la medicina y no de la filosofía, se debe practicar todos los días en los pases de visita y procesos de atención médica (2010, p.49).

Es cierto que la ética clínica en ocasiones carece de la teoría, sin embargo, su aplicación debe tener como sustento el origen y objetivo por el cual se practica o se aplica, es necesario el apoyo de las corrientes filosóficas que permitan que los procesos de atención en el ámbito clínico sean eficaces y permitan mejorar la relación médico-paciente.

Desde 1984 el centro de MacLean que está dirigido por Dr. Mark Siegler, además, hay tres directores asociados, Dr. Lainie F. Ross, MD, PhD, Dr. Daniel Sulmasy, MD, PhD, OFM, y Dr. Peter Angelos, MD, PhD. Tiene una gran facultad constituida tanto de especialidades médicas como de los más amplios programas de la Universidad de Chicago. El número de profesores es de 30, que incluye 20 médicos y 10 no-médicos. Ha sido pionero y ha desarrollado consultas de ética. Las consultas de ética se modelan después de las consultas médicas y quirúrgicas. Los consultores de ética que han sido formados y que tienen conocimientos tanto en medicina como en ética están disponibles las 24 horas del día, 7 días a la semana para ayudar a los pacientes, familiares, médicos y enfermeras en casos de dificultad ética. El consultor de ética examinará los problemas clínicos y éticos en el caso, ofrecerá seguimiento de información y prudencia, y ayudará a los médicos y enfermeras a mediar en conflictos que podrían surgir en circunstancias particulares. Desde 1984, el centro MacLean ha realizado 150 consultas de ética por año, sumando un total de casi 3.000 consultas en 25 años. El centro MacLean y su facultad han escrito ampliamente sobre el tema de consulta ética y han publicado muchos artículos y libros acerca de este problema. (Siegler, 2010, pp. 50-51).

Lo que se busca en la práctica médica es precisamente contar con personal capacitado no solo en el área médico-biológica si no que los médicos que están en formación tengan instrucción en las ciencias socio médicas, que sean médicos con una formación más integral y se formen unidades como la del centro MacLean de asesoramiento continuo en la que todas las personas que están involucradas en un caso puedan ser escuchadas y orientadas.

Se requiere el sustento filosófico de la microbioética para aplicar la ética en los ámbitos clínicos y así, atender las necesidades que nos plantea el siglo XXI, en relación a las enfermedades emergentes, nuevos tratamientos sustentados en avances moleculares y genéticos, el uso de la inteligencia artificial, la protección de datos personales ante una digitalización de los expedientes clínicos, y cuestiones como eutanasia y toma de decisiones al final de la vida con los cuidados paliativos.

Se abordaron tres preguntas como sondeo a los sujetos de investigación, las cuales fueron las siguientes.

### **a) ¿Qué motivaciones tengo para tomar esta capacitación?**

Los residentes respondieron de manera diversa y se permitió que expresaran su sentir, las palabras o frases que más mencionaron fueron las siguientes: aprender más para mi práctica, tener una mejor relación con mis pacientes, aprender cómo no cometer errores que me puedan perjudicar, de igual manera se mencionó que no tenían motivación para tomar esta capacitación por un número reducido de individuos. Lo interesante de esta pregunta, es que ninguno de ellos sabía cuál era el tema de la capacitación, al llegar al lugar donde se llevó a cabo la intervención se les explicó el proyecto y sus objetivos, posteriormente se les invitó a participar para posteriormente realizar estas preguntas de sondeo (datos obtenidos de las respuestas del proceso dialógicos aplicado el día 18 de septiembre del 2023)

### **b) ¿Cómo me siento al participar en este curso?**

Las frases o palabras que más se mencionaron en estas preguntas fueron: expectación, incertidumbre, duda, temor a lo desconocido, incomodidad. Se refleja que estos temas siguen siendo áridos y generan conflicto interno al querer abordar los contenidos, sin embargo, expectación fue la palabra que con más frecuencia se mencionó (datos obtenidos de las respuestas del proceso dialógicos aplicado el día 18 de septiembre del 2023).

### **c) ¿Qué prejuicios tengo con respecto al tema?**

Los residentes mencionaron: temas complicados, aburridos, no entendible, no necesario, juramento hipocrático, amparo por la ley. De nueva cuenta se describe el hecho de que para muchos de ellos el contenido que se les daría sería poco útil o interesante, quizá algo relacionado con la forma en la que esas unidades temáticas se impartieron en la formación de la licenciatura (datos obtenidos de las respuestas del proceso dialógicos aplicado el día 18 de septiembre del 2023).

## **CONCLUSIONES**

Los servicios que se brindan por los egresados de instituciones de educación superior deberán beneficiar a la mayoría de la población, esto permite que puedan tomar decisiones libres y fundamentadas ante los dilemas o situaciones, aprendiendo a respetar las diferencias de las personas (Cantú & Martínez, 2015, pp. 47-50). La multiculturalidad actual en nuestras sociedades requiere el desarrollo de nuevas habilidades de los proveedores de salud para respetar la diversidad y los múltiples valores de los pacientes (Forte, Kawai & Cohen, 2018).

En general, la población se encuentra entre la tercera y cuarta década de la vida, que en su mayoría se muestra expectante y motivada para aprender y participar a lo largo de la capacitación que se tenía planteada.

El reto más importante es cambiar los paradigmas de la forma en que se enseña la bioética y buscar estrategias didácticas que permitan un mejor entendimiento y análisis reflexivo de los tópicos que serán abordados.

Otro reto será romper con paradigmas ya aprendidos para poder ser receptivos a nuevas propuestas encaminadas a mejorar la relación personal de salud-paciente.

Los contenidos temáticos en bioética y ética médica durante su proceso de formación como médicos residentes es fundamental y debe ser un pilar en los programas curriculares de cada una de las especialidades que se cursan en este nosocomio.

## BIBLIOGRAFÍA

- Ávila Ruiz, T., Álvarez Hernández, A., González Vázquez, E. Á., & Mendoza Lucero, F. M. F. (2021). Conocimiento del concepto, comités y códigos de bioética en médicos residentes de la especialidad de traumatología y ortopedia. *Investigación en educación médica*, 10(39), 9-15.
- Bullock, E. C. (2018). Paternalism and the practitioner/patient relationship. Grill, K., & Hanna, J. [Eds.]. (2018). En *The Routledge Handbook of the Philosophy of Paternalism*. Capítulo 24, 311-322. Routledge.
- Cantú Martínez, P. C. (2015). Bioética y educación superior en México. *Acta bioethica*, 21(1), 45-52.
- Cañete Villafranca, R., Guilhem, D., & Brito Pérez, K. (2013). Paternalismo médico. *Revista Médica Electrónica*, 35(2), 144-152.
- Carlisle, E. M., Klipowicz, C. J., Shinkunas, L. A., Scherer, A. M., & Kaldjian, L. C. (2021). Discrepancies in decision making preferences between parents and surgeons in pediatric surgery. *BMC medical informatics and decision making*, 21, 1-11.
- Cortina, A. (2011). *Neuroética y neuropolítica*. Tecnos
- Cortina, A. (2012). *Guía Comares de neurofilosofía práctica*. Comares.
- Cortina, A. (2016). Bioética para el siglo XXI: construyendo esperanza. *Revista Iberoamericana de Bioética*, (1), 1-12.
- De, M., Jaureguizar, P., Aldeghi, L. F., Valle, M. A. D., Cúneo, M. M., Battolla, J., & Costa, C. E. (2015). La Bioética en el Programa de Formación de la Residencia de Clínica Pediátrica. *Rev. Hosp. Niños (B. Aires)*, 57(256), 13-16.
- Fernández-Ballesteros, R., Sánchez-Izquierdo, M., Olmos, R., Huici, C., Casado, J. M. R., & Jentoft, A. C. (2019). Paternalism vs. autonomy: are they alternative types of formal care? *Front Psychol.* 2019; 10: 1460.
- García Alarcón, R. H. (2012). La Bioética en perspectiva Latinoamericana, su relación con los Derechos Humanos y la formación de la conciencia social de futuros profesionales. *Revista latinoamericana de Bioética*, 12(2), 44-51.
- García-Cervigón, G. P. La enseñanza de la bioética en los diferentes períodos de formación del médico. *Educación en Bioética al profesional de Ciencias de la Salud. Una perspectiva internacional*, 35.

- Rey Lema, D. M. (2019). Bioética y bioeconomía: disciplinas para supervivencia del mundo planetario (Bioethics and Bioeconomics: Disciplines for the Survival of the Planet). *Trilogía Ciencia Tecnología Sociedad*, 11(20).
- Sánchez-González, J. M., Cacho-Salazar, J., Hernández-Gamboa, L. E., Campos-Castolo, E. M., & Tena-Tamayo, C. (2007). Estudio exploratorio de los conocimientos sobre ética, normativa y comunicación en los aspirantes a residencias médicas. *Cirugía y cirujanos*, 75(3), 191-200.
- Siegler, M. (2010). La importancia del aspecto practica y clínico de la ética en la formación de los profesionales. En Ruiz, B.H.& Banderas, F. (Ed.), *Educación en Bioética al profesional de Ciencias de la Salud. Una perspectiva internacional*. (pp.37-43).
- Swenson, S. L., Buell, S., Zettler, P., White, M., Ruston, D. C., & Lo, B. (2004). Patient-centered communication: do patients really prefer it?. *Journal of general internal medicine*, 19, 1069-1079.

## Capítulo 4

# Aspectos sociales en las adicciones y la implicación de la bioética

Oscar Javier Fernández Cabrera

### INTRODUCCIÓN

Existen una serie de patrones conductuales y progresivos en las adicciones, como componentes biológicos, psicológicos, sociales y conductuales (Castaño y Páez, 2019). Las adicciones son un problema para la salud pública debido a los riesgos que representan, pues su dimensión abarca diferentes aspectos sociales. Ante un problema así se deben considerar aquellas disciplinas encargadas en analizar este tipo de sucesos, específicamente, la bioética.

A raíz de que terminó la Segunda Guerra Mundial, se cuestionan los dilemas éticos derivados a los atroces acontecimientos y experimentos realizados por los nazis a lo largo de la guerra, por ejemplo, los experimentos llevados por el médico Josef Mengele, en donde realizó experimentos con gemelos en condiciones inhumanas (Walker, 2015). Debido a estos sucesos en el año 1947 surge el *Código de Núremberg*, en cuyo documento se establecen recomendaciones éticas relacionados con experimentos en humanos, desde el consentimiento voluntario de las personas, y que los experimentos deben ser fructíferos para el bien de la sociedad y deben ser llevados a cabo por personas científicamente calificadas (International Nuremberg Military Tribunal, 1947).

Un año posterior en 1948, se publicó la *Declaración Universal de Derechos Humanos* en donde dos de sus artículos hablan acerca de que toda persona tiene derecho a la vida, la libertad y a su seguridad, también de que nadie debe ser sometido a torturas o tratos inhumanos

(Organización de las Naciones Unidas [ONU], 1948). Posterior a esto, surgió la *Declaración de Helsinki* en 1964, la cual está conformada de 37 principios, agrupados de la siguiente manera: introducción; principios generales; riesgos, costos y beneficios; grupos y personas vulnerables; requisitos científicos y protocolos de investigación; comités de ética de investigación; privacidad y confidencialidad; consentimiento informado; uso del placebo; estipulaciones post ensayo; inscripción y publicación de la investigación y difusión de resultados e Intervenciones no probadas en la práctica clínica (Asociación Médica Mundial [AMM], 2013).

Años más tarde, Van Reensselaer Potter en 1971 acuña el término “bioética” en su libro *Bioética, un puente hacia el futuro* en la cual la bioética es el puente entre la ciencia y las humanidades, buscando vincular las orientaciones científicas de la medicina con los valores humanos, encaminado a una “bioética global” (Potter, 1971). Aunque el término bioética había sido empleado primero por el alemán Fritz Jahr en 1927, en un artículo publicado en la revista *Kosmos* titulado *Bioética: una panorámica sobre la relación ética del hombre con los animales y plantas* (Sass, 2007).

En 1979 se origina el *Informe de Belmont*, una declaración de principios éticos básicos y directrices para la resolución de problemas éticos que se presentan en las investigaciones en seres humanos en los Estados Unidos, esta declaración habla de los principios éticos los cuales son: respeto a las personas, beneficencia y justicia (Observatori de Bioética i Dret, 1979). Poco tiempo después en el mismo año 1979, llegan los autores Tom Beauchamp y James Childress, con su corriente de “bioética principialista” o el “principialismo” en donde establecen cuatro principios: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia en su obra publicada con el título de *Principles of Biomedical Ethics* (Beauchamp & Childress, 2001). Décadas más tarde en el año 2005 la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) aprobó en octubre de ese mismo año la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, la cual los Estados Miembros se comprometían en respetar y aplicar los principios fundamentales de la bioética,

abordando los problemas éticos planteados por la medicina, las ciencias de la vida y el uso de las tecnologías, principalmente las normas que rigen el respeto de la dignidad de la persona, los derechos humanos y las libertades fundamentales (UNESCO, 2006).

Con todo lo anterior mencionado de manera breve acerca de la bioética y sus componentes, entonces podemos decir que a la bioética le compete el tema de las adicciones, pues una persona con esta enfermedad puede ser vulnerada de sus derechos, así pues, se debe buscar un vínculo en el cual la bioética actúe en estos aspectos sociales que juegan papel importante en las adicciones.

Por eso, es importante hablar más acerca de las adicciones ya que son una enfermedad que daña no solamente a la salud del individuo, perjudica también todo su entorno social, entre mayor sea su consumo, mayor son las complicaciones que sufre la persona. El origen de las adicciones es multifactorial, entre los que podemos mencionar factores biológicos, genéticos, psicológicos y sociales. Algunos síntomas característicos de las adicciones son el daño o deterioro progresivo de la calidad de vida de la persona, debido a las consecuencias negativas de la práctica de la conducta adictiva y la pérdida de control.

Las consecuencias de esta enfermedad pueden ser en la salud, interviniendo en daños, perjuicios y problemas orgánicos y psicológicos, también en lo social ya que la persona con alguna adicción no es capaz de mantener relaciones estables y puede destruir lazos familiares y amistosos, la persona deja de participar en el mundo, destruyendo toda vida social, también puede ser en el bajo rendimiento laboral, porque se puede llegar a abandonar metas y planes, recurriendo a las adicciones como una “salida” ante sus problemas.

Como ya se ha mencionado el comportamiento de una persona con adicción no es un problema individual, también es una respuesta o síntoma del contexto social que se vive, algunos autores afirman que se trata de una respuesta subjetiva al discurso de una sociedad capitalista contemporánea mientras que otros van más allá y establecen que

precisamente la configuración cultural de la sociedad de consumo es la que impacta en la subjetividad de la humanidad, ya que permite y genera un tipo particular de relación entre el sujeto y las drogas, que define esta época. Desde esta perspectiva, las adicciones dejan de ser dominio exclusivo de lo biológico e incorporan el análisis de aspectos psicológicos, socioeconómicos y culturales, aportando una comprensión más integral del fenómeno (Argoff, De San Jorge y Pérez, 2021). Por ello, se realizó una búsqueda para ver cuáles aspectos sociales son los que más pueden influir en las adicciones.

## **OBJETIVO**

Presentar los principales temas en el estudio de las adicciones desde un enfoque social y establecer su relación con la bioética.

## **CIRCUNSTANCIAS SOCIALES Y LAS ADICCIONES**

Las adicciones deben verse desde un campo visual amplio que permita identificar los factores que intervienen para que la persona sea propensa a tener una adicción. Por ello, se debe hablar acerca de los determinantes sociales de la salud (DSS), pues hablar de esto, permite abrir el abanico y poder desmenuzar como ciertos aspectos o condiciones sociales, pueden relacionarse para que una persona tenga más riesgo a tener una adicción, afectando así su calidad de vida. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) define a los DSS como “las circunstancias en que las personas nacen crecen, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de vida (OMS, 2012). Complementando a esto, y de una más clara, se puede decir que los DSS son aquello que nos rodea en nuestro contexto social, es decir: nuestro nivel de estudios, el ingreso, el empleo, la vivienda, transporte, acceso a alimentos, acceso a servicios públicos y de salud, nuestras redes sociales, etc.

Entonces se debe cuestionar, ¿cómo esto puede influir en que las personas sean más propensas a sufrir de alguna adicción? La respuesta a ello resulta ser extensa y compleja, pues se deberá de tomar en cuenta las condiciones de las personas, por ejemplo, puede existir una relación entre las adicciones y el nivel de estudio, el ingreso económico de la persona, el apoyo familiar y social, entre otros, por lo cual es aquí cuando se empieza a dimensionar cómo estos aspectos sociales en realidad pueden estar muy ligados a las adicciones.

A continuación, se presentarán los principales temas que pudieran estar más relacionados con que las personas sufran de una adicción.

## **GRUPOS DE RIESGO EN LAS ADICCIONES**

Toda persona puede ser vulnerable a tener una adicción, no obstante, existen grupos de personas que debido a sus características son más propensos a sufrir de una adicción. Los adolescentes es la población más fácil de ser influenciada hacia el consumo de drogas de cualquier tipo, debido a que durante la adolescencia se presentan diversos cambios en la fisiología, en las relaciones familiares, en la relación con los pares del propio sexo y del sexo opuesto, en el crecimiento cognitivo, en su propia identidad, como también, el tratar de cumplir con los estándares esperados por una sociedad y de su propia familia. Estos acontecimientos promueven una crisis en el adolescente, quien busca superar las diversas situaciones a las que se enfrenta. En este intento por superar esta crisis, muchos adolescentes toman actos de alto riesgo teniendo grandes consecuencias en sus vidas, como pueden ser los embarazos no deseados, la dependencia a las drogas o realizar conductas delictivas (García, 2002). Incluso los adolescentes son el grupo más vulnerable en relación con el consumo de alcohol, parte de esa vulnerabilidad está en las situaciones que se derivan del proceso sociopsicológico que atraviesan las personas entre los 10 y los 19 años. La edad media del consumo de alcohol y tabaco se sitúa entre los 13 y los 14 años. La edad de inicio de las drogas ilegales está entre los 15 y los 16 años. Dicho consumo es

más perjudicial en edades tempranas en las que el organismo se está desarrollando y madurando, con riesgo importante para la salud física y psíquica, ya que la carga de enfermedad, sufrimiento y mortalidad afecta no solo al que las consume (Alfaro et al, 2014).

## ÁMBITO ESCOLAR Y LAS ADICCIONES EN ADOLESCENTES

Los adolescentes durante esta etapa buscan una aceptación social, pues se empiezan a desvincular en la mayoría de los casos de su entorno familiar para buscar un grupo de pares con los cuales se sienten identificados, en muchas ocasiones con tal de tener esa aceptación, realizan conductas que no son propias de ellos, pero con tal de ser aceptados no toman en cuenta las consecuencias que sus actos pueden causar, en donde la mayoría de las veces este suceso se da dentro de la escuela.

El fracaso escolar es un excelente factor para pronosticar el abuso de drogas por parte del adolescente, ya que el pobre desarrollo escolar predispone la frecuencia y el nivel de involucración en drogas. El bajo desempeño académico de los últimos años de educación agudiza más los efectos para un temprano comportamiento antisocial y contribuye a la involucración del joven para el uso de drogas, es así como los alumnos que no tienen un gran compromiso escolar son más fáciles para desenvolverse en el consumo de sustancias psicoactivas (García, 2002).

Las relaciones de amistad en la adolescencia tienen un papel importante, pues las mismas amistades pueden conducir a que el adolescente caiga en las adicciones, por ejemplo, esto se agrava cuando el adolescente tiene un bajo rendimiento académico, esto en la mayoría de los casos puede terminar abandonando la escuela, en donde el adolescente al contar con mayor tiempo libre y sin supervisión por parte de sus familiares, tendrá mayor disposición de relacionarse con adolescentes en su misma situación, estos grupos de amigos por lo general pueden estar compuestos por jóvenes incluso un poco mayores que el adolescente, en donde esta diferencia de edad, puede representar una mayor influencia

para el adolescente, pues en su búsqueda de aceptación por gente similar a él, y más si la persona que lo invita a consumir alguna sustancia es mayor de edad, pues este representará mayor autoridad y por ende, no debe actuar de forma cobarde y aceptar la invitación. Es aquí donde radica un gran problema, pues la vulnerabilidad del adolescente y su fácil forma de ser manipulado por los demás, siendo ocasionado por una baja autoestima, es un indicador que afectará en las decisiones del adolescente.

## **ASPECTOS PERSONALES EN EL ADOLESCENTE**

Los factores personales que están directamente relacionados al consumo de drogas son la sintomatología depresiva en el adolescente y la integración y participación comunitaria del adolescente (Cole, Fang y Schinke, 2008). El comportamiento del adolescente se presenta de una manera distante y cerrada, el adolescente entra en un modo depresivo el cual causa que no se comunique con los demás, pues en la mayoría de los casos se sienten incomprendidos y que nadie los entiende, esto agudiza aún más ese anhelo de pertenecer a un grupo social, pues este aislamiento pareciera irse cuando se entabla relación con gente con sus mismos gustos y maneras de pensar, pero dentro de esta búsqueda puede caer en malas relaciones que lo inciten a consumir algún tipo de drogas, por ello, el contexto familiar puede ser una alternativa que lo prevenga de esos riesgos.

## **LA IMPORTANCIA DE LA FAMILIA EN EL ADOLESCENTE**

El funcionamiento familiar se relaciona, en gran parte, con el consumo de drogas de los hijos adolescentes porque influyen en el desarrollo de su autoestima, tanto de protección como la de riesgo, la relación de estas, parece que predice de manera significativa la implicación del adolescente en un mayor o menor consumo (García, 2002).

También el entorno familiar realiza un proceso que mide los componentes interrelacionados a un nivel de afectividad, estructural, de control, relaciones externas y cognitivo. Este entorno tiene dos panoramas: competencias y estilos; aquí se pueden encontrar la estructura, la flexibilidad y las capacidades del grupo familiar y de sus integrantes, y en la segunda, se ubica el estilo particular de la familia. Por ende, cuando existe una mala estructura familiar, la persona puede generar un carácter inhibido, hipocresía, desilusión, abandono del hogar, en esta parte es cuando puede ingresar al mundo de las drogas y del alcoholismo, para evadir sus realidades (Castaño y Páez, 2019).

Por otro lado, las vivencias de familiares que consumen alcohol o fuman constantemente, influyen directamente en la toma de decisiones en la mayoría de los jóvenes, ya que esto genera una actitud positiva o negativa frente al consumo. El apoyo familiar puede conducir a una disminución en el consumo de tabaco, por ejemplo, a diferencia de familias “disfuncionales” donde la influencia de pares ya sea por parte de hermanos, primos o tíos consumidores, constituye un mayor riesgo y la falta de satisfacción familiar influencia en el consumo, motivo por el cual se debe enfatizar la importancia de fortalecer las relaciones entre los adolescentes y sus padres, y mejorar la comunicación como estrategias para reducir la influencia de los compañeros que consumen alguna sustancia (Amaya et al, 2020). De acuerdo con Barrios-Hernández y Verdecia-Machado (2016, p.6) la familia disfuncional “se caracteriza por el fracaso en los papeles parentales y la confusión de roles”, generando una nula o poca supervisión, falta de disciplina y responsabilidades hacia los hijos.

## **EL PAPEL DE LA SOCIEDAD Y SU RECHAZO A LAS PERSONAS CON ADICCIONES**

La adicción además de ocasionar daños en la salud de la persona causa un daño moral a la persona que sufre de ella, es aquí en donde entra la sociedad. La sociedad puede ser un verdugo que castiga a las personas que sufren de alguna adicción, pues estigmatiza, rechaza, vulnera,

a estas personas. La sociedad en ocasiones es indiferente a las personas con alguna adicción y más en personas en situación de calle, pues parecieran ser vistas como “fantasmas” que deambulan a su suerte.

Por ello, es importante hablar acerca del estigma que se refiere a un atributo o característica de un individuo que lo identifica como diferente de alguna manera de un estándar normativo y marca a ese individuo como socialmente sancionado y devaluado. Las adicciones al ser enfermedades de salud mental son discriminadas y estigmatizadas, por el contrario de algunos trastornos psiquiátricos como la depresión que poco a poco han sido más aceptados, cosa que con los adictos la aceptación está siendo un proceso más lento (Nora y Volkow, 2020). Los estereotipos y juicios sobre personas con problemas de abuso de sustancias son extremadamente frecuentes y negativos. El contenido de estos estereotipos varía, por lo general, utilizan denominaciones como “inmorales”, “los alcohólicos no son fiables” o “los adictos son peligrosos”. Estas evaluaciones negativas se llevan a cabo no sólo por aquellos que se abstienen de consumir sustancias, sino también por aquellos que ellos mismos consumen y abusan de sustancias (Bankole, 2019).

Estos prejuicios y señalamientos a las personas que consumen por ejemplo alcohol y otras drogas hacen que la persona tenga conductas no adecuadas a la normatividad social, pueden padecer enfermedades físicas o psíquicas que los alejan de este contexto de normalidad, pues algunas veces se pueden presentar acciones delictivas que se les relaciona como personas delincuentes, sin ser conscientes de la condición de la persona que ha perdido el control sobre sus actos derivado a la adicción. Aunque el estigma es menor para las personas que consumen drogas legales, esto cambia cuando sus consecuencias de consumo son mayores, pues esta percepción se desvanece y esto afecta aún más a aquellas personas que consumen alcohol y no cuentan con una vivienda, aumentando el riesgo de una exclusión social (Panadero, Vázquez y Martín 2017).

El estigma entonces puede ser un indicativo para que las personas con alguna adicción sean capaces de tener una integración a la sociedad, a su vida funcional, pues al ser señalados, sacándolos de personas que pueden ser peligrosas para la sociedad, por la agresividad que pudieran manifestar, separa más a que se llegue a una solución, incluso es difícil brindar una solución cuando se llega a ese estado, pues sus condiciones físicas de salud en general, pudieran limitarse a una recuperación ante la adicción. Por todo esto mencionado, las personas con adicciones pueden sufrir de algo llamado “autoestigma” en donde la persona acepta estos prejuicios sociales y los toma como si fueran propios o parte de su persona. Ya que se tienen en una concepción y se perciben como “soy inferior. Por lo tanto, la gente me tendrá aversión y yo no me sentiré seguro con ellos” (Perry, Gawel y Gibbon, 1956). Cuando las personas se atribuyen estos prejuicios que les recalca la sociedad, es cuando la situación empeora, pues la persona piensa que se tendrá que quedar en esta situación, pues pensará que no tiene derechos a reivindicar de nuevo su vida.

Entonces, nos podemos preguntar, ¿qué se debe de hacer para que las personas no lleguen a ese estado irreparable? Pues quizás, dependiendo de la situación de cada persona pudiera o no haber una mejoría significativa, pero sin duda, lo más valioso es buscar esa prevención y mejorar las condiciones de los determinantes sociales de salud. Creo que aquí la bioética debe de prestar más atención junto con otras disciplinas, pues la bioética nos permite reflexionar ante estos problemas, lo que nos genera un sentimiento de poder ayudar a aquellas personas que son más vulnerables.

## RESULTADOS

Después de realizar esta búsqueda por conocer cuáles son los principales temas sociales abordados en el campo de las adicciones con relación a la bioética, se observa que la mayoría de las investigaciones se centran en los grupos de personas con mayor riesgo en sufrir adicciones

como es el caso de la adolescencia que implica un gran interés pues durante esta etapa se derivan factores que facilitan su consumo. Por otra parte, la repercusión social ante las adicciones llama la atención, pues aquí se mencionan temas que estigmatizan a las personas con un problema de la adicción en donde se centra en cómo impacta el comportamiento que tiene la sociedad ante las adicciones y perjudicando así a la persona que lo padece.

## **DISCUSIÓN**

Dentro de las limitaciones podemos mencionar que la bioética no está muy presente en aspectos sociales dentro de las adicciones, aunque si lo está dentro de temas como tratamientos y procesos terapéuticos. La mayoría de los trabajos revisados identifican los problemas y factores que se relacionan con las adicciones, pero es difícil encontrar estrategias que permitan combatir este fenómeno, pues la complejidad radica en la calidad de vida de las personas por lo que mejorar estos aspectos es un gran desafío, si a la bioética se le empieza a dar mayor importancia en estos temas sociales, pudiera ser de bastante ayuda junto con otras disciplinas mejorar la situación de las adicciones. Así pues, la bioética entonces deberá involucrarse más en lo social ante problemas de esta índole, ya que la ética nos invita a reflexionar desde nuestra moralidad, y como hemos visto las adicciones tienen una carga moral negativa para la sociedad, es aquí, donde creo que la bioética puede ser ese inicio que se crea un cambio de pensamiento social y es un trabajo que se puede seguir construyendo si se realizan investigaciones más centradas en el campo de la bioética.

## **CONCLUSIONES**

A manera de conclusión después de identificar estos aspectos sociales dentro de las adicciones, es interesante observar como el rechazo social es el que representa una mayor complicación y retroceso en las

adicciones, pues es que pareciera que la sociedad repele a las personas con adicciones, este distanciamiento los orilla a una situación aún más complicada, y que solamente incrementa un pronóstico desfavorable para estas personas. Estas vulnerabilidades nos permiten cuestionarnos si realmente la sociedad es consciente de los actos que tomamos ante esta situación, pues al ver que las adicciones tienen un gran impacto social y que a estas alturas se siga estigmatizando a las personas con adicciones, pues será importante ser más comprensibles ante este fenómeno.

Otro de los temas más abordados fue el grupo de los adolescentes, creo que se deberá seguir trabajando desde un enfoque preventivo e informativo para que los adolescentes cada vez sean más conscientes de los problemas que se pueden enfrentar en sus vidas si llegan a caer en una adicción, y que al ser un grupo vulnerable se les deberá de poner más atención, pues los riesgos de las adicciones pueden perjudicar de manera irreparable en sus vidas.

## BIBLIOGRAFÍA

- Alfaro, M., Fierro, A., Muñoz, M., Rodríguez, L., Rodríguez, M. y Vázquez, M. (2014). Consumo de sustancias adictivas en los adolescentes de 13 a 18 años y otras conductas de riesgo relacionadas. *Pediatría de Atención Primaria*. 16(62), 125-134.
- Amaya, L., Bernal, Y., Gómez, F., León, F. y Orlandoni, G. (2020). Consumo de tabaco en estudiantes universitarios: motivación a la cesación y dependencia. *Revista Lasallista de Investigación*, 17(1).
- Argoff, C., De San Jorge, X. y Pérez, V. (2021). Subjetividad en la trayectoria del consumo adictivo de sustancias psicoactivas en jóvenes mexicanos. *Health and Addictions / Salud y Drogas*. 21(1), 42-62.
- Asociación Médica Mundial (AMM). (2013). Declaración de Helsinki de la AMM: Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>

- Bankole, A. (2019). El estigma por consumo de sustancias como barrera para el tratamiento y la recuperación. En Jason, B. (Ed.), *Adicción & Medicina: Ciencia y Práctica*, segunda edición (Pág. 846-858). Philadelphia: Elsevier.
- Barrios-Hernández, Y. & Verdecia-Machado, M. R. (2016). Las familias disfuncionales como factor de riesgo adictivo en la adolescencia. *Revista Adicción y Ciencia*, 4(1).
- Beauchamp, T. L., y Childress, J. F. (2001). *Principles of biomedical ethics*. Oxford University Press, USA.
- Castaño, J. y Páez, M. (2019). Funcionalidad familiar y tendencias adictivas a internet y a sustancias psicoactivas en estudiantes universitarios. *Psicología Desde El Caribe*. 36(2), 177-206.
- Cole, K. C., Fang, L. & Schinke, S. P. (2008). Substance use among early adolescent girls: Risk and protective factors. *Journal of Adolescent Health*, 43(2), 191-194.
- García, A. (2002). *La influencia de la familia y el nivel de depresión hacia el consumo de drogas en los adolescentes de la ciudad de México*. Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México.
- International Nuremberg Military Tribunal. (1947). Nuremberg Code: Directives for Human Experimentation. <https://ori.hhs.gov/content/chapter-3-The-Protection-of-Human-Subjects-nuremberg-code-directives-human-experimentation>
- Nora, D. y Volkow, M. (2020). Stigma and the toll of addiction. *The new England journal of medicine*. 1289-1290.
- Panadero, S., Vázquez, J.J. y Martín, R.M. (2017). Alcohol, poverty and social exclusion: Alcohol consumption among the homeless and those at risk of social exclusion in Madrid. *Adicciones*, 29, 33-36. doi:10.20882/adicciones.830.
- Perry, H. S., Gawel M. L. y Gibbon, M. (1956). *Clinical Studies in Psychiatry*. Nueva York: W. W. Norton & Company.
- Organización Mundial de la Salud (2012). *Determinantes sociales de la salud*. <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>
- Observatorio de Bioética I Dret. (1979). El Informe Belmont. <http://www.bioeticayderecho.ub.edu/archivos/norm/InformeBelmont.pdf>

- Organización de las Naciones Unidas. (1948). Declaración Universal de Derechos Humanos. [http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR\\_Translations/spn.pdf](http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf)
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. (2006). *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos*. [https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180\\_spa](https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_spa)
- Potter, V. R. (1971). *Bioethics: Bridge to the Future*. Prentice-Hall, 1.
- Sass, H-M. (2007). Fritz Jahr's 1927 Concept of Bioethics. *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 4(17), 279-295.
- Walker, A. (28 de enero de 2015). *The twins of Auschwitz*. BBC News. <https://www.bbc.com/news/magazine-30933718>

## *Capítulo 5*

# **La perspectiva de los estudiantes de terapia física sobre la relación de los principios de la bioética y la discapacidad**

Carlos Saúl Ayala Madrigal / Aaliyah Kenari Guerrero Delgado

## **INTRODUCCIÓN**

La terapia física desempeña un papel crucial en el abordaje de la discapacidad, un reto que involucra a múltiples disciplinas en la búsqueda de soluciones a las principales barreras que enfrentan las personas con discapacidad. Estos desafíos incluyen la discriminación, la falta de autonomía, la necesidad de un entorno social adaptable y la promoción de una inclusión efectiva. La intervención multidisciplinaria permite afrontar estas dificultades desde diferentes ángulos, con un enfoque integral que contemple no sólo los aspectos físicos, sino también los éticos y sociales.

La bioética, según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), trata sobre la necesidad de abordar las preocupaciones éticas en el contexto de la salud y la medicina. Esto implica garantizar que las decisiones relacionadas con la vida y la salud se tomen de manera ética y respetuosa, siempre considerando los derechos y valores de las personas afectadas. En el ámbito de la discapacidad, la bioética proporciona un espacio de reflexión que asegura que las personas con discapacidad sean reconocidas y respetadas por sus necesidades particulares, fomentando su plena participación en la sociedad en áreas como el acceso físico, la seguridad social, el empleo y el ocio.

Además, es esencial que se reconozca la diversidad dentro del grupo de personas con discapacidad y que se promueva una inclusión que considere las diferencias individuales. Esto plantea un desafío tanto para los profesionales de la salud como para los estudiantes en formación, quienes deben adquirir una visión ética sólida y una comprensión profunda de las necesidades de estas personas. De esta manera, los estudiantes de la licenciatura en terapia física necesitan una perspectiva clara sobre los principios bioéticos y su relación con la discapacidad, contribuyendo así a la igualdad y a la no discriminación en su práctica futura.

## **OBJETIVO**

Este capítulo tiene como objetivo principal explorar la perspectiva de los estudiantes de la licenciatura en terapia física en relación con los principios de la bioética y su vínculo con la discapacidad. Asimismo, se pretende analizar cómo los principios bioéticos influyen en la práctica clínica de estos estudiantes y también comprender la relación entre el conocimiento sobre bioética y la comprensión de la discapacidad.

## **JUSTIFICACIÓN**

La discapacidad, según la OMS, afecta al 12% de la población mundial. Este porcentaje aumenta considerablemente con la edad y en contextos sociales adversos, como la violencia o la pobreza, lo que representa un problema de grandes proporciones en términos de salud, educación, empleo y bienestar social (Rozo, 2011). La creciente prevalencia de la discapacidad subraya la importancia de enfoques éticos y responsables en el tratamiento y manejo de las personas afectadas, particularmente en el campo de la terapia física, donde los profesionales juegan un papel clave en la rehabilitación y la mejora de la calidad de vida.

Si bien los dilemas bioéticos han sido estudiados ampliamente en muchas disciplinas, algunas profesiones, como la terapia física, no han explorado estos temas en profundidad. Esta falta de atención genera la

necesidad urgente de una mayor investigación y formación en bioética, ya que un conocimiento limitado puede llevar a decisiones éticas inadecuadas que afecten negativamente la calidad de la atención y los derechos de las personas con discapacidad.

En México, la investigación sobre la relación entre la bioética y la formación en terapia física es limitada. Este capítulo busca contribuir al conocimiento en este campo, investigando cómo los estudiantes de terapia física perciben los principios bioéticos y su relación con la discapacidad. También se pretende determinar cómo este conocimiento influye en su desarrollo profesional y en la calidad de la atención que brindan.

Este estudio es relevante en una sociedad que aspira a ser más inclusiva y respetuosa con los derechos de todas las personas. Al fortalecer la formación ética de los futuros terapeutas físicos, no solo se fomenta una práctica profesional más responsable, sino también la promoción de la igualdad y la inclusión de las personas con discapacidad en todos los aspectos de la vida.

## PROPUESTA METODOLÓGICA

Este estudio se llevó a cabo mediante un diseño descriptivo observacional, utilizando un cuestionario con 27 preguntas que abordaban temáticas sobre datos sociodemográficos, conocimientos previos sobre bioética, discapacidad y relación de la licenciatura en terapia física con los principios de bioética. El cuestionario fue aplicado a 59 estudiantes de la licenciatura en terapia física de una universidad privada en Guadalajara, Jalisco, México, en junio de 2024. Los participantes se distribuyeron en diferentes cuatrimestres: 22% cursaba el primer cuatrimestre, 39% en el segundo, 18.6% en el quinto, 18.6% en el octavo, y 1.7% el noveno.

El estudio empleó un muestreo probabilístico que incluyó a estudiantes de ambos sexos en los cuatrimestres mencionados. El objetivo fue evaluar su comprensión de la bioética y su relación con la discapacidad, así como la influencia de estos principios en su formación y práctica clínica.

## Análisis de datos

Se realizó un análisis descriptivo en el que se obtuvieron porcentajes, medidas de tendencia central calculando el promedio de edad, la mediana y la moda, y medidas de dispersión como el rango y la desviación estándar.

## RESULTADOS

En este estudio participaron 59 estudiantes de la licenciatura en terapia física, con una distribución de género del 52.5% mujeres y 47.5% hombres. El estado civil de los encuestados revela que el 69.5% son solteros, 18.6% están casados y 11.9% viven en unión libre. La edad promedio de los participantes es de 28 años, con un rango de 18 a 47 años. La moda es de 22 años, la mediana es de 27 años, y la desviación estándar es de 8.05 años, lo que refleja una muestra diversa en términos de edad (Tabla 1).

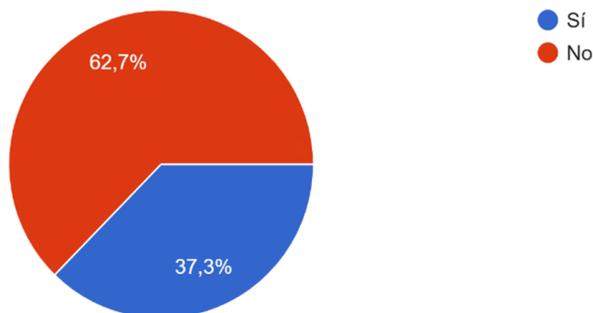
*Tabla 1. Características sociodemográficas del alumnado de la licenciatura en terapia física*

		f	%
Género	Masculino	28	47.5%
	Femenino	31	52.5%
Estado civil	Casado	11	18.6%
	Soltero	41	69.5%
	Divorciado	0	0%
	Viudo	0	0%
	Unión libre	7	11.9%
Edad	<b>M</b>	<b>R</b>	<b>SD</b>
	28	29	8.05

*Nota.* f= frecuencia, % porcentaje, M= media, R= rango, SD= desviación estándar

De los alumnos encuestados 62.7% cuentan con una carrera previa, de las cuales las carreras más mencionadas fueron enfermería, administración, cosmetología y derecho (Gráfica 1).

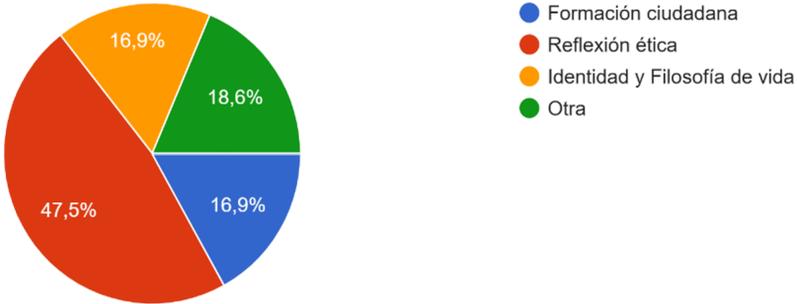
*Gráfica 1. Carreras previas del alumnado de la licenciatura en terapia física*



En relación con la formación en bioética, 50.8% de los estudiantes indicó no haber recibido formación específica durante su carrera, mientras que 49.2% afirmó haber cursado alguna materia relacionada.

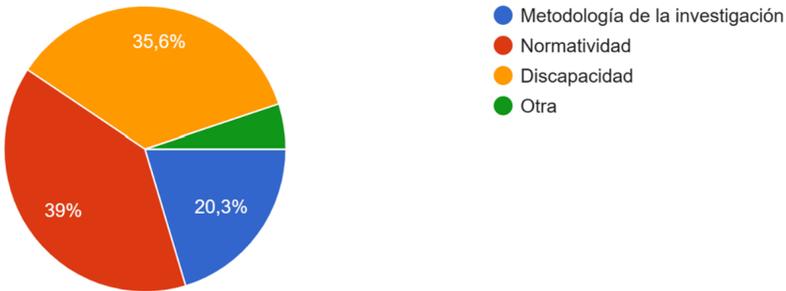
De los estudiantes que recibieron formación en la preparatoria, 47.5% asocia la bioética con la asignatura de "Reflexión ética", mientras que 18.6% la relaciona con otras materias como deontología, sociología, ciencias sociales, ética profesional y civismo. 16.9% asocia la bioética con "Formación ciudadana" y el mismo porcentaje con "Identidad y filosofía de vida" (Gráfica 2).

*Gráfica 2. Materias cursadas por el alumnado de la licenciatura en terapia física durante la preparatoria, relacionadas con Bioética*



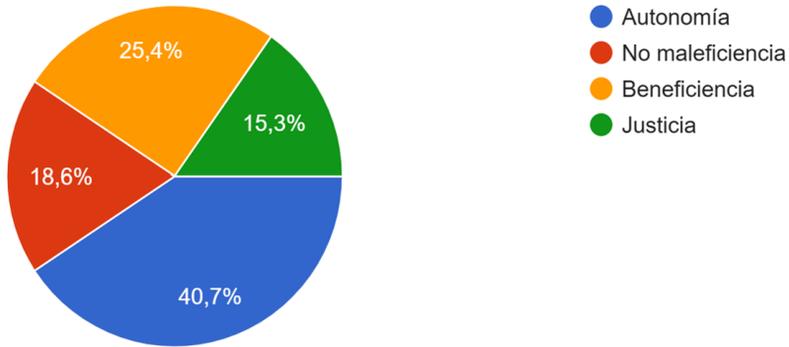
Dentro del plan de estudios de terapia física, las materias más vinculadas con la bioética son "Normatividad" (39%), seguida por "Discapacidad" (35,6%), "Metodología de la investigación" (20,3%) y otras, como "Educación para la salud" (5,1%) (Gráfica 3).

*Gráfica 3. Materias del plan de estudios de la licenciatura de terapia física más relacionadas con la bioética*



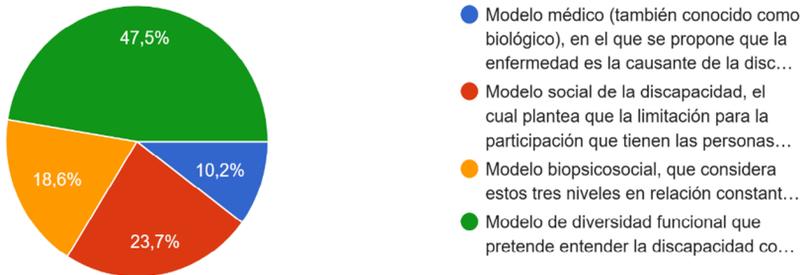
El principio bioético que más asocian los estudiantes con su carrera es la autonomía (40,7%), seguido por la beneficencia (25,4%), la no maleficencia (18,6%) y la justicia (15,3%) (Gráfica 4).

*Gráfica 4. Principio de la Bioética que más se relaciona con la terapia física*



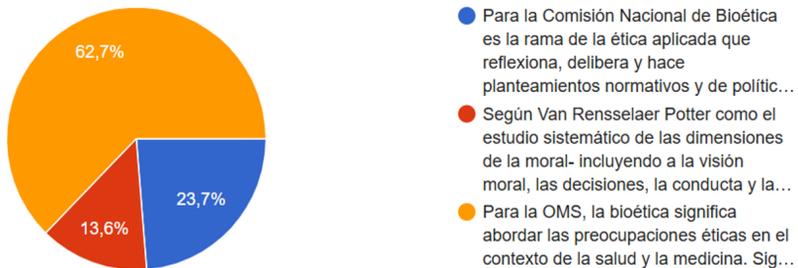
El modelo de atención a la discapacidad con el que mejor relacionan a la terapia física es la del modelo de diversidad funcional que pretende entender la discapacidad como uno de los tantos factores que diferencian a los seres humanos, en este caso, según la funcionalidad de los mismos con un 47,5%, con un 23,7% la del Modelo social de la discapacidad, el cual plantea que la limitación para la participación que tienen las personas con discapacidad no es causada por las alteraciones biológicas, sino por el interactuar de estas con el entorno, con un 18,6% el modelo biopsicosocial, que considera estos tres niveles en relación constante como causantes de la discapacidad, y menciona que para modificar la discapacidad es necesario actuar de manera coordinada en estos tres ámbitos y con un 10,2% la del modelo médico, también conocido como biológico, en el que se propone que la enfermedad es la causante de la discapacidad (Gráfica 5).

*Gráfica 5. Modelo de atención a la discapacidad con el que los alumnos relacionan a la terapia física*



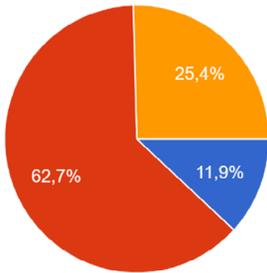
La definición de bioética más citada por los estudiantes es la de la Organización Mundial de la Salud (62.7%), seguida de la definición de la Comisión Nacional de Bioética (23.7%) y la propuesta por Van Rensselaer Potter (13.6%) (Gráfica 6).

*Gráfica 6. Definición de bioética más citada por el alumnado de la licenciatura en terapia física*



En cuanto a la definición de discapacidad, la mayoría de los estudiantes estuvieron de acuerdo con la definición de la OMS (62.7%), otra parte con la de la CIF (25.4%) y los restantes con la propuesta por Padilla-Muñoz (11.9%) (Gráfica 7).

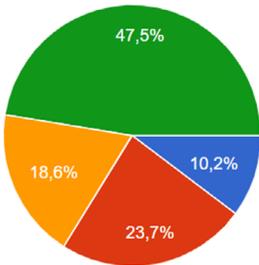
Gráfica 7. Definición de discapacidad



- La discapacidad es una situación heterogénea que envuelve la interacción de una persona en sus dimensiones física o psíquica y los componentes d...
- La OMS define a la Discapacidad como: "Cualquier restricción o impedimento de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que s..."
- De acuerdo con la (CIF) Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, se entien...

El modelo de discapacidad que mencionan que se relaciona mejor con la terapia física es la del modelo de diversidad funcional (47.5%), seguido del modelo social de la discapacidad (23.7%), el modelo biopsicosocial (18.6%) y el modelo médico (10.2%) (Gráfica 8).

Gráfica 8. Modelos de discapacidad mencionados por los alumnos de la licenciatura en terapia física



- Modelo médico (también conocido como biológico), en el que se propone que la enfermedad es la causante de la disc...
- Modelo social de la discapacidad, el cual plantea que la limitación para la participación que tienen las personas...
- Modelo biopsicosocial, que considera estos tres niveles en relación constant...
- Modelo de diversidad funcional que pretende entender la discapacidad co...

Entre los tipos de discapacidad que los estudiantes conocían el más mencionado fue la discapacidad física, después la discapacidad intelectual y finalmente la discapacidad sensorial. Adicionalmente, se les preguntó con cuáles discapacidades trabajan entre las cuales las más mencionadas fueron las físicas y las intelectuales, y en una menor

proporción las visuales, sensoriales y auditivas. Además, varios de ellos señalaron que aún no habían trabajado con ningún tipo de discapacidad.

Se les preguntó también cuáles consideraban que eran las principales dificultades de una persona con discapacidad, las respuestas fueron variadas pero los conceptos más mencionados incluían la autonomía propia, los prejuicios, la discriminación, la aceptación, el vivir en un entorno que no está adaptado a sus necesidades, la reintegración social, el miedo y los problemas económicos.

Finalmente, el 100% de los alumnos señalaron que la bioética podría ayudar a resolver algunas de estas dificultades, y mencionaron que incorporando la bioética a su desempeño como terapeutas físicos podrían ayudar a resolver estas dificultades creando espacios más amigables con las personas que viven con alguna discapacidad, difundiendo información, brindando al paciente un trato digno y abriendo la conversación de que todos, sin importar si tenemos una discapacidad, tenemos los mismos derechos y oportunidades.

## CONCLUSIONES

El análisis de los resultados revela una necesidad urgente de integrar la bioética en la formación de los terapeutas físicos. Aunque los principios bioéticos han sido ampliamente estudiados en otras disciplinas, su aplicación en la terapia física, y específicamente en el contexto de la discapacidad, ha recibido poca atención. Este estudio pone de manifiesto que la mayoría de los estudiantes reconocen la autonomía como el principio bioético más relevante para su profesión, lo que subraya la importancia de fomentar un enfoque que respete la capacidad de decisión y participación activa de las personas con discapacidad.

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), propuesta por la OMS, se presenta como una herramienta clave para evaluar la autonomía y otros aspectos del bienestar de las personas con discapacidad. Esta clasificación permite una visión

holística del paciente, considerando no sólo las limitaciones físicas, sino también factores ambientales y personales que influyen en su salud y bienestar. Al abordar la discapacidad desde esta perspectiva, los futuros terapeutas físicos pueden contribuir de manera significativa a la inclusión social y a la mejora de la calidad de vida de las personas con discapacidad.

## DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio reflejan que los estudiantes de terapia física reconocen el principio de autonomía como fundamental en la atención de personas con discapacidad. Este enfoque es consistente con la literatura existente, que subraya la importancia de respetar los derechos y la autodeterminación de las personas en contextos de salud. La discriminación y la falta de empatía hacia las personas con discapacidad siguen siendo barreras importantes, y es aquí donde la bioética ofrece un marco teórico para promover una sociedad más inclusiva y justa.

Los principios de no maleficencia, beneficencia y justicia también son esenciales en la práctica profesional de los terapeutas físicos. La no maleficencia exige que los profesionales eviten causar daño a sus pacientes, mientras que la beneficencia implica actuar en el mejor interés de estos, promoviendo su bienestar y calidad de vida. La justicia, por su parte, exige que los terapeutas aseguren la igualdad de oportunidades para todos los pacientes, independientemente de su condición física o social.

Es necesario investigar más a fondo cómo se aplican estos principios en la práctica clínica de los terapeutas físicos, especialmente en el contexto de la discapacidad. El modelo de diversidad funcional, que entiende la discapacidad como una de las tantas características que diferencian a los seres humanos, ofrece una visión más inclusiva que los modelos biológicos tradicionales. Este enfoque, respaldado por la CIF,

reconoce que la discapacidad no es únicamente una cuestión médica, sino también social y ambiental, lo que refuerza la importancia de integrar la bioética en la formación de los futuros profesionales de la salud.

## BIBLIOGRAFÍA

- Acharya, Kruti., & Michael, E. (2011). Introduction: Bioethics and intellectual disability- scientific promise, social context and policy. In *Developmental Disabilities Research Reviews* (Vol. 17, Issue 1, pp. 1–2). <https://doi.org/10.1002/ddrr.130>
- Arcos-Orozco, B. A., Casas-Martínez, D. L., López-Roldán, V. M. & Martínez, M. V. (2021). *Recomendaciones bioéticas respecto al consentimiento informado de personas con discapacidad*. <http://revistamedica.imss.gob.mx/>
- Barbosa Ardila, S. D., Villegas Salazar, F., & Beltrán, J. (2020). El modelo médico como generador de discapacidad. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 19(37–2), 111–122. <https://doi.org/10.18359/rlbi.4303>
- Barbosa Ardila, S. D., Villegas Salazar, F., & Beltrán, J. (2020). El modelo médico como generador de discapacidad. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 19(37–2), 111–122. <https://doi.org/10.18359/rlbi.4303>
- Heller, P., Kroth, A., Baptistella, A. R., & Bonamigo, E. L. (2021). Moral conflicts in physiotherapy practice: Perception of physiotherapists and students. *Mundo Da Saúde*, 45, 551–563. <https://doi.org/10.15343/0104-7809.202145551563>
- Ladeira, T. L., Koifman, L. (2017). Interface entre fisioterapia, bioética e educação: revisão integrativa. *Revista Bioética*, 25(3), 618–629. <https://doi.org/10.1590/1983-80422017253219>
- Lorenzo, G. Lorenzo, & Bueno, A. G. (2013). A interface entre bioética e fisioterapia nos artigos brasileiros indexados. *Fisioter. Mov*, 26(4), 763–775.
- Molina, L. M. Víctor, Vitoria, V. G. A., Martín, S. Victor. (2014). *Revista Ciencias de la Actividad Física*. In *Revista Ciencias de la Actividad Física* (Vol. 15). <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=525652729009>
- Muñoz, Q. T. María., & Mondaca, B. A. Lucero. (2014). Aspectos legales y bioéticos de intervenciones e investigaciones en personas con discapacidad intelectual en Chile. In *Acta Bioethica* (Vol. 20, Issue 1).

- Poulis, Ioannis. (2007). Bioethics and physiotherapy. In *Journal of Medical Ethics* (Vol. 33, Issue 8, pp. 435–436). <https://doi.org/10.1136/jme.2007.021139>
- Reyes, R. M. Claudia., & Robayo, M. M. Angélica. (2011). Discapacidad y justicia distributiva: una mirada desde la bioética. In *Rev. Colombia. Psiquiat* (Vol. 40, Issue 2).
- Reyes, R., & Marcela, C. (2011). *Principios bioéticos y discapacidad: la perspectiva de su inclusión en las políticas públicas* (Vol. 6, Issue 2). <http://e-archivo>.
- Rueda, C. Laura., & Marcela, C. (2002). Principales dilemas bioéticos en las personas con discapacidad prolongada. *Acta Bioethica*, VIII, 127–135.
- Vigil, Z. I. Adela., Domínguez, E. C. Felipe., Hernández, Z. M. Sandra., & Domínguez, O. C. Ariel. (2013). Enfoque bioético de la discapacidad y calidad de vida. In *MEDISAN* (Vol. 17, Issue 1).
- Wiegand, B. B., & De Meirelles, J. M. L. (2020). Saúde das pessoas com deficiência no Brasil. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 19(37–2), 29–44. <https://doi.org/10.18359/rlbi.3900>



## Capítulo 6

# Código de ética de la universidad de Guadalajara y neurodiversidad

Yannette Concesa Velázquez Jiménez / Laura Guadalupe Medina Ceja /  
Lucila Méndez Morán

### RESUMEN

El código de ética (CE) de la Universidad de Guadalajara (UdeG) fue analizado para contrastarlo con las necesidades particulares que presentan los alumnos con condición de neurodiversidad. La neurodiversidad es un concepto en construcción, el cual se contempla como un conjunto de condiciones neurológicas, principalmente se encuentran enlistados; el trastorno del espectro autista (TEA), el trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDA y TDAH), la dislexia, disgrafía, discalculia y el síndrome de *Tourette*; estas condiciones se caracterizan por presentar conexiones cerebrales distintas y sus necesidades cambian. En el CE de la UdeG se identificaron los puntos que apoyan a los alumnos con condición de neurodiversidad, y entre estos, aquellos que representan un área de oportunidad para desarrollar y fortalecer la inclusión y la equidad, lo que permitirá que la institución apoye a estos alumnos para concluir satisfactoriamente la educación superior, y además contribuir para que ellos obtengan mejores oportunidades al momento de insertarse en la vida laboral. En el CE de la UdeG se destaca que dentro de las prioridades de la universidad está el brindar un espacio de desarrollo adecuado para todo el alumnado, basado en un ambiente de equidad e inclusión. Por lo tanto, a partir del presente trabajo se podrá proponer adecuaciones institucionales administrativas y académicas para contribuir junto con el CE un adecuado manejo de las necesidades particulares que presentan los alumnos con condición de neurodiversidad.

## INTRODUCCIÓN

El término neurodiversidad surgió como un movimiento entre personas con diagnóstico dentro del espectro autista, que fue mencionado por primera vez por el publicista Harvey Blume en 1998 (Moreno Córdoba, 2021). A Judy Singer se le reconoce el acuñar el término, que fue expuesto en su capítulo del libro *Disability Discourse* (1999) donde describe que la diferencia neurológica (Neurodiversidad) aporta una categoría como clase/género/raza y puede aumentar el conocimiento del modelo social de la discapacidad (Singer, 2017). Thomas Armstrong (2012) incluye un análisis de cómo los trastornos mentales de origen neurológico pueden ser formas alternativas de las diferencias humanas naturales (Armstrong, 2012).

En las Universidades el código de ética suele incluir principios y normas que promueven la inclusión, el respeto y la equidad hacia estudiantes y profesores. Lo importante es analizar estos principios aplicados al personal con condiciones neurológicas diversas, como el autismo, el TDAH, la dislexia, el síndrome de Tourette, entre otros. Algunos puntos importantes que pueden formar parte de un código es garantizar que todas las personas, independientemente de sus diferencias, tengan las mismas oportunidades de acceso y participación en la vida universitaria.

En la Universidad de Guadalajara (UdeG), el Código de Ética representa un pilar fundamental que orienta el comportamiento y las acciones dentro de la comunidad universitaria.

## OBJETIVO

Analizar si el código de ética de la Universidad de Guadalajara establece la atención de cada individuo incluidos aquellos con neurodiversidad.

## NEURODIVERSIDAD Y SU CONCEPTUALIZACIÓN

Cuando se habla de mayoría, se utiliza el término norma, en estadística normal describe a una mayoría con un tipo de funcionamiento; lo que sitúa a la diversidad funcional o neurodiversidad, dentro de los cerebros que funcionan de manera diferente (Fernandez Zalazar, 2021; Sille et al., 2022).

Dentro de la neurodiversidad se encuentra el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad o TDAH que se caracteriza por un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el desarrollo adecuado o el funcionamiento en distintas áreas de la vida del individuo. En adolescentes mayores y adultos se requiere de cinco de los siguientes síntomas para el diagnóstico de inatención como son la: falla en prestar atención a los detalles o comete errores por descuido, dificultad para mantener la atención en tareas o actividades recreativas, parece no escuchar cuando se le habla directamente, no sigue instrucciones y no termina tareas escolares o laborales, dificultad para organizar tareas y actividades, evita o muestra desagrado por tareas que requieren esfuerzo mental sostenido, pierde objetos necesarios para tareas o actividades, se distrae fácilmente por estímulos externos, olvida actividades cotidianas. Para el diagnóstico de hiperactividad e impulsividad en adolescentes mayores y adultos se requiere un mínimo de cinco de los siguientes síntomas para su diagnóstico, no permanece sentado, corretea o trepa en situaciones inapropiadas, Incapacidad de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas, actúa como si “lo impulsará un motor”, habla excesivamente, responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta, tiene dificultad para esperar su turno, interrumpe o se inmiscuye con otros (American Psychiatric Association, 2014). Los individuos con TDAH a menudo presentan deficiencias en las funciones ejecutivas, lo que conduce a un rendimiento académico disminuido (Castell Cerezo, 2018). El TDAH, especialmente el tipo sin hiperactividad-impulsividad, se asocia frecuentemente con la dislexia (Artigas-Pallares, 2002). Estos síntomas y criterios ayudan a identificar y diagnosticar el TDAH, proporcionando

una base para desarrollar estrategias de intervención y apoyo adecuadas para mejorar la calidad de vida de quienes lo padecen.

Otro es el trastorno del espectro del autismo o TEA, que es una condición del neurodesarrollo que influye en la forma en que las personas perciben el mundo y procesan la información cognitiva y sensorial. Además, afecta la comunicación y la interacción social (Sille et al., 2022). Existen carencias en la interrelación socioemocional, las conductas comunicativas no verbales utilizadas en la interacción social, y en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones. (“Test temas 11-15 cuerpo especialista en educación especial–Tests Online”) La gravedad del TEA se basa en los siguientes aspectos: Deterioro en la comunicación social que Incluye problemas en la reciprocidad socioemocional, comportamientos no verbales usados en la interacción social, y dificultades para desarrollar, mantener y comprender relaciones, patrones de comportamiento restringidos y repetitivos, que se manifiestan en al menos dos o más de los siguientes signos como son; movimientos, uso de objetos o habla estereotipados o repetitivos, Insistencia en la monotonía, inflexibilidad excesiva de rutinas o patrones ritualizados de comportamiento verbal o no verbal, intereses muy restringidos y fijos que son anormales en cuanto a su intensidad o foco de interés, hiper- o hiporeactividad a los estímulos sensoriales o interés inusitado por aspectos sensoriales del entorno. Estas características varían en su manifestación y gravedad en cada individuo, haciendo del TEA un espectro amplio y diverso (American Psychiatric Association, 2014).

En la neurodiversidad también se incluye a la dislexia, que es específico del aprendizaje y está caracterizado por dificultades en la precisión y/o fluidez en el reconocimiento de palabras, así como en la decodificación y la ortografía (American Psychiatric Association, 2014). Las imágenes cerebrales muestran diferencias en la actividad de las regiones del cerebro relacionadas con la lectura y el lenguaje, como el giro fusiforme y el área de Broca (Shaywitz & Shaywitz, 2008). Las personas con dislexia presentan una variedad de síntomas, que pueden incluir:

Dificultades en la lectura caracterizado por problemas para reconocer palabras de manera precisa y rápida, así como para decodificar nuevas palabras, dificultades con la ortografía y la escritura, que a menudo reflejan los problemas subyacentes con el procesamiento fonológico, problemas para comprender lo que se lee, debido a las dificultades en la decodificación de palabras (Lyon et al., 2003).

La Disgrafía es otro de los trastorno que entra en los tipos de neurodiversidad el cual se define como una discrepancia entre la capacidad de escribir y la edad, que interfiere con las actividades cotidianas que requieren escritura (Artigas-Pallares, 2002). También implica dificultades en el razonamiento correcto de las palabras. La disgrafía puede clasificarse de la siguiente manera: *Leve*, Dificultades en una o dos áreas académicas, compensables con adaptaciones adecuadas; *Moderado*, Dificultades significativas en una o más áreas académicas, con pocas probabilidades de competencia sin enseñanza intensiva y especializada durante la etapa escolar; *Grave*, Dificultades graves en las aptitudes de aprendizaje, con muy pocas probabilidades de aprender sin enseñanza individualizada, intensiva y especializada durante la etapa escolar (American Psychiatric Association, 2014).

La discalculia también entra entre los tipos de neurodiversidad y esta se identifica en que el paciente presenta dificultad en el aprendizaje de las habilidades aritméticas básicas que impacta en el nivel de rendimiento escolar y en las actividades de la vida cotidiana. Caracterizada por problemas de procesamiento de la información numérica, aprendizaje de operaciones aritméticas y cálculo correcto o fluido (American Psychiatric Association, 2014). Es un trastorno del neurodesarrollo primario y específico, no es secundario a un déficit intelectual o sensorial ni tampoco a la falta de oportunidades educativas o un ambiente familiar adverso (Torresi, 2018). (“Discalculia del desarrollo—En la actualidad, los hallazgos ...—Studocu”) Los tipos de discalculia que se pueden observar son: *Anarritmia*, se caracteriza por la dificultad para sumar, restar y multiplicar. *Discalculia*, atencional-secuencial: se observa dificultad para el aprendizaje y memorización

de las tablas, *discalculia espacial*, dificultad en el manejo de los problemas aritméticos con varias columnas (Artigas-Pallares, 2002).

Altas capacidades es otro tipo de trastorno que se integra dentro de la neurodiversidad, que de acuerdo con Francoys Gagné (2021) son habilidades (intelectuales, creativas, sociales y/o psicomotrices) que sitúan a la persona en el 10% superior al resto de sus coetáneos. Particularmente, el concepto de alta capacidad intelectual se relaciona con dos elementos: la inteligencia fluida y la inteligencia cristalizada. La inteligencia fluida se vincula con las habilidades necesarias para la adaptación satisfactoria a estímulos desconocidos o situaciones cambiantes, como la memoria operativa y la inhibición, que resultan de la evolución neuronal, biológica, filogenética y ontogenética; mientras que la inteligencia cristalizada, representa el producto de la experiencia, el aprendizaje y se relaciona con los conocimientos adquiridos a través de la relación con el entorno y la estimulación (Valadez Sierra et al., 2023).

Por último se presenta el síndrome de Tourette, este se encuentra dentro de los trastornos motores, específicamente en los trastornos de Tics (vocalización o movimiento súbito, rápido, recurrente, no rítmico). Pueden presentarse tics motores y tics vocales, uno o más, no siempre de forma concurrente; persisten durante más de un año desde la aparición del primer tic (American Psychiatric Association, 2014). Los tics pueden atenuarse durante las actividades que necesitan una alta concentración. Frecuentemente se presentan entre los 4 y 11 años, no es una enfermedad degenerativa, no existe cura o tratamiento específico, puede generar algún grado de discapacidad. Su diagnóstico se basa en un historial clínico detallado (Domínguez Dorado & Garzón Cambón, 2013).

## **CÓDIGO DE ÉTICA DE LA UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA Y EL MANEJO DE NEURODIVERSIDAD**

Este documento refleja un compromiso arraigado en principios de democracia, equidad, respeto y responsabilidad, no solo sirve como una brújula moral para estudiantes, docentes y personal administrativo,

sino que también establece un ambiente propicio para el aprendizaje y la innovación. En este contexto, la neurodiversidad emerge como un tema relevante, donde la inclusión y el respeto a la diversidad de capacidades y formas de procesamiento se convierten en pilares fundamentales para promover un entorno universitario en el que todas las personas, independientemente de sus diferencias, sean valoradas y tengan la oportunidad de desarrollar plenamente sus capacidades. En este sentido, explorar la intersección entre el CE de la UdeG y la neurodiversidad se presenta como un camino hacia la construcción de una comunidad universitaria más justa, equitativa y consciente de la diversidad humana en todas sus manifestaciones.

El CE de la UdeG puede promover un ambiente de equidad para los individuos con condición de neurodiversidad a través de los siguientes puntos:

1. **Inclusión y respeto a la diversidad:** El código de ética de la UdeG promueve la inclusión y el respeto a la diversidad en todas sus formas. Al reconocer y respetar la diversidad de capacidades y formas de procesamiento neurodiverso, se crea un entorno donde todas las personas, independientemente de sus diferencias, son valoradas y tienen la oportunidad de desarrollar plenamente sus capacidades.
2. **Equidad:** Uno de los principios fundamentales del CE es trabajar para cerrar brechas y atender las necesidades específicas de cada individuo para promover la igualdad de oportunidades. En el caso de individuos con neurodiversidad, esto implica proporcionar condiciones equitativas que les permitan participar plenamente en la vida universitaria, acceder a recursos de apoyo y adaptaciones necesarias para su aprendizaje y desarrollo académico.
3. **Educación para la Paz:** Este principio promueve relaciones armoniosas y pacíficas basadas en el respeto y el diálogo. Fomentar habilidades para la resolución pacífica de conflictos y la gobernanza es esencial para crear un clima de integridad y

respeto dentro de la universidad, lo cual contribuye a un ambiente inclusivo y respetuoso para todos, incluidos aquellos con neurodiversidad.

4. Libertad y Responsabilidad: La libertad de pensamiento y acción, guiada por la responsabilidad hacia el bienestar comunitario, es vital. Este principio fomenta el desarrollo personal y profesional de todos los individuos, incluidos aquellos con neurodiversidad, evitando interferencias que puedan inhibir su crecimiento y participación plena en la vida universitaria.

En conclusión, el CE de la UdeG establece un marco ético que promueve la equidad, la inclusión, el respeto a la diversidad y la promoción de un ambiente de paz y diálogo, lo cual contribuye a crear un entorno universitario que apoya y valora a los individuos con condición de neurodiversidad.

El Código de Ética (CE) de la Universidad de Guadalajara (UdeG) establece una serie de principios y valores que guían el comportamiento y las acciones de su comunidad universitaria. Este documento no solo sirve como una brújula moral para estudiantes, docentes y personal administrativo, sino que también refleja un compromiso con los ideales de democracia, equidad, respeto y responsabilidad. El CE contiene 5 artículos que están organizados en tres capítulos y cuenta también con un apartado que refiere a los artículos transitorios que incluye tres artículos.

El capítulo inicial del CE de la UdeG sobre las “Disposiciones Generales”, establece el fundamento normativo del documento. En el artículo 1 define que en el Código de Ética los principios y valores deben ser respetados por toda la comunidad universitaria para asegurar una convivencia armónica y constructiva. Esta disposición es crucial, ya que reconoce la necesidad de un marco ético sólido que guíe las interacciones dentro de la universidad, promoviendo un ambiente propicio para el aprendizaje y la innovación.

En el artículo 2 se subraya el compromiso de la comunidad universitaria con los principios y valores consagrados en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, los tratados internacionales en materia de derechos humanos, y la legislación aplicable. Esto amplía la relevancia del Código, conectándolo con un contexto más amplio de derechos y obligaciones que trascienden el ámbito universitario.

En el capítulo II se enumera una serie de principios y valores esenciales que todos los miembros de la comunidad universitaria deben seguir. A continuación, se analizan algunos de los más destacados:

1. **Democracia:** La promoción de la participación activa y el diálogo en la toma de decisiones es fundamental. Este principio fomenta una cultura de inclusión y respeto a la diversidad de opiniones, crucial para la construcción de consensos y el desarrollo de la comunidad universitaria.
2. **Desarrollo Sustentable:** Este valor enfatiza la importancia de la protección ambiental y el uso responsable de los recursos naturales. La UdeG se compromete a ser consciente de los impactos sociales y ambientales de sus actividades, asegurando que el desarrollo actual no comprometa las necesidades futuras.
3. **Diversidad:** La inclusión y el respeto a la diversidad en todas sus formas son pilares fundamentales. Este valor promueve un entorno donde todas las personas, independientemente de sus diferencias, sean respetadas y tengan las oportunidades necesarias para desarrollar plenamente sus capacidades.
4. **Educación para la Paz:** Este principio promueve relaciones interpersonales armoniosas y pacíficas, basadas en el respeto y el diálogo. Fomentar habilidades para la resolución pacífica de conflictos y la gobernanza es esencial para crear un clima de integridad y respeto dentro de la universidad.
5. **Equidad:** Trabajar para cerrar brechas y atender las necesidades específicas de cada individuo es crucial para promover la igualdad

de oportunidades. Este valor se enfoca en proporcionar condiciones equitativas para todos, especialmente para aquellos en situación de vulnerabilidad.

6. **Honestidad y Legalidad:** La integridad, la coherencia y el compromiso con la verdad son esenciales para mantener la confianza y la credibilidad dentro de la comunidad universitaria. Además, el respeto al orden jurídico y la adherencia a las leyes garantizan que las acciones de los miembros de la universidad estén alineadas con los principios de justicia y legalidad.
7. **Libertad y Responsabilidad:** La libertad de pensamiento y acción, siempre guiada por la responsabilidad hacia el bienestar comunitario, es vital. Este principio fomenta el desarrollo personal y profesional, evitando interferencias que puedan inhibir el crecimiento individual.

El capítulo III establece las autoridades responsables de velar por la ética y conducta en la universidad, incluyendo el Consejo General Universitario y la Contraloría General. Este marco institucional asegura que el CE no sea solo un documento declarativo, sino una guía práctica respaldada por estructuras organizativas que promuevan su cumplimiento.

El CE de la UdeG es un documento integral que abarca una amplia gama de principios y valores destinados a guiar el comportamiento de su comunidad. Al promover la democracia, el desarrollo sustentable, la diversidad, la paz, la equidad, la honestidad, la legalidad, la libertad y la responsabilidad, la UdeG se posiciona como una institución comprometida con la formación de individuos íntegros y conscientes de su papel en la sociedad. Este compromiso ético no solo enriquece la vida académica, sino que también contribuye a la construcción de una sociedad más justa y equitativa (Universidad de Guadalajara, 2018).

Basado en la revisión del CE de la UdeG podemos concluir que el CE representa un camino para la construcción de una comunidad universitaria más justa, equitativa y consciente de la diversidad humana en todas sus manifestaciones, en relación a lo anterior, este CE

universitario debe considerar de manera más detallada sobre el manejo de la neurodiversidad con los siguientes puntos:

#### 1. Accesibilidad y ajustes razonables

Esto puede incluir modificaciones en los exámenes, tutorías personalizadas, acceso a tecnología asistiva, o adaptaciones en el entorno académico que faciliten el aprendizaje y la participación activa.

#### 2. Formación y sensibilización

Incluir lineamientos para la formación y sensibilización del personal docente y administrativo sobre la neurodiversidad. De esta manera, se promueve una mayor comprensión y empatía, lo que ayudara a crear un ambiente más inclusivo y adaptado a sus necesidades.

#### 3. Derechos y participación activa

Promover la participación activa de las personas neurodivergentes en la toma de decisiones que afecten su educación y bienestar. Debe asegurar que sus voces sean escuchadas y que tengan la oportunidad de influir en políticas y prácticas que impacten su experiencia universitaria.

#### 4. Promoción de la salud mental y bienestar

Contemple programas y recursos que promuevan el bienestar mental de toda la comunidad universitaria, incluyendo a personas neurodivergentes. El acceso a servicios de apoyo psicológico y consejería debe estar disponible y ser adecuado a las diversas necesidades de los estudiantes.

#### 5. Justicia y equidad

Promover la justicia y la equidad, asegurando que las personas neurodivergentes no solo tengan igualdad de oportunidades, sino que también se les ofrezcan los recursos necesarios para tener éxito en un ambiente académico que, a menudo, está diseñado para neurotípicos.

En resumen, el CE universitario enfocado en la neurodiversidad debe estar centrado en promover un ambiente inclusivo, respetuoso y

accesible, garantizando que todos los miembros de la comunidad universitaria tengan la oportunidad de participar y desarrollarse plenamente, sin barreras ni discriminación.

## CONCLUSIONES

El código de ética de la Universidad de Guadalajara es una base sólida que promueve la inclusión, la equidad, el respeto a la diversidad y la promoción de un ambiente de paz y diálogo. La atención a las necesidades específicas de cada individuo se refleja en este compromiso ético, donde están incluidos aquellos con neurodiversidad, se garantizan condiciones equitativas para su participación en la vida universitaria.

La importancia de crear un entorno universitario en que sean valoradas todas las personas y cuenten con la oportunidad de desarrollar sus capacidades se resalta en el CE, se contribuye de esta manera a una sociedad más respetuosa e inclusiva.

La UdeG tiene un compromiso con la ética, la diversidad y la igualdad de oportunidades que impulsa la construcción de un entorno universitario más justo y equitativo.

## BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association. (2014). *Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5* (Segunda). [www.appi.org](http://www.appi.org)
- Armstrong, T. (2012). *El poder de la neurodiversidad* (1º Edición). Paidós Transiciones.
- Artigas-Pallares, J. (2002). Problemas asociados a la dislexia. *Rev Neurol*, 34(Supl 1), S7-S13
- Castell Cerezo, C. (2018). Influencia del aprendizaje cooperativo en el Desarrollo Socio-Emocional del Alumnado con TDAH. En R. Moreno Rodríguez & A. Tejada Cruz (Eds.), *Atención a la diversidad e inclusión educativa: Implicaciones didácticas: Vol. Decimoquinto* (Primera, pp. 135-174). La Ciudad Accesible.

- Domínguez Dorado, Á., & Garzón Cambón, F. (2013). Atención del paciente con síndrome de Tourette por parte del Técnico en Emergencias Sanitarias. *Zona TES*, 92–94. <http://www.ampastta.com>
- Fernandez Zalazar, D. C. (2021). Accesibilidad, neurodiversidad, singularidad cognoscitiva y diseño universal del aprendizaje en un circuito potenciador. *XIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVIII Jornadas de Investigación. XVII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. III Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional*. 87–91.
- Lyon, G. R., Shaywitz, S. E., & Shaywitz, B. A. (2003). A definition of dyslexia. *Annals of Dyslexia*, 53(1), 1–14. <https://doi.org/10.1007/s11881-003-0001-9>
- Moreno Córdoba, M. A. (2021). *Dignidad humana y reconocimiento. Una propuesta en torno a la vida y la muerte para la comunidad neurodiversa* [Magister en Bioética]. Pontificia Universidad Javeriana.
- Shaywitz, S. E., & Shaywitz, B. A. (2008). Paying attention to reading: The neurobiology of reading and dyslexia. *Development and Psychopathology*, 20(4), 1329–1349. <https://doi.org/10.1017/S0954579408000631>
- Sille, I. E., Fernández, S. A., García Betoño, M. I., & Salami Bilibio, L. M. (2022). Estudio preliminar sobre las trayectorias académicas de neurodivergencias, con énfasis en personas autistas, en la educación superior de Argentina e Hispanoamérica. *4º Jornadas sobre las Prácticas Docentes en la Universidad Pública*, 1–15.
- Singer, J. (2017). *Neurodiversity. The birth of an Idea* (Primera). Judy Singer.
- Torresi, S. (2018). Discalculia Del Desarrollo (DD). *Rev. Psicopedagogía*, 35(108), 348–356.
- Universidad de Guadalajara. (2018). *Código de Ética de la Universidad de Guadalajara* (pp. 1–4). Universidad de Guadalajara. [https://secgral.udg.mx/sites/default/files/Normatividad\\_general/2018-03-02-codigo-de-etica-feb2018.pdf](https://secgral.udg.mx/sites/default/files/Normatividad_general/2018-03-02-codigo-de-etica-feb2018.pdf)
- Valadez Sierra, M. de los D., Ortiz Coronel, G. E., Rodríguez Cervantes, C. J., & Gómez Pérez, M. Á. (2023). Neurodiversidad y altas capacidades intelectuales. En T. de J. Villaseñor Cabrera (Ed.), *Bases de la atención a estudiantes en condición de neurodiversidad en la enseñanza superior* (Primera, pp. 141–156). Editorial Página Seis.



## *Capítulo 7*

# **Percepción de los retos para la formación en bioética de estudiantes de medicina en el Centro Universitario de Tonalá de la Universidad de Guadalajara**

Ángel Ernesto Jiménez Bernardino / Yazdgard Tomás Barragán Tejeda

### **RESUMEN**

Dentro de la bioética, el apartado de la ética médica ocupa un lugar preponderante en el imaginario colectivo debido a que quienes han experimentado situaciones de vulnerabilidad exigen de su médico la mejor de las atenciones, la mejor decisión terapéutica y el trato más humanitario posible, sin embargo en el otro extremo se encuentra el profesional de la salud que se enfrenta, en ocasiones sin la debida preparación para ello, a dilemas diversos en los que se ve involucrada la salud y la vida del paciente, provocando lo que algunos denominan angustia moral, cuando los médicos son capaces de identificar la conducta correcta pero no pueden materializarla, aunque también se dan casos en los que existen profundas dudas respecto al proceder. En la formación médica se ha considerado la importancia de disciplinas como la bioética, la cual pretende fortalecer la formación integral con la intención de que los futuros médicos puedan reflexionar y resolver determinados dilemas éticos, ante lo cual es importante cuestionarse si la formación en disciplinas como la bioética impacta realmente en su actuación moral y les permite resolver las situaciones que como profesionales de la salud enfrentan cotidianamente o si consideran la necesidad de una mayor formación en ética médica. El objetivo de esta investigación es explorar

las percepciones de estudiantes del área médica del Centro Universitario de Tonalá respecto a la importancia de la formación bioética dentro de su actividad como un profesional de la salud, además de explorar algunos de los dilemas éticos que han presenciado o experimentado en su actividad clínica.

Esta investigación se centra en las percepciones y experiencias de los estudiantes de la carrera de Médico Cirujano y Partero del Centro Universitario de Tonalá de la Universidad de Guadalajara, explorando el cómo perciben su formación bioética y si esta misma se modifica en función del tiempo y las experiencias a las que se exponen. Se diseñó un instrumento aplicado vía formulario que permitió identificar las áreas de oportunidad en torno a la formación bioética y respecto a las principales preocupaciones que como médicos les ha provocado angustia moral en su actividad profesional además de las posibles propuestas, que desde su percepción, pueden ayudar a la formación de los futuros médicos.

Lo anterior hace referencia a la importancia de una formación integral que no solo considere los conocimientos científicos, sino la necesaria formación humana de un profesional que atiende lo más valioso del ser humano, la vida y la salud.

## INTRODUCCIÓN

Estudios diversos demuestran que el estudio de disciplinas éticas en profesionales de la salud, entre los cuales se encuentran los médicos mejora su desempeño ético durante la práctica médica, la competencia moral no es innata, se aprende; por lo cual debe ser enseñada y reforzada (Nuñez Delgado, 2023)

Así, las situaciones de angustia moral o dilemas éticos son bastantes comunes, pero esta situación puede pasar desapercibida para el futuro médico, que durante su formación profesional dedica una cantidad de horas importante a la formación científica y no siempre es visible la necesaria formación en las disciplinas éticas.

Los dilemas éticos conllevan dos o más opciones terapéuticas o orientaciones adecuadas para una situación dada, permeando la práctica de los profesionales de la salud, que es susceptible de indagación moral o social. La temática de los dilemas trae diversas preocupaciones, motivando a la colectividad científica a estudiarla incesantemente en los ejes legal y ético (Alves Alcántara, 2020).

A su vez la angustia moral, que fue descrita por primera vez por Andrew Jameton en 1984, está asociada a angustia o sufrimiento que tiene lugar en situaciones en las que los profesionales de la salud identifican el proceder correcto pero no logran materializarse debido a barreras externas o de índole personal, pero que genera un sentimiento de insatisfacción y/o malestar por las dudas a raíz de la impotencia de acción, esta situación es común, lamentablemente cada vez más, con todo profesional del campo de la salud (Santos Junior; Arpini Miguel; Meister Martins Coelho; Zonato Esteves, 2024). La importancia de hacer visibles las situaciones en que tanto los dilemas éticos como las de angustia moral, es que su exploración permite cuestionar la robustez de los sistemas educativos para que, mediante una formación integral se pueda prevenir este tipo de riesgos que afectan a la salud y tranquilidad de los profesionales de la salud, pero también vistos como la oportunidad para transformar la angustia moral en resiliencia moral (Vargas Y, Concha CA, 2019).

## **OBJETIVO**

Explorar las percepciones entre los estudiantes de la Carrera de Médico cirujano partero del Centro Universitario de Tonalá sobre su formación en bioética y las experiencias positivas y/o negativas que les han significado un dilema ético o una angustia moral en el ejercicio como profesionales de la salud.

## MARCO TEÓRICO

### Surgimiento de la Bioética

La bioética nació en las décadas de 1950 y 1960 como reacción a las atrocidades de la Segunda Guerra Mundial y a las violaciones extremas de los derechos humanos en la investigación médica (Camargo Rubio, 2022), de su origen etimológico se desprende el significado como ética de la vida, conceptualizada por Van Rensselaer Potter.

Potter ponderaba esta disciplina como un puente entre diversas ciencias, las empíricas y las humanas, sin embargo para él, la bioética rebasa el campo de lo meramente clínico y lo práctico en salud pública para considerar aspectos integrales como los sistemas sociales, económicos y políticos, fincando con ello los primeros cimientos de las visiones holísticas

### Conceptualización

“Bioética”, palabra que deriva de los vocablos griegos *bios* y *ethos*, vienen a significar entonces una “ética de la vida”. El *Diccionario de la Lengua Española* la define como “disciplina científica que estudia los aspectos éticos de la medicina y la biología en general, así como las relaciones del hombre con los restantes seres vivientes”. Sus orígenes se remontan a los resultados de algunas prácticas fascistas en seres humanos durante la Segunda Guerra Mundial, como consecuencia de lo cual fue promulgado el Código de Núremberg en 1947, que resaltaba la necesidad del “consentimiento voluntario” del paciente en la realización de cualquier tipo de investigación o práctica con seres humanos. A los principios de beneficencia y no maleficencia contenidos en el juramento hipocrático, se le añadía ahora autonomía del paciente (consentimiento voluntario), como principio irrecusable de la práctica médica. En 1964 las Naciones Unidas promulgó la Declaración de Helsinki para guiar a los científicos en las investigaciones biomédicas, la que es modificada y perfeccionada

en Tokio en 1975, y luego enriquecida en Venecia en 1983 y en Hong Kong en 1989 (Mesa Trujillo; Espinosa Ferro y García Mesa, 2022).

Es un pensamiento ético nuevo que busca soluciones a los problemas actuales mediante el concurso de la sabiduría que aportan no sólo las ciencias, sino también las comunidades y los ciudadanos.

En la primera edición de la Enciclopedia de Bioética se la definió como «el estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y de la salud, examinadas a la luz de los valores y de los principios morales»

La bioética entiende a las personas como parte de una red social y cultural (Camargo Rubio, Rubén Darío, 2022).

Gracia (Citado por Mesa Trujillo; Espinosa Ferro y García Mesa, 2022). define la Bioética como “el proceso de contrastación de los hechos biológicos con los valores humanos, a fin de globalizar los juicios sobre las situaciones y de esa forma mejorar la toma de decisiones, incrementando su corrección y su calidad”; con esto enfatiza en el componente instrumental-funcional de la bioética médica, apoyándose incluso en las insuficiencias del nuevo paradigma intelectual y cultural que Potter propuso con su término, al que decidió sustituir luego por el enfoque de la ética global.

En relación a los contenidos que se deben enseñar en ética, se publicó un estudio el año 2016, en Canadá, un marco teórico de los fundamentos de la ética, incluyendo:

- Los cuidados del paciente (que se refiere al consentimiento informado, a la autonomía del paciente, al hecho de decir la verdad y la confidencialidad),
- El profesionalismo (entendido como el manejo de conflictos, el evitar las dobles lealtades y el equipo de trabajo),
- La gestión y sistemas (referidas a la ética del negocio, al conflictos de interés y a los fraudes).

En dicho estudio se identificaron dos competencias como básicas para potenciar y que permiten una mejor aplicación de la Bioética: el autoconocimiento, y el pensamiento crítico; además se expresó que el contenido debe incluir principios éticos y teoría filosófica, conciencia de los valores éticos personales, códigos de ética y cuestiones legales (Šore Galleguillos, Jadrana, 2020).

## ANTECEDENTES

### Principios de la Bioética

Los principios generales de la ética médica son: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia (Mesa Trujillo; Espinosa Ferro y García Mesa, 2022) y por estos se entiende:

**Autonomía:** deriva del griego *auto* (propio) y *nomos* (regla, autoridad, o ley). En la actualidad adquiere significado como autogobierno, libre voluntad, elección individual y ser dueño de uno mismo, lo que permite al paciente no estar sujeto a la autoridad del médico para favorecer la dependencia de los pacientes en lugar de promover su autonomía.

**Beneficencia:** pone el máximo empeño en atender al paciente y hacer cuanto pueda para mejorar la salud de la forma más adecuada.

**No maleficencia:** este principio obliga a no hacer daño intencionalmente. Exige al personal de salud que se abstenga de proponer tratamientos que, en su opinión, resulten perjudiciales o causen daño al paciente, a menos que esto queda ampliamente compensado por los beneficios que se esperan conseguir.

**Justicia:** dar a cada uno su derecho, dar a cada quien lo suyo, lo merecido, lo propio, lo necesario. Pretende que la distribución de los beneficios, los riesgos y los costos en la atención sanitaria, se realicen de forma justa.

La responsabilidad ética exige de los profesionales de salud el compromiso a respetar los principios éticos y velar por el cumplimiento de los mismos. Es en el campo de la bioética donde se encuentran con mayor frecuencia las amenazas a los derechos de los adultos mayores y los individuos con necesidades especiales, tanto por la familia, la comunidad y el entorno, o el propio personal sanitario (Mesa Trujillo; Espinosa Ferro y García Mesa, 2022).

## **Bioética en la universidad**

Las universidades, encargadas de formar profesionales e investigadores, tienen que enfrentar el desafío de estos asuntos cruciales, por lo que se demanda una formación integral, no solo científica, sino humanista, que al mismo tiempo permita al profesional de la salud dominar los saberes como un experto en las disciplinas de la salud y al mismo tiempo aplicar los avances de las disciplinas filosóficas al servicio de los principios generales de la ética médica, lo que se traduce en el reconocimiento de la dignidad de los seres humanos.

De acuerdo con Villegas Múnera (2011) algunos de los aspectos que deben orientar la formación de la bioética en el ámbito escolar son:

- La educación debe apuntar a que los estudiantes en su autonomía, logren capacidades de reflexión y análisis que les permita aprender a elaborar su propia postura, priorizar el aprendizaje de la deliberación respetuosa que entiende el mundo actual como multicultural y pluralista.
- La educación de la bioética en ese campo debe ser transversal en todo el programa de formación profesional
- El perfil de los docentes se refiere como un grupo multidisciplinario con eticistas, filósofos y médicos. Se argumenta que los dos primeros deberían estar a cargo de los años de formación preclínica; luego, en las prácticas, convendría que los clínicos fueran los responsables.

## LA BIOÉTICA EN LA CARRERA DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA

La Escuela de Medicina de la Universidad de Guadalajara abre sus puertas el 3 de noviembre de 1792 en el colegio de San Pedro y San Juan, con un plan de estudios de 4 años de duración, ampliándose a 6 años en 1839 (Centro Universitario de Ciencias de la Salud, 2019). Durante la re-inauguración de la Universidad de Guadalajara en 1925, la carrera de Medicina, Cirugía y Obstetricia en su sexto año anunciaba como materia: Medicina Legal y Deontología Médica, lo más cercano a la ética médica que conocemos en la actualidad. Real, J., et al. (2017).

En 1975 se reestructura el plan de estudios, el cual no incluye entre sus asignaturas alguna relacionada con la ética o deontología médica; existía la asignatura denominada: Socio-antropología Médica en el tercer semestre y dependía de la formación del docente donde quizás podrían tocarse temas asociados a la bioética médica. En 1994 se adecua el plan de estudios al sistema de créditos y en el año 2000 se vuelve a reestructurar en función de las competencias profesionales integradas (Centro Universitario de Ciencias de la Salud, 2019).

En la búsqueda documental, el acervo electrónico respecto a los dictámenes sobre cambios en planes de estudios del Consejo General Universitario solo abarca hasta el año 2000, y en el dictamen Exp.021 Núm. I/2002/057 sobre la apertura del plan de estudios de la Licenciatura en Medicina o Médico Cirujano y Partero en el Centro Universitario de los Altos, como parte de la formación básica se nombra la asignatura: Bioética y Normatividad (Universidad de Guadalajara, 2023), por lo que se puede inferir que dicha asignatura pudo ser quizás implementada en la red universitaria en forma posterior al año de 1994.

Por mucho tiempo los médicos se aproximaban a cuestiones de la disciplina ética y deontología médica a través del currículo oculto, algo que podría transmitir conocimientos virtuosos, pero también lamentablemente normalizando conductas inadecuadas sustentadas en

figuras de autoridad (Centeno, A. M., y Grebe, M. de la P., 2021) al no contar con alguna asignatura que tocara dichos temas.

En la actualidad los alumnos de la carrera de Médico Cirujano y Partero de la red en la Universidad de Guadalajara cursan una asignatura llamada Bioética y Universidad, la única que explícitamente menciona a la bioética en su título, con una duración de 64 horas por curso y valor de 7 créditos durante el segundo semestre de la carrera (Centro Universitario de Tonalá s.f.).

También es importante señalar que, en para dicho nivel escolar, a los alumnos les faltan 4 ciclos o dos años para poder estar cercanos al primer punto de atención directa con pacientes, que es en el octavo semestre, conocido como pre internado. Los autores Obando, F. S., y Amado, E. D. (2007) comentan de forma muy certera que los contenidos teóricos relativos a la bioética, al no ser integrados a la práctica clínica lejanos del momento donde se acerca el alumno al paciente, dan una idea errónea de que la asignatura de Bioética es solo de “relleno”, sin utilidad para el desempeño profesional.

Esta cuestión es relevante en el plan de estudios de la carrera de Medicina de la red universitaria de la UdeG, lo cual hará más difícil generar una vinculación efectiva entre la teoría y la práctica clínica real.

## LA BIOÉTICA EN EL CUTONALÁ

Del análisis del Plan de estudios de Médico Cirujano Partero Centro Universitario de Tonalá (2024) se considera que existen tres asignaturas que abonan a la ética del profesional de la salud y que son las siguientes:

- Área de Formación Básica Particular Obligatoria–Legislación y salud
- Área de Formación Optativa Abierta – Tanatología
- Área de Formación Básica Común- Bioética y universidad

En el caso de la disciplina de bioética y universidad, esta consta de un curso de 4 horas semanales, (48 horas de teoría y 16 horas de práctica) con un total de 64 horas semestrales,

Consisten en un curso taller presencial, sin prerequisites, donde la competencia pretendida en el curso es:

Que el estudiante comprenda su identidad como profesional en salud y la necesidad de incorporar a la bioética, como una herramienta de análisis y de juicio crítico en su praxis diaria. Tomándola así, como referencia en el uso de procedimientos de atención en salud, tecnología e investigación.

Las unidades temáticas que considera este curso son:

- Unidad 1 “Indicadores en salud como generador de profesiones y oferta universitaria”.
- Unidad 2 “Identidad y ética profesional en salud”.
- Unidad 3 “Bioética y ciencia”.
- Unidad 4 “Bioética en la educación Superior”.
- Unidad 5 “Responsabilidad en el actuar del profesional de la salud en México.
- Unidad 6 “El trabajo profesional y su relación con el equipo interdisciplinar”.
- Unidad 7 “Bioética e investigación”.
- Unidad 8 “Temas selectos y debate técnico-científico”.

Los supuestos de que se parte, es que con independencia del perfil de los docentes, la presencia e impacto de la disciplina de de Bioética en el plan de estudios de la Carrera de Médico Cirujano Partero (MCPA) en el Centro Universitario de Tonalá (CUT) es insuficiente.

## RETOS PARA EL COMPORTAMIENTO ÉTICO DEL MÉDICO

El logro del comportamiento esperado por un médico en su papel de profesional de la salud y acorde a los principios de la bioética se explica tanto desde plano de la curricula, como de los perfiles de los docentes responsables de esta disciplina en los centros de educación superior.

La enseñanza de bioética se ve influenciada por la carencia de docentes capacitados en el tema (González Blasco, P., Serrano Días De Otálora, M., Pastushenko, J., y Altisent Trota, R., 2009), incluso sin hacer referencia respecto a que la bioética es una disciplina que integra conocimientos transdisciplinarios los cuales requieren una preparación especializada. En la Unidad de Aprendizaje del CUT llamada Bioética y Universidad, en lo referente al perfil docente requerido para hacerse cargo del curso, solo se menciona: Licenciado en el Área de Ciencias de la Salud con postgrado y experiencia laboral en el campo o referente; lo anterior resulta ambiguo, ya que permite que cualquier profesor sin experiencia o formación especializada en la disciplina pueda cubrir el perfil, lo que puede derivar en que temáticas relacionadas a la bioética no sean tratadas con la preparación e idoneidad del perfil idoneo o por docentes que cuenten además con una especialización o postgrado en el tema.

Izaguirre (2019) hace énfasis en que la educación médica actual prioriza el desarrollo de la memoria y las habilidades técnicas, dejando de lado la excelencia moral en la formación médica. Este mismo autor nos sugiere una forma de paliar dicha situación durante la formación de los estudiantes de medicina, al implementar cursos de bioética transversales al currículo regular con la finalidad de disminuir la influencia negativa ejercida por el entorno donde el alumno aprende a ser médico.

Hasta aquí se ha citado a diversos autores sobre cómo debería de ser la enseñanza en bioética, pero existe otra óptica, que es la relacionada a la insuficiencia de la disciplina de bioética en la curricula actual del futuro médico, por lo que se parte del planteamiento de cuál es la percepción que los estudiantes de medicina del CUT tienen respecto a los retos

para que la bioética pueda ser abordada de mejor manera y que les permita afrontar los retos a que se enfrentarán en su práctica profesional.

Lo anterior motivó a que se aplicara un instrumento a estudiantes de la carrera de Médico Cirujano Partero del CUT para identificar desde su óptica, cuáles son las problemáticas de la formación en bioética para su situación particular y algunas de las recomendaciones que pudieran proponer. Se aplicó un instrumento consistente en un cuestionario mediante formularios de google a una muestra aleatoria de 100 estudiantes.

## **RESULTADOS DEL INSTRUMENTO APLICADO**

La encuesta se aplicó en el año 2022, posterior a la pandemia del COVID19 y se aplicó con 100 médicos que participan en diversas actividades clínicas, además por el mismo programa de estudios, todos ellos pasaron por el proceso de formación del curso de bioética y donde muchos de ellos manifestaron que en su práctica hospitalaria de les presentaron situaciones en las que fue necesario utilizar un juicio crítico tomando como referencia el curso de bioética.

### **I. Caracterización de la población**

A continuación se describen algunas de las características de los estudiantes encuestados, después se presentan las respuestas concentradas, de las cuales se desprende el análisis y conclusiones de este capítulo.

De acuerdo con la Tabla 1, la mayoría de los encuestados son del sexo femenino y prácticamente tres de cada cuatro son menores a 24 años (Tabla 2), además prácticamente 3 de cada 4 de la población encuestada se encuentra ya con práctica hospitalaria (tabla 4), y con posibles casos donde probablemente han tenido que enfrentarse a dilemas éticos derivados de su actividad profesional, además más de la mitad de los encuestados son estudiantes que cursan al menos el decimo primer semestre, por lo cual ya cuentan con cierta experiencia hospitalaria.

*Tabla 1. Porcentaje de género de la población encuestada*

Género	Porcentaje
Masculino	33%
Femenino	67%

*Tabla 2. Grupos por edad de la población encuestada*

Grupo de edad	Porcentaje
19-24 años	73%
25-29 años	27%

*Tabla 3. Grado cursado por la población encuestada*

Grado	Porcentaje
Quinto semestre	19%
Séptimo semestre	29%
Décimo Primer semestre	9%
Decimosegundo semestre	43%

*Tabla 4. Función principal realizada en el hospital por la población encuestada*

Funciones	Porcentaje
Atención médica a pacientes (Consultorio, Hospital, Unidad Móvil, etc.)	71%
Labores administrativas sin atención a pacientes ( Universidad, Investigación, Docencia, etc.)	29%

## II. Respecto al curso de bioética

Del análisis de resultados sobre el instrumento aplicado a la población encuestada presentados en las Tablas 5 a 11 resulta que la mayoría (74%) considera relevantes los contenidos del curso de bioética médica (tabla 5) y como importante o muy importante el curso de bioética con un 93% (tabla 6).

En cuanto a la pregunta de si la bioética es solo aplicable solamente en asuntos de salud humana o bien guarda relación con cuestiones del medio ambiente, consumo de alimentos modificados genéticamente, manejo de animales de experimentación y otros temas afines, un 76% considera válida la segunda opción, por lo que no limitan la relevancia del curso de bioética solamente a los asuntos de la salud humana (Tabla 7).

*Tabla 5. Relevancia de los contenidos del curso de bioética en la práctica médica*

Escala	Porcentaje
Sin importancia	3%
De poca importancia	6%
Moderadamente importante	17%
Importante	39%
Muy importante	35%

*Tabla 6. Relevancia del curso de bioética en la práctica médica*

Escala	Porcentaje
Sin importancia	1%
De poca importancia	1%
Moderadamente importante	5%
Importante	22%
Muy importante	71%

*Tabla 7. Pertinencia exclusiva de la bioética con la salud humana*

Respuesta	porcentaje
Verdadero	26%
Falso	74%

Para poder recuperar algunos de los contenidos relevantes, más específicamente los principios de la Bioética, se les preguntó a los encuestados si podían identificar la relación entre el principio y el concepto, de donde resulta que un 94% identificó al principio de la bioética que se refiere a no hacer daño con la no maleficencia; un 88% relacionó el principio de la bioética que se refiere a respetar los deseos o voluntad del paciente con la autonomía; un 88% relacionó el principio de la bioética que se refiere a que la atención de las personas debe de ser dirigida a lograr su recuperación lo mejor posible con la beneficencia y finalmente un 85% identificó el principio de la bioética que se refiere a que la atención debe de ser eficaz, segura y adecuada para cada persona en particular con la justicia, por lo que es posible afirmar que 9 de cada 10 identifican de manera acertada los principios de la Bioética. En la última pregunta se les cuestionó si consideran que deberían ofrecerse más opciones para la enseñanza de bioética durante su formación académica a lo un 50% manifestó que sí, pero un 40% expresó no saberlo.

*Tabla 8. Identificación de principios de la bioética: No maleficencia*

Respuesta	Porcentaje
Justicia	3%
No maleficencia	94%
Beneficencia	3%
Autonomía	0%

*Tabla 9. Identificación de principios de la bioética: Autonomía*

Respuesta	Porcentaje
Justicia	5%
No maleficencia	3%
Beneficencia	4%
Autonomía	88%

*Tabla 10. Identificación de principios de la bioética: Beneficencia*

Respuesta	Porcentaje
Justicia	6%
No maleficencia	1%
Beneficencia	88%
Autonomía	5%

*Tabla 11. Identificación de principios de la bioética: Justicia*

Respuesta	Porcentaje
Justicia	85%
No maleficencia	4%
Beneficencia	7%
Autonomía	4%

*Tabla 12. Porcentaje de opiniones sobre la necesidad de más opciones para la enseñanza de la bioética*

Respuesta	Porcentaje
Sí	50%
No	10%
No lo sé	40%

### **III. Recuperación de las experiencias de los estudiantes en la práctica hospitalaria relacionadas a la bioética**

A los estudiantes de la población seleccionada, se les cuestionó acerca de las experiencias que durante su carrera les hayan hecho reflexionar sobre si su formación en bioética es adecuada, las mismas se han clasificado en cuatro categorías: dilemas que se les presentaron, las que consideran buenas experiencias; las que consideran malas experiencias en la práctica clínica y algunas recomendaciones, en todas estas se les pidió describir la situación sin citar datos personales o identidades.

#### **a) Dilemas**

Manifestaron que son frecuentes los dilemas respecto a temas muy particulares, algunos de los más mencionados fueron:

- Las discusiones respecto al aborto, debido a qué si bien existen normativas muy claras, sigue siendo necesaria la formación o reforzamiento de criterios, la polémica sigue presentándose en la práctica médica.
- En casos donde el paciente se encontraba en estado vegetativo al momento de determinar si era viable para la donación de órganos, donde cabe la pregunta de si es conveniente hacer el planteamiento al familiar, algunas situaciones se escapan de lo revisado en cursos porque presentan diferencias a los planteamientos básicos y no siempre se cuenta con información suficiente.
- En la cuestión de consentimientos informados, respecto a la toma de decisiones por parte de los familiares.
- El seguir o no las órdenes de superiores jerárquicos dentro del hospital para administrar medicamentos que aparentemente no eran los óptimos para el paciente o retirar ciertos medicamentos que sí lo eran.

- Casos donde pacientes en estado crítico cuyos hijos discuten sobre la decisión de intubar o no, y de si quieren maniobras o no, no siempre hay consenso entre los mismos familiares ni criterios para establecer una decisión.

## **b) Buenas experiencias**

Entre las mejores experiencias y las que más veces mencionaron están:

- La convivencia con pacientes sin familiares, intubados o bajo efectos de anestesia que no pueden tomar decisiones, el trato que se les da con respeto y dignidad hasta que fallecen o recuperan la conciencia.
- El respeto de la autonomía en pacientes que ya no quieren más tratamientos.
- Escuchar sobre experiencias en el respeto y seguimiento a los principios de bioética tales como la Beneficencia buscando lo mejor posible para el paciente y su salud con un abordaje adecuado en el cual se ponía como primera instancia su salud y a su vez el no perjudicar.

## **c) Malas experiencias**

Entre las experiencias y casos que les representaron una angustia moral se citaron:

- Los criterios aplicados al decidir a qué pacientes se ingresa primero a un servicio.
- Los criterios bioéticos que deben aplicarse al llenar la historia clínica de un paciente por las preguntas que pudieran resultar incómodas pero necesarias.
- Cuando en el internado se obliga a los pacientes o a su familiar a firmar consentimiento aunque no estuviesen del todo de acuerdo con el procedimiento.

- Derivado de la mala comunicación entre personal médico y se tomó la decisión médica de intubar a una paciente donde quien tomó la decisión era menor de edad, posteriormente se supo que la familia no quería que fuera entubada.
- La prescripción de medicamentos que no necesitaba el paciente, decisión viciada por los beneficios o bonos que ofrece la farmacia.
- El estigma que tienen las personas con trastornos psiquiátricos a las que se les trata con prejuicios incluso por personal del área de la salud.
- La falta de atención y de urgencias médicas por decisiones personales o cansancio del personal médico, por ejemplo una mujer en estado de gestación que se deja esperando para atender el parto con el riesgo de la pérdida de la vida.
- El trato que a veces es indigno por parte del personal de salud respecto a las y los pacientes, e inclusive el exhorto a realizarse procedimientos innecesarios.
- La elección de tratamiento de un paciente considerado como terminal o con muy mal pronóstico
- El omitir información relevante para evitar alguna sanción.
- La administración de tratamientos o medicamentos que van en contra de las creencias o valores de los pacientes.
- La negación de la verdad en algunos hospitales.
- El personal que ocupa un cargo determinado cuya jerarquía le motiva a ordenar a sus subordinados la realización de tratamientos que no son los más adecuados para el paciente o no se pone a consenso con otros especialistas o pares.
- La conspiración del silencio (ocultar diagnóstico, pronóstico o cualquier dato de salud, al paciente en estado terminal de salud).
- El recetario de medicamentos inadecuados o innecesarios con fines comerciales o de lucro

## d) Recomendaciones

Los encuestados manifestaron entre las recomendaciones en la formación bioética que la carrera les ofrece:

- Durante el curso de la carrera el reforzar más lineamientos técnicos como las NOM de acuerdo a las disposiciones federales.
- Atender aspectos de tanatología.
- El planteamiento de casos clínicos o prácticos (casos de aborto, eutanasia, variabilidad de género, etcétera.).
- Incrementar la carga horaria, cursos o talleres.
- Realizar un proceso de seguimiento ya en práctica dentro de los hospitales.
- dirimir dilemas éticos de la práctica médica relacionado a casos reales.
- Revisar la bioética de forma interdisciplinar.
- Implementación de curso/taller/conferencias ya en etapas de clínica médica o cursos más avanzados en la carrera.
- Agregar un repaso a los seminarios que se cursan en 8° semestre, 2 materias de formación en diferentes semestres, al inicio y al final.
- Jornadas de bioética con discusión de casos.
- Bioética en el trato a pacientes y familiares, manejo en equipo de situaciones difíciles
- Sesiones de caso con expertos y más materias relacionadas con bioética en más semestres.

Estas últimas recomendaciones coinciden en su mayoría con algunas observadas dentro de la literatura; en datos aportados por Villegas Múnera (2011) muestra que en las decisiones éticas, los valores y creencias personales, la familia y la experiencia clínica influyen de manera

significativa en comparación con las conferencias y los talleres escolares, por lo que una opción viable es abordar los dilemas éticos y los principios de la bioética justo cuando el estudiante realiza prácticas clínicas, lo que le permitiría adquirir mayor experiencia justo en el momento en que está alcanzando un grado de formación y madurez como profesional.

Las manifestaciones respecto a las experiencias de los estudiantes son claras en cuanto a que si bien la formación científica es importante, las experiencias dan cuenta de dilemas éticos, de problemas respecto a la toma de decisiones, de la necesaria reflexión respecto a los problemas éticos que en la práctica médica surgen y de una necesaria actualización y formación en cuanto a la bioética aplicada a los casos médicos y a las normativas vigentes.

## **MAYOR PRESENCIA DE LA BIOÉTICA EN EL PLAN DE ESTUDIOS**

Una de las temáticas en que más se centraron las respuestas de los estudiantes fue la necesaria ampliación de la presencia de la bioética en el plan de estudios, no solo al principio de la carrera, además de reformular los contenidos con base a incorporar las normativas vigentes que tienen relación con la toma de decisiones de los médicos tratantes, además de incrementar la carga horaria de la disciplina con temáticas más prácticas y de proponer actividades interdisciplinarias.

## **Metodologías recomendadas para la mejora de la formación en bioética**

Con base a los comentarios emitidos por los estudiantes en el estudio ya mencionado, se ha realizado una búsqueda de estrategias que permitan diversificar las actividades tanto en la disciplina de ética como aquellas que de manera transversal puedan abonar al comportamiento ético de los estudiantes de medicina, todas estas, si bien están obtenidas de la literatura, coinciden ampliamente con algunas de las recomendaciones y/o problemáticas identificadas por los estudiantes.

Una de las investigaciones en las escuelas de medicina pertenecientes a la Asociación de Colegios Médicos Americanos (AAMC) en los Estados Unidos, se propuso explorar el estado de la educación en Bioética, en Leyes y Economía de la Salud en los currículos de esas instituciones, los hallazgos fueron que la mayor parte de los contenidos están concentrados en los años iniciales y decrecen notablemente en los años de práctica clínica.

En las estrategias de enseñanza aprendizaje se hallaron beneficios en los cine-foros, la discusión en pequeños grupos, el análisis de caso y las sesiones semanales para analizar temas de particular importancia.

Una de las investigaciones en las escuelas de medicina pertenecientes a la Asociación de Colegios Médicos Americanos (AAMC) en los Estados Unidos, se propuso explorar el estado de la educación en Bioética, en Leyes y Economía de la Salud en los currículos de esas instituciones, los hallazgos fueron que la mayor parte de los contenidos están concentrados en los años iniciales y decrecen notablemente en los años de práctica clínica. (Villegas Múnera, 2011).

Dentro de los planteamientos que Villegas Múnera (2011) destaca está el hecho de que los profesionales de la salud manifiestan que gracias a los programas de educación continua en Ética, luego de haberse obtenido el grado de profesional, se asocian con la más alta confianza y acción moral, independiente de que se hubiese recibido o no educación en esa área durante el pregrado. Es probable que esto se deba a que el ejercicio profesional, con todos los dilemas que implica, motiva con mayor fuerza a las personas para llevar a cabo esta formación.

También describen estudios donde el apoyo formativo en Ética y Bioética en la formación profesional de Medicina se desarrolla con predominio de la etapa preclínica, sin embargo los estudiantes manifiestan que requieren asesoría y acompañamiento durante el encuentro con los pacientes en la práctica clínica.

La misma autora detalla algunos de los dilemas que enfrentan estudiantes del área médica en la Universidad Estatal de Nueva York, en un

estudio efectuado de 1999 a 2002, dan cuenta de 327 estudiantes que presentaron 688 casos con cuarenta asuntos éticos. La mayoría hicieron referencia a las mentiras deliberadas y engaños en el marco de la atención médica, derechos de los pacientes a rechazar tratamientos y la insistencia en tratamientos inútiles. Percibieron discriminaciones sutiles hacia los pacientes mediante tratamientos excesivos o deficientes; 12% de los estudiantes expresaron su renuencia a hablar de los conflictos morales, por temor a represalias, sobre todo en asuntos relacionados con cirugía y ginecología y obstetricia.

Este estudio no es exclusivo de dicha universidad, pero da cuenta de manera formal de una problemática que no siempre es visible o que no muchos están dispuestos a publicitar, pero deja en clara la necesidad de tomarse con seriedad los problemas que los profesionales de la salud enfrentan todos los días y que es necesario atender, tanto por representar dilemas éticos, como por representar causas de estrés a través de la angustia moral.

En dicho artículo también ofrecen más ejemplos de este fenómeno, como el que citan en las evaluaciones del curso de ética y humanidades en The Schulich School of Medicine & Dentistry y The University of Western Ontario, se identificó que los dilemas éticos más frecuentes están relacionados con el consentimiento informado y el cuidado de los pacientes. Según los estudiantes, los conflictos surgieron en su mayor parte en los supervisores de sus prácticas clínicas con respecto a los pacientes, en primer lugar, y luego con los estudiantes; a su vez en otro estudio hecho en la Universidad de Toronto, cuyo objetivo fue conocer la prevalencia y la naturaleza de los dilemas que los estudiantes experimentan en su formación en estudiantes próximos a egresar de la carrera de medicina, dan cuenta de que cerca de la mitad manifestaron haber sido presionados para actuar de manera poco ética; 61% respondieron que han presenciado actuaciones poco éticas de sus profesores, entre los conflictos en sus prácticas que fueron descritos son:

- a) Conflictos entre las prioridades de la educación médica y las del cuidado de los pacientes; b) Las responsabilidades que superan las capacidades de los estudiantes;
- c) La relaciones con algunos pacientes a quienes se percibe de inferior calidad.

Por otra parte, en tres escuelas de medicina del Reino Unido con programas basados en problemas, se adelantó una investigación en 2005 para explorar en los estudiantes de los años tres a cinco (en programas de cinco años) las experiencias que los desafiaban éticamente. Se aplicó un instrumento y los resultados mostraron que regularmente experimentan situaciones que los desafían en sus valores éticos. A pesar de la confianza que tienen en sus conocimientos en ese campo, no la tienen en su capacidad de dar soluciones u orientar las situaciones desafiantes; además, percibieron que necesitan soporte adicional de parte de sus profesores clínicos.

Hay estudios puntuales sobre conocimientos de estudiantes en situaciones específicas que se consideran dilemas en Bioética. En Barquisimeto, Venezuela, se informa de uno realizado entre estudiantes de enfermería del séptimo grado para determinar el nivel de conocimientos de Bioética y su aplicación en pacientes con muerte cerebral. Encuentran que los estudiantes no saben definir Ética y Bioética, conocen bien los principios, pero no saben de su aplicación en el caso de muerte cerebral (Villegas Múnera, 2011).

La formación médica es un proceso continuo que implica una educación integral en la que se deben incluir aspectos éticos y humanísticos, siendo el aprendizaje en Bioética fundamental en la formación de los médicos, ya que les proporciona las herramientas necesarias para tomar decisiones adecuadas en su práctica profesional. La enseñanza de la bioética debe ser interdisciplinaria e incluir aspectos teóricos y prácticos. Los estudiantes deben tener la oportunidad de aplicar los principios bioéticos en situaciones clínicas reales, lo que les permitirá desarrollar habilidades críticas y reflexivas necesarias

para tomar decisiones éticas en el ejercicio de su profesión y de esta manera garantizar una atención integral (Trujillo Chávez, 2023).

## CONCLUSIONES

Dentro del estudio realizado, se hace coincidente que los estudiantes de medicina en su práctica médica y seguramente ya como profesionales, son expuestos constantemente a situaciones de angustia moral, donde los dilemas éticos son bastantes comunes, sin embargo esto no es visible mientras se encuentra cursando su carrera, por lo que la necesidad de estas temáticas surge hasta la actividad hospitalaria, pero esto provoca que no siempre los médicos estén preparados para lidiar con la angustia o sufrimiento que tiene lugar en situaciones donde deben identificar el proceder correcto.

Esta problemática se traslada a cuestionar la robustez de los sistemas educativos para que, mediante una formación integral se pueda prevenir este tipo de dilemas que afectan a la salud y tranquilidad de los profesionales de la salud, donde ha sido la Bioética en la mayoría de las ocasiones, el único medio por el cual se busca preparar a los profesionales de la salud para afrontar estas situaciones, por lo que las universidades tienen que enfrentar el desafío de estos asuntos cruciales, para responder con una formación integral, no solo científica, sino humanista, que les permita a los futuros profesionales de la salud el logro de autonomía, el que logren capacidades de reflexión y análisis que les permita aprender a elaborar su propia postura.

De acuerdo a las percepciones de los encuestados, se tienen coincidencias muy claras: la formación bioética es indispensable en la formación del profesional de la salud, ésta trasciende a la salud humana y se traslada a otras esferas del comportamiento humano, que es necesario reforzar la curricula para que la bioética sea tratada con mayor carga horaria, a lo largo de toda la carrera; hacer énfasis en casos prácticos de la práctica médica donde los dilemas son recurrentes

y que da posibilidad a múltiples respuestas ante el mismo fenómeno; a la formación de la bioética no solo para el médico sino para los mandos medios y directivos, dado que los superiores jerárquicos pueden suponer un riesgo para la toma de decisiones bajo los principios conocidos por la comunidad médica; que también se hace necesario el apoyo en estos temas en cuestiones prácticas con la familia de los pacientes, pero uno de los comentarios más generalizados es la necesidad del conocimiento de las normativas diversas que pueden afectar las decisiones médicas, no solo los códigos de ética sino otras normativas importantes y complementarias como la de privacidad de datos o las sanciones penales ante cuestiones que los médicos tratantes deben conocer.

Dentro de las recomendaciones de la literatura se encuentra que para el estudio de la bioética es conveniente aplicar metodologías como el aprendizaje en grupos pequeños, la interdisciplinariedad en los docentes (médicos y filósofos) y plantear los casos prácticos que los estudiantes experimentan en sus intervenciones clínicas.

Se destaca la necesidad de incidir en que la educación de la bioética debe ser transversal en todo el programa de formación profesional, pero no solo en esta etapa, sino que la formación en este campo debe ser permanente, pues como se explicó, los profesionales de la salud manifiestan que gracias a los programas de educación continua en Ética, luego de haberse obtenido el grado de profesional, se asocian con la más alta confianza y acción moral, independiente de que se hubiese recibido o no educación en esa área durante el pregrado.

La literatura ha sido coincidente con los resultados obtenidos en el estudio con los alumnos de medicina del CUTonala, de acuerdo con el instrumento que se aplicó a la población seleccionada se observa que el 90% está familiarizado con los principios de la bioética en la práctica médica y que son recurrentes muchas situaciones que diversos estudios exponen como situaciones comunes, tanto buenas como malas experiencias.

Dentro de las principales recomendaciones expuestas por los estudiantes está la necesidad de plantear casos clínicos o prácticos (casos de aborto, eutanasia, variabilidad de género, etcétera, incrementar la formación en bioética y abordarla de forma interdisciplinaria).

## BIBLIOGRAFÍA

- Alves Alcántara (2020). Dilemas éticos en cuidados paliativos: revisión de la literatura. *Rev. Bioética. vol.28 no.4 Brasília Oct./Dic. 2020* Doi: 10.1590/1983-80422020284434
- Camargo Rubio, Rubén Darío (2022). Visión holística de la bioética en la pandemia COVID-19, *Acta Colombiana de Cuidado Intensivo, Volume 22, Supplement 1, Pag 79-92, ISSN 0122-7262*, <https://doi.org/10.1016/j.acci.2021.03.003>. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0122726221000665>
- Centeno, A. M., y Grebe, M. de la P. (2021). El currículo oculto y su influencia en la enseñanza en las Ciencias de la Salud. *Investigación En Educación Médica*, 10(38), 89–95. <https://doi.org/10.22201/fm.20075057e.2021.38.21350>
- Centro Universitario de Ciencias de la Salud. (2019). Reseña histórica del CUCS Centro Universitario de Ciencias de la Salud. [www.cucs.udg.mx](http://www.cucs.udg.mx). <https://www.cucs.udg.mx/nuestro-centro/resena-historica-del-cucs>
- Centro Universitario de Tonalá. (s.f.). Unidades de aprendizaje | Centro Universitario de Tonalá. [www.cutonala.udg.mx](http://www.cutonala.udg.mx/oferta-academica/medico-cirujano/unidadesdeaprendizaje). <http://www.cutonala.udg.mx/oferta-academica/medico-cirujano/unidadesdeaprendizaje>
- Centro Universitario de Tonalá (2024). Plan de estudios de la Carrera de México Cirujano Partero. Universidad de Guadalajara. <http://www.cutonala.udg.mx/oferta-academica/medico-cirujano/plan-estudios-mcpe>
- González Blasco, P., Serrano Días De Otálora, M., Pastushenko, J., & Altisent Trota, R. (2009). ¿Cómo enseñar bioética en el pregrado? Reflexiones sobre experiencias docentes. *Atención Primaria*, 41(2), 103–108. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2008.06.003>
- Izaguirre, M. (2019). Importancia de la formación ética de los estudiantes de medicina. *Anales de La Facultad de Medicina*, 80(4), 507–510. <https://doi.org/10.15381/anales.v80i4.16974>

- Mesa-Trujillo, Daisy, Espinosa-Ferro, Yairelys, y García-Mesa, Israel. (2022). Reflexiones sobre bioética médica. *Revista Médica Electrónica*, 44(2), 413-424. Epub 30 de abril de 2022. Recuperado, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-182420220002000413&lng=es&tlng=pt](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-182420220002000413&lng=es&tlng=pt).
- Núñez Delgado, R. del P. (2023). Ética médica en estudiantes de medicina: estado de arte. *Revista Médica Basadrina*, 17(2), 63-68. <https://doi.org/10.33326/26176068.2023.2.1942>
- Plan de estudios de Médico Cirujano Partero Centro Universitario de Tonalá (2024). Universidad de Guadalajara. Recuperado de <http://www.cutonala.udg.mx/oferta-academica/medico-cirujano/plan-estudios>
- Real, J., et al. (2017). Enciclopedia histórica y biográfica de la Universidad de Guadalajara (1.ª ed.). Grupo editorial: Editorial Universidad de Guadalajara. <https://editorial.udg.mx/gpd-enciclopedia-historica-y-biografica-de-la-universidad-de-guadalajara.html>
- Santos Junior; Arpini Miguel; Meister Martins Coelho; Zonato Esteves (2024). Angustia moral entre los médicos en cuidados intensivos pediátricos. *Revista Bioética*. vol.32 Brasília 2024. [https://revistabioetica.cfm.org.br/revista\\_bioetica/article/view/3623/3277](https://revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/3623/3277)
- Šore Galleguillos, Jadrana. (2020). Bioética en la práctica clínica del fisioterapeuta. *Revista de Bioética y Derecho*, (48), 193-207. Epub 11 de mayo de 2020. Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1886-58872020000100014&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872020000100014&lng=es&tlng=es).
- Trujillo Chávez, M. B. (2023). La Bioética en la educación médica. *Mediciencias UTA*, 7(4), 1. <https://doi.org/10.31243/mdc.uta.v7i4.2221.2023>
- Universidad de Guadalajara. (2023). Dictamen no. I/2002/057 | consejo general universitario. Hcgu.udg.mx. [http://www.hcgu.udg.mx/sesiones\\_cgu/dictamen-no-i2002057](http://www.hcgu.udg.mx/sesiones_cgu/dictamen-no-i2002057)
- Vargas I, Concha CA. Moral Distress, Sign of Ethical Issues in the Practice of Oncology Nursing: Literature Review. *Aquichan* 2019; 19(1): e1913. DOI: 10.5294/aqui.2019.19.1.3
- Villegas Múnera, E. M., (2011). Tendencias de la formación bioética en los currículos universitarios. *Revista Colombiana de Bioética*, 6(1), 103-124.

## Capítulo 8

# Tratados internacionales sobre Derechos Humanos y el Derecho vigente en México

María Eugenia Crystal Cruz Gómez / Erika Karina Ortega Larios /  
Rocío Preciado González

Los tratados internacionales sobre derechos humanos tienen un papel fundamental en el derecho vigente mexicano, no solo debido a la reforma Constitucional de Derechos Humanos del 2011 que vuelve obligatoria la observancia y cumplimiento de los tratados internacionales de los que México es parte, sino porque nuestro país es parte de numerosos acuerdos internacionales que son firmados con otras naciones en el marco de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), con lo que adquirimos diversos compromisos.

Uno de los aspectos clave, de acuerdo con la Constitución mexicana, es que dichos tratados internacionales ratificados por México, son parte integrante de la legislación nacional y tienen jerarquía constitucional.

### OBJETIVO

Identificar mediante la revisión de sitios gubernamentales de los 3 poderes de la Unión (Ejecutivo, Legislativo y Judicial), cómo se ha dispuesto la información y contenido de los Tratados Internacionales (TI) sobre Derechos Humanos en México, realizando una explicación sencilla de preceptos de Derecho, para enriquecer el quehacer del profesional de la bioética.

La relación entre los TI sobre Derechos Humanos y la bioética en México se manifiesta en la necesidad de garantizar que las prácticas médicas y científicas respeten los principios fundamentales de dignidad, autonomía y justicia. Esto implica que cualquier avance científico o médico debe ser compatible con los Derechos Humanos reconocidos en los TI, asegurando así que las investigaciones y prácticas no vulneren la integridad y la dignidad de las personas.

La incorporación de los TI en el marco jurídico nacional, es obligatorio para todas las personas en el país, incluidos aquellos que forman parte de los órganos jurisdiccionales, esto implica que los titulares de dichos órganos están obligados a la interpretación pro persona, es decir, a que a todas las personas se les aplique la norma que más le beneficie.

Los TI sobre Derechos Humanos en el derecho vigente en México reflejan la obligación en la promoción y protección de los derechos fundamentales de todas las personas, estableciendo un referente mínimo que influye directamente en el ejercicio de la bioética, lo que obliga a que las prácticas médicas y científicas respeten los derechos de las personas y promuevan un enfoque ético en la investigación y la atención médica.

## INTRODUCCIÓN

Cuando las civilizaciones de la antigüedad se encontraban, podía producirse una guerra o podría ser que las naciones generasen acuerdos para beneficio común (casi siempre después del conflicto bélico). Así, tenemos como el primer tratado entre naciones el llamado Tratado de Kadesh, celebrado entre Hititas y Egipcios (suscrito por Hattusil III y Ramsés II [Ramsés Mi-Amón Userme-Ra Setenpe-Ra]); de este tratado de paz se conserva la versión en arcilla en el Museo Arqueológico de Estambul y, debido a que este tratado es “un mensaje elocuente que desde los orígenes, el ser humano, si se lo propone, puede realizar acuerdos entre los pueblos” (Becerra & Avalos, 2020, p. 6); se exhibe una réplica a la entrada del Consejo de Seguridad de la Organización de las Naciones Unidas (ONU).

Los tratados Internacionales han servido de punto de encuentro para diversas cuestiones, económicas, mercantiles, de tránsito y sociales; pero desde la segunda guerra mundial, concretamente, después de los crímenes de lesa humanidad cometidos por el régimen nazi, los tratados internacionales también dieron origen a organismos internacionales, que se constituyen como nuevos sujetos de derecho internacional (Becerra & Ávalos, 2020, p- 8); también se hace evidente la necesidad de realizar una labor de codificación del derecho consuetudinario internacional, que nació en primer lugar con el derecho marítimo, solo que en esta ocasión, a los Estados les importaba dejar sentadas bases para la protección en el mundo entero de los Derechos Humanos determinados como Fundamentales (Naciones Unidas, s.f.).

Así comenzó una época de estudio, interpretación y codificación de los diversos aspectos que involucran los Derechos Humanos. El Estado Mexicano ha sido parte de diversos tratados y al cumplirse las formas requeridas por la Carta Magna, son ley vigente en la República Mexicana.

Para todo bioeticista<sup>2</sup> es imprescindible adquirir conocimiento sobre Derechos Humanos, y quien resida en la República Mexicana, debe ser capaz de identificar y acudir a la fuente idónea que le aporte la información necesaria y de validez jurídica en este territorio; también resulta indispensable conocer los procedimientos que tienen que darse para que estos acuerdos puedan considerarse obligatorios en el sistema jurídico mexicano, así como los preceptos generales que rigen a los Tratados Internacionales, pues el procedimiento de validación proporciona información que debe considerarse.

Para ello, se presenta aquí una breve descripción de las bases del Derecho Internacional Público en su vertiente de Derecho de los Tratados, así como de los requisitos establecidos por la Constitución Mexicana

---

2 Siendo la Bioética multidisciplinaria, es que es pertinente allegar a dichos profesionales, de información técnica, en un lenguaje claro y asequible.

para la validez de los TI, esperando que abunden en el entendimiento de las formalidades de estos instrumentos de Derecho Internacional.

## **DERECHO DE LOS TRATADOS Y EL ORDEN JURÍDICO MEXICANO**

Así como las personas celebran acuerdos entre sí, ya sea para la venta de una casa, un préstamo monetario, etcétera, los países (llamados Estados por el Derecho) convienen en aspectos que les son afines. Estos acuerdos se plasman en documentos internacionales, que se negocian y firman de acuerdo a principios de Derecho Internacional. Estos acuerdos son reconocidos como Tratados Internacionales.

Existen tratados de diversas materias (comercio, impuestos, por citar algunos). En el caso de los Derechos Humanos, las naciones y las organizaciones como la ONU, han realizado acuerdos en un gran número de vertientes que se relacionan con la dignidad humana. La Cancillería de Colombia nos ofrece una definición clara de lo que debe entenderse como Tratado Internacional: “...un acuerdo internacional, celebrado por escrito entre sujetos de derecho internacional, a saber: entre Estados, o entre Estados y organizaciones internacionales, que se rige por el derecho internacional y genera obligaciones vinculantes para quienes lo suscriben.” (Cancillería de Colombia, 2024, s.p.)

Como se lee, en la actualidad los Tratados Internacionales no solo se firman entre Estados, en ellos también intervienen entes internacionales, como la Organización de las Naciones Unidas (ONU), la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) o como la Iglesia Católica, el Fondo Monetario Internacional (FMI), etcétera. Estas y otras cuestiones, son el objeto de estudio del Derecho Internacional.

Se aprecia en esta definición que la paz y la seguridad eran considerados los aspectos fundamentales a debatir entre los entes internacionales, pero, a partir de los hechos de la segunda guerra mundial, el

mundo se daba cuenta de la necesidad de proteger al ser humano, que había sido usado en experimentaciones crueles o que había sido segregado y asesinado. Con estos hechos nacería la finalidad de proteger los Derechos Humanos a través de hacerlos visibles y generar obligaciones para los Estados.

En esta época también fue necesario para las naciones contar con un documento base en el que se establecieran normas relacionadas al acuerdo, funcionamiento, denominación, entre otras de los TI. Así nacerá la Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados. Este instrumento internacional firmado multilateralmente es el resultado de: “un proyecto preparado, durante más de quince años de trabajo, por la Comisión de Derecho Internacional de la Organización de las Naciones Unidas. Su objetivo fue, precisamente, codificar las normas consuetudinarias de los tratados y, además, desarrollarlas progresivamente.” (Villacís, 2008).

Este tratado Internacional (llamado Convención), define cuales son los pasos para crear un acuerdo multilateral entre Estados, que va desde las formalidades en la negociación de los tratados (artículos 6 al 18), cómo deben tratarse las reservas de los Estados<sup>3</sup> (artículos 19 a 23), la entrada en vigor y aplicación provisional (arts. 24 y 25), observancia, aplicación e interpretación (arts. 26 al 33) y así, dicha Convención, establece parámetros y disposiciones de procesos y procedimientos para cuestiones específicas del ámbito del Derecho Internacional como relaciones diplomáticas, nulidad, terminación, revocación, modificación, etcétera.

---

3 En el apartado del Convenio de Viena sobre los términos empleados, el inciso d) define lo que debe entenderse por una reserva: una declaración unilateral, cualquiera que sea su enunciado o denominación, hecha por un Estado al firmar, ratificar, aceptar o aprobar un tratado o al adherirse a el (SIC), con objeto de excluir o modificar los efectos jurídicos de ciertas disposiciones del tratado en su aplicación a ese Estado;” (Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados, DOF, 1975).

La convención referida también prevé que los tratados internacionales pueden tener diversas denominaciones; pueden llamarse Convenio (como el Convenio de Asturias de Bioética), puede llamarse protocolo (como el Protocolo Facultativo de la Convención sobre los Derechos de las personas con Discapacidad), puede llamarse convención (como la Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares)<sup>4</sup>.

En el caso específico de los Derechos Humanos, en relación con el Derecho Internacional, es la Oficina del Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH) “la principal entidad de las Naciones Unidas en el ámbito de los derechos humanos y dispone de un mandato excepcional para promover y proteger todos los derechos humanos de todas las personas.” (ACNUDH, 2024); es por esto, que en la página web de dicha institución internacional, pueden encontrarse los TI en materia de Derechos Humanos<sup>5</sup>. Ahora solo faltaría saber cuáles de estos tratados han sido firmados por el Estado Mexicano y ratificados por el Senado de la República, que son requisitos de validez que contemplan las normas mexicanas.

## ORDEN JURÍDICO MEXICANO

México tiene su propio sistema de leyes y de instituciones, como la nación independiente que es. Para la aplicación y entendimiento de normas, existen principios y directrices. México ha firmado varios TI en

---

4 Artículo 2 inciso a): “se entiende por “tratado” un acuerdo internacional celebrado por escrito entre Estados y regido por el derecho internacional, ya conste en un instrumento único o en dos o más instrumentos conexos y cualquiera que sea su denominación particular”

5 La página web del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para Derechos Humanos (ACNUDH), enlista estos tratados con el nombre “Instrumentos Jurídicos” y puede ser consultada en la siguiente liga: <https://www.ohchr.org/es/instruments-listings>

materia de Derechos Humanos y, a partir de la reforma Constitucional de Derechos Humanos del año 2011, se implementaron en México dos sistemas de interpretación de Derechos Humanos: el principio pro homine y el de interpretación conforme.

## LOS PRINCIPIOS DE INTERPRETACIÓN DE DERECHOS HUMANOS

Es importante explicar estos dos principios porque estos representan la metodología que debe usarse para la debida aplicación de los Derechos Humanos. Estos principios son las herramientas para poder interpretar, examinar, articular y ponderar los Derechos Humanos contenidos en los Tratados Internacionales y en nuestra Constitución.

Esto es, no solo se debe saber dónde encontrar los preceptos de Derechos Humanos, se debe realizar un análisis para establecer en su justa dimensión cada vertiente de Derechos Humanos ya sea que hayan sido consagrados en un acuerdo internacional o en la Constitución.

En la obra de Mireya Castañeda Hernández<sup>6</sup> del 2018, para la Comisión Nacional de Derechos Humanos, la autora realiza un trabajo cuidadoso en la explicación de estas metodologías de ponderación de derechos.

En dicha obra acertadamente se compilan diferentes concepciones sobre el principio pro persona y la interpretación conforme y atinadamente, se hace mención a la concepción del maestro Eduardo Ferrer McGregor<sup>7</sup>, sobre la interpretación conforme:

---

6 La obra “El principio pro persona ante la ponderación de Derechos” puede ser consultada en la siguiente liga: <https://biblio.juridicas.unam.mx/bjv/detalle-libro/5619-el-principio-pro-persona-ante-la-ponderacion-de-derechos-coleccion-cndh>

7 Quien además de ser abogado, Doctor en Derecho, actualmente es Juez de la Corte Interamericana de Derechos Humanos.

...podríamos sintetizarla como la técnica hermenéutica por medio de la cual los derechos y libertades constitucionales son armonizados con los valores, principios y normas contenidos en tratados internacionales sobre derechos humanos signados por los Estados, así como por la Jurisprudencia de los Tribunales Internacionales (Castañeda, 2018, p. 56).

Por lo que toca al principio pro persona, la referida autora realiza un análisis de este principio a partir de las codificaciones en las que se encuentra mencionado, comenzando por la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos que en el segundo párrafo del artículo primero dicta que: “Las normas relativas a los derechos humanos se interpretarán de conformidad con esta Constitución y con los tratados internacionales de la materia favoreciendo en todo tiempo a las personas la protección más amplia.” (CPEUM, 2024).

Como un ejemplo, el referido principio pro persona es descrito en varios TI:

*Tabla 1. El Principio Pro persona en los diversos tratados Internacionales vigentes en México*

Convención	Ubicación
Convención Americana sobre Derechos Humanos	Art. 29 Normas de interpretación Inciso b)
Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales "Protocolo de San Salvador"	Art. 4 No Admisión de Restricciones
Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad	Artículo VII
Convención Interamericana Para Prevenir, Sancionar Y Erradicar La Violencia Contra La Mujer "Convención De Belem Do Para"	CAPITULO V DISPOSICIONES GENERALES Artículo 13
Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos	Artículo 5.2

Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer	Artículo 23
Convención sobre los Derechos del Niño	Artículo 41

Nota. Creación propia, 2024

Una vertiente de Derechos Humanos puede estar plasmada en diversos TI y en la misma Constitución, lo que hace necesario para el bioeticista en México, que tenga esto en consideración al momento de realizar cualquier estudio o análisis de caso. Para esto, se debe tener el cuidado de revisar si el TI en revisión está vigente en México

## EL DERECHO VIGENTE EN MÉXICO

Para que un tratado internacional sea considerado vigente, es decir, obligatorio, debe cumplir requisitos de forma, no basta que un canciller (diplomático) se presente a nombre de nuestro país a negociar un tratado, este debe ser firmado por el jefe del Poder Ejecutivo, o sea, el Presidente de los Estados Unidos Mexicanos y además, deberá ser ratificado por el Senado de la República. Esta medida es para garantizar que las obligaciones que se adquieren por parte de México sean adecuadas y convenientes al desarrollo, intereses y derechos de los mexicanos.

Lo anteriormente explicado tiene su fundamento en nuestra Constitución, que establece en los artículos 76 fracción I y el 89 fracción X, las facultades del poder ejecutivo para celebrar tratados, en virtud de su facultad de dirección de la política exterior de México<sup>8</sup> y de la facultad

---

8 Art. 89. Las facultades y obligaciones del Presidente, son las siguientes:  
X. Dirigir la política exterior y celebrar tratados internacionales, así como terminar, denunciar, suspender, modificar, enmendar, retirar reservas y formular declaraciones interpretativas sobre los mismos, sometiéndolos a la aprobación del Senado. En la conducción de tal política, el titular del Poder

exclusiva del Senado de la República para aprobar los tratados internacionales que el Ejecutivo hubiese firmado<sup>9</sup>.

Una vez que el Senado haya aprobado el Tratado Internacional, éste puede ser publicado en el Diario Oficial de la Federación, “a fin de que éstos sean aplicados y observados debidamente.” (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, S.f.), así lo prevé la porción final del artículo segundo de la Ley de Diario Oficial de la Federación y Gacetas Gubernamentales.

## **LA DIVISIÓN DE PODERES Y LA DIFUSIÓN DE DERECHOS HUMANOS CONTENIDOS EN LOS TRATADOS INTERNACIONALES**

La República Mexicana divide su ejercicio en tres poderes: Legislativo, Ejecutivo y Judicial (artículo 49 de la Constitución). En el ámbito de su competencia, cada Poder tiene su portal de internet y cada uno realiza su propio ejercicio de mostrar TI en materia de Derechos Humanos.

---

Ejecutivo observará los siguientes principios normativos: la autodeterminación de los pueblos; la no intervención; la solución pacífica de controversias; la proscripción de la amenaza o el uso de la fuerza en las relaciones internacionales; la igualdad jurídica de los Estados; la cooperación internacional para el desarrollo; el respeto, la protección y promoción de los derechos humanos y la lucha por la paz y la seguridad internacionales;

9 Art. Artículo 76. Son facultades exclusivas del Senado:

I. Analizar la política exterior desarrollada por el Ejecutivo Federal con base en los informes anuales que el Presidente de la República y el Secretario del Despacho correspondiente rindan al Congreso.

Además, aprobar los tratados internacionales y convenciones diplomáticas que el Ejecutivo Federal suscriba, así como su decisión de terminar, denunciar, suspender, modificar, enmendar, retirar reservas y formular declaraciones interpretativas sobre los mismos

## PODER EJECUTIVO

El Poder Ejecutivo, a través de la Secretaría de Gobernación, mantiene un portal llamado “Orden Jurídico Nacional”, ahí se pueden consultar en el apartado de “Ámbito Internacional” un subtema llamado “Tratados y declaraciones sobre Derechos Humanos”.

Dicho subtema contiene 89 documentos señalados como obligatorios y 69 documentos no obligatorios. Al final de la página se lee la siguiente leyenda:

La compilación de los tratados internacionales, leyes, reglamentos, decretos, acuerdos y disposiciones federales, estatales y municipales que aquí se muestran, son de carácter informativo y con el propósito de facilitar su consulta; lo anterior, en cumplimiento a lo establecido en la fracción XVIII, del artículo 27 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; en relación con los artículos 2º; 3º; 4º y 5º de la Ley del Diario Oficial de la Federación y Gacetas Gubernamentales; y 3º del Código Civil Federal. El órgano de publicación con carácter oficial de los ordenamientos a nivel federal, es el Diario Oficial de la Federación; y para efectos de la normatividad estatal y municipal, lo es el Periódico Oficial del Estado, Gaceta o Boletín de cada entidad federativa, por lo cual se sugiere consultar el medio oficial de difusión correspondiente. (Secretaría de Gobernación, S.F.)

El Poder Ejecutivo, a través de la Secretaría de Relaciones Exteriores (SRE), cuenta con un portal denominado TRATADOS CELEBRADOS POR MÉXICO<sup>10</sup>, se trata de un programa buscador en una base de datos de la Secretaría. En esta página es posible escribir en la caja de texto genérica, palabras clave como “tortura”, “infancia”, “bioética”<sup>11</sup> y se obtienen resultados. Cabe aclarar que este buscador ostenta la siguiente leyenda: “*Los tratados contenidos en este sitio son de carácter informativo y no crean efectos legales para diligencia oficial alguna*” (Secretaría de

---

10 Este buscador está disponible en la siguiente liga: [https://cja.sre.gob.mx/tratadosmexico/buscador?keywords=bioetica&category\\_id=&theme\\_id=&country\\_id=&organization\\_id=](https://cja.sre.gob.mx/tratadosmexico/buscador?keywords=bioetica&category_id=&theme_id=&country_id=&organization_id=)

11 Al buscar esta palabra, arroja cero resultados.

Relaciones Exteriores, s.f.). En este portal, cuando se ingresa la palabra: *Derechos Humanos* se obtienen los siguientes TI:

*Figura 2. Tratados Internacionales en materia de Derechos Humanos según la SRE*

gob.mx		Trámites	Gobierno	Participa	Datos	
TRATADOS CELEBRADOS POR MÉXICO		México depositario	Orden Jurídico Nacional	Preguntas frecuentes	Ligas de interés	Contacto
Nombre	Fecha de adopción	Lugar de adopción	Categoría			
Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores	el 15 de junio de 2015	Adoptada en Washington D.C., Estados Unidos de América	Multilateral			
Protocolo Facultativo de la Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes	18 de diciembre de 2002	Nueva York	Multilateral			
Acuerdo entre el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH) y el Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos relativo al Establecimiento de una Oficina en México	1° de julio de 2002	Ciudad de México	Bilateral			
Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares	18 de diciembre de 1990	Nueva York	Multilateral			
Protocolo a la Convención Americana sobre Derechos Humanos relativo a la Abolición de la Pena de Muerte	8 de junio de 1990	Asunción, Paraguay	Multilateral			
Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales "Protocolo de San Salvador"	17 de noviembre de 1988	San Salvador, El Salvador	Multilateral			
Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes	10 de diciembre de 1984	Nueva York	Multilateral			
Convención Americana sobre Derechos Humanos "Pacto de San José de Costa Rica"	22 de noviembre de 1969	San José, Costa Rica	Multilateral			

**Nota.** La figura muestra los resultados obtenidos al insertar las palabras "Derechos Humanos" en el buscador de TI de la Secretaría de Relaciones Exteriores. Fuente: SRE (2024) <https://goo.su/n005z>

## PODER JUDICIAL

Por su parte el Poder Judicial, que se ejerce a través de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, mantiene una página titulada "*Tratados internacionales de los que el Estado Mexicano es parte en los que se reconocen derechos humanos*", dividiendo en dos secciones a estos: de carácter general y de carácter especial.

En la sección de tratados internacionales de carácter general se han dividido a su vez en Sistema de Naciones Unidas (7 tratados) y Sistema Interamericano (5 tratados), todos acompañados de su fecha de publicación en el Diario Oficial de la Federación.

En la sección de tratados internacionales de carácter especial se encuentran las siguientes clasificaciones:

- Derecho Internacional Humanitario (18 tratados)
- Derecho Penal Internacional / Derecho Internacional Penal (21 tratados)
- Derecho de los Tratados y Derecho Consular (2 tratados)
- Desaparición Forzada (3 tratados)
- Igualdad y No Discriminación (5 tratados)
- Educación y Cultura (6 tratados)
- Esclavitud, trabajo forzoso y trata de personas (12 tratados)
- Extradición (38 tratados)
- Medio Ambiente (38 tratados)
- Movilidad Humana (9 tratados)
- Mujeres (8 tratados)
- Niñas, niños y adolescentes (9 tratados)
- Personas con discapacidad (2 tratados)
- Propiedad Intelectual (22 tratados)
- Pueblos Indígenas y Tribales (2 tratados)
- Salud Pública (3 tratados)
- Tortura (3 tratados)
- Trabajo (18 tratados)

Cada uno de los documentos internacionales está acompañado de su fecha de publicación en el Diario Oficial de la Federación, es decir, los Tratados Internacionales que muestran estas páginas, están vigentes.

## **PODER LEGISLATIVO**

El Senado de la República, no contiene un apartado especial en su página de internet sobre los tratados internacionales en materia de derechos humanos; el buscador lleva a la gaceta del senado, que es la bitácora del trabajo de los miembros de esta cámara.

## **EVOLUCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS Y SU LOCALIZACIÓN PARA EFECTOS DE INVESTIGACIÓN**

Los Derechos Humanos, son resultado de un ejercicio filosófico y de interpretación, impulsados en buena medida por acontecimientos beligerantes, tal como lo fue la Revolución Francesa, que dio lugar a la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano de 1789; o la Revolución Mexicana que dio lugar a los Derechos Civiles y Sociales consagrados en la Constitución Mexicana de 1910.

Dicho ejercicio filosófico y de interpretación, sigue dándose, pues las sociedades contemporáneas actualmente están envueltas en fenómenos sociales que involucran el avance tecnológico y la Inteligencia Artificial.

Por esto, la labor de localización e interpretación de los Derechos Humanos se hace más compleja, un solo precepto o vertiente de un derecho puede encontrarse en varios Tratados Internacionales, lo que a su vez incorpora para el investigador, la tarea de 1) revisar si el tratado internacional que se menciona o se desea mencionar, está vigente en territorio mexicano; 2) localizar en qué otros tratados se ha mencionado el aspecto o vertiente de Derecho Humano que se esté estudiando, para aplicar por lo menos, la metodología sugerida por el maestro Ferrer McGregor que ya se mencionó.

Obtener la información de las fuentes oficiales requeriría para el investigador o el bioeticista, desarrollar una metodología propia, pues ninguno de los sitios gubernamentales revisados ofrece una catalogación académica, sino solo catalogaciones de acuerdo a la naturaleza de cada tratado.

## **CONCLUSIONES**

Como preámbulo de las conclusiones, se debe decir que realizar investigación sobre Derechos Humanos en el derecho vigente en México no es una tarea sencilla. Debe tomarse en cuenta que para efectos de saber si un TI está vigente en México, se sugiere corroborar la publicación en el Diario Oficial, independientemente de la fuente donde se obtenga la información.

A pesar de que los Tratados Internacionales ya forman parte del sistema jurídico en México, no existe la debida codificación y publicación por parte de los poderes, siendo que por atribuciones correspondería en primer lugar a la Secretaría de Gobernación y en segundo lugar al Senado de la República.

Cuando el bioeticista realiza análisis de caso, deberá incorporar una técnica de armonización de Derechos Humanos.

El Estado Mexicano está obligado a observar y cuidar el cumplimiento de los Derechos Humanos contenidos no solo en la Constitución, sino también en los Tratados Internacionales de los que forma parte, siendo todavía un área de oportunidad para los 3 poderes, el habilitar un portal simple donde cualquier persona pudiese obtener información de los Derechos Humanos contenidos en Tratados Internacionales.

## **AGRADECIMIENTOS**

Queremos expresar nuestro agradecimiento a la Dra. Zoraya Melchor Barrera, por su valiosa contribución. Su disposición y recomendaciones fueron una luz metodológica, que nos ayudó a mejorar este trabajo.

## BIBLIOGRAFÍA

- Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas en Derechos Humanos. (2024). Derecho Internacional de los Derechos Humanos. <https://www.ohchr.org/es/instruments-and-mechanisms/international-human-rights-law>
- Becerra R., M., Ávalos V., R. (2020). Derecho de los Tratados. Teoría y Práctica. Universidad Nacional Autónoma de México. Instituto de Investigaciones Jurídicas. Serie Estudios Jurídicos, Núm. 347. <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/13/6167/8.pdf>
- Cancillería del Gobierno de Colombia (2024). Tratados. Consultado el 03 de junio de 2024. <https://www.cancilleria.gov.co/juridicainternacional/tratados#:~:text=Contexto,vinculantes%20para%20quienes%20lo%20suscriben.>
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (s.f.) Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Secretaría General. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPEUM.pdf>
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (s.f.). Ley del Diario Oficial de la Federación y Gacetas Gubernamentales. Secretaría General. [https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/75\\_100619.pdf](https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/75_100619.pdf)
- Castañeda Hernández, Mireya. (2018). El principio pro persona ante la ponderación de derechos. Colección CNDH. Comisión Nacional de los Derechos Humanos México. P. 51 a 78. <https://biblio.juridicas.unam.mx/bjv/detalle-libro/5619-el-principio-pro-persona-ante-la-ponderacion-de-derechos-coleccion-cndh>
- Corte Interamericana de Derechos Humanos. (s.f.). Biografía de Eduardo Ferrer Mac-Gregor Poisot. <https://www.corteidh.or.cr/sitios/compos14/mac-gregor.html>
- Ministerio de Relaciones Exteriores de la República de Turquía. (2005, jun). El tratado de Kadesh, el tratado de paz más antiguo. <https://www.mfa.gov.tr/data/dispolitika/uluslararasiluruluslar/bm/es/21.pdf>
- Naciones Unidas (s.f.). La Declaración Universal de los Derechos Humanos. Página Oficial de la Organización de las Naciones Unidas. Consultado el 11 de mayo del 2024. <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights#:~:text=Elaborada%20por%20representantes%20de%20todas,todos%20los%20pueblos%20y%20naciones>

- Presidencia de la República (1975, 14 de febrero). Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados. Diario Oficial de la Federación [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=4751049&fecha=14/02/1975#gsc.tab=0](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4751049&fecha=14/02/1975#gsc.tab=0)
- Presidencia de la República (1981, 07 de mayo). Convención Americana sobre Derechos Humanos. Diario Oficial de la Federación. [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=4645612&fecha=07/05/1981#gsc.tab=0](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4645612&fecha=07/05/1981#gsc.tab=0)
- Presidencia de la República (2001, 12 de marzo). Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad. Diario Oficial de la Federación. [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=768364&fecha=12/03/2001#gsc.tab=0](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=768364&fecha=12/03/2001#gsc.tab=0)
- Presidencia de la República (1999, 19 de enero). Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, Convención de Belém do Pará. Diario Oficial de la Federación. [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=4942730&fecha=19/01/1999#gsc.tab=0](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4942730&fecha=19/01/1999#gsc.tab=0)
- Presidencia de la República (1981, 12 de mayo). Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer. Diario Oficial de la Federación. [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=4646605&fecha=12/05/1981#gsc.tab=0](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4646605&fecha=12/05/1981#gsc.tab=0)
- Presidencia de la República (1991, 25 de enero). Convención sobre los Derechos del Niño. Diario Oficial de la Federación. [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=4701290&fecha=25/01/1991#gsc.tab=0](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4701290&fecha=25/01/1991#gsc.tab=0)
- Presidencia de la República (1981, mayo 20). Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. Diario Oficial de la Federación. [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=4649138&fecha=20/05/1981#gsc.tab=0](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4649138&fecha=20/05/1981#gsc.tab=0)
- Presidencia de la República (1998, 01 de septiembre). Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales "Protocolo de San Salvador". Diario Oficial de la Federación. [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=4891682&fecha=01/09/1998#gsc.tab=0](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4891682&fecha=01/09/1998#gsc.tab=0)
- Secretaría de Gobernación (s.f.). Tratados y declaraciones sobre Derechos Humanos. Orden Jurídico Nacional. Consultado el 01 de junio del 2024. [http://www.ordenjuridico.gob.mx/derechos\\_humanos.php#gsc.tab=0](http://www.ordenjuridico.gob.mx/derechos_humanos.php#gsc.tab=0)

- Senado de la República (s.f.). SENADO DE LA REPÚBLICA. LXV Legislatura, Tercer Año de Ejercicio. Consultado el 02 de junio de 2024. <https://www.senado.gob.mx/65/>
- Suprema Corte de Justicia de la Nación (s.f.) Tratados internacionales de los que el Estado Mexicano es parte en los que se reconocen derechos humanos. Consultado el 01 de junio del 2024. <https://www.scjn.gob.mx/tratados-internacionales/>
- Villacís, B. (2008). La convención de Viena sobre Derecho de los Tratados. Asociación de funcionarios y empleados del Servicio Exterior Ecuatoriano AFESE, (49) 62-64.

## Capítulo 9

# Organismos transgénicos; contraste internacional del cultivo de maíz transgénico

Francisco Javier Eguiluz Ruiz / Celia Robles Murguía /  
Lucila Méndez Morán

### RESUMEN

La falta de información es una de las principales barreras para la implementación de marcos éticos sólidos, en el tema de transgénicos, la poca información es una de las principales barreras para entender lo relacionado a los métodos de obtención de organismos transgénicos, que no refleja el concepto general adoptado para los OGMs en el discurso político y social, donde la disertación apela en gran medida a que la tecnología en transgénicos es una tecnología exclusiva de intereses privados, lo que limita la discusión hacia los intereses públicos y se desliga del avance científico en nuestro país. La información que se maneja en las discusiones actuales sobre OGMs es insuficiente sobre la pertinencia y el uso de transgénicos en México, como es el caso del maíz que es el objetivo del presente trabajo. Podemos decir que la tecnología transgénica ha podido desarrollarse y ser útil, y de manera independientemente del tipo de gobierno, de las corporaciones privadas de biotecnología o de las instituciones públicas, por lo que es importante conocer el uso y desarrollo de transgénicos a nivel internacional para plasmar a nivel nacional la información necesaria y explicaciones relevantes para la toma de decisiones. Es fundamental que las decisiones no se limiten a un pequeño grupo de expertos, y que esta información apoye modelos de gobernanza participativa, que permita a la ciudadanía el involucrarse para

garantizar una mayor transparencia y control social, con la información necesaria sobre la obtención de un OGM, conocimientos relacionados en el mejoramiento y desarrollo agrícola del país, principalmente pensando en la soberanía alimentaria, como por ejemplo el cultivo del maíz en México.

**Palabras clave:** evento transgénico, maíz, organismos genéticamente modificados, transgénicos.

## INTRODUCCIÓN

Es común el escuchar hablar que los organismos transgénicos son los únicos organismos genéticamente modificados (OGM), pero dentro de los OGM se incluyen todas las modificaciones y manipulaciones genéticas a nivel agrícola que el hombre ha realizado durante los últimos 10 mil años con la finalidad de mejorar cultivos. Un OGM implica la modificación genética por medio de métodos convencionales en prácticas agrícolas o mediante técnicas de laboratorio. La información difundida sobre los OGMs es deficiente causando una mala interpretación, haciendo parecer que todos los OGMs son organismos transgénicos, confusión que puede llegar a obstaculizar la correcta comprensión y entendimiento de lo que es un transgénico y lo que implica, por tal motivo es conveniente iniciar con su definición, como sigue: Un organismo transgénico es “... un organismo vivo desarrollado por científicos, en los que se ha alterado o modificado su material genético mediante el uso de técnicas de ingeniería genética, diferentes a las modificaciones tradicionales. Estos organismos genéticamente modificados han sido desarrollados para obtener características deseadas específicas” (Cofepris, 2017). Ahora bien, para entender este concepto, hay que iniciar explicando los métodos para obtener los OGMs por los cuales se puede llevar a cabo la modificación del genoma de un organismo para obtener ciertas características (fenotípicas) especiales o de interés en el organismo modificado. A continuación, se describen 6 tipos de metodologías para obtener los OGMs (ChileBio, 2018), entre estos se incluye a los transgénicos:

- *Cruce*: es la combinación de dos especies sexualmente compatibles para crear una variedad con rasgos deseados de los padres. Esto significa que el polen de un tipo de planta se emplea para polinizar una variedad completamente diferente, resultando en una planta totalmente nueva, generando híbridos que llevan la mezcla de los genes de las dos especies que lo originaron.
- *Mutagénesis*: se logra con el uso de mutágenos como la radioactividad o mutágenos químicos para inducir mutaciones aleatorias, que mediante escrutinio se pueden obtener organismos con el o los rasgos deseados.
- *Poliploidía inducida*: se logra por choque térmico, presiones hidrostáticas o colchicina con la finalidad de multiplicar el número de cromosomas de un cultivo para impactar su efectividad. Técnica útil en fitomejoramiento de cultivos vegetales. Algunos ejemplos de organismos poliploides son la papa, el café, el maní, la alfalfa y el ciruelo.
- *Fusión de protoplastos*: se logra mediante la fusión de las membranas de dos o más células dando lugar a un híbrido somático para transferir rasgos entre especies.
- *Transgénesis*: se logra con base a la edición de uno o varios genes de cualquier especie para crear una nueva variedad con rasgos deseados (*Método para obtener un transgénico* que es el tema principal que se aborda en este trabajo).
- *Edición genética*: se logra a través del uso de un sistema enzimático para modificar el ADN directamente dentro de la célula.

A lo anterior, dentro de este capítulo se abordará la información del desarrollo de transgénicos a nivel técnico y como a nivel internacional esto se ha desarrollado, con la finalidad de tener una mejor visión de estos OGMs, información que pueda ser utilizada como apoyo para la toma de decisiones y garantizar con ello una mayor transparencia y control social, principalmente, sobre el cultivo del maíz transgénico en México.

## OBJETIVO

Recopilar información relacionada a OGMs con principal énfasis en organismos transgénicos, para brindar información sobre los marcos éticos internacionales que se han implementado en el caso del uso e implementación del maíz transgénico como referencia para México.

## DESARROLLO

### I. ¿Qué es un organismo transgénico?

Los organismos transgénicos se pueden obtener a partir de tres tipos de organismos como son: animales, microorganismos y plantas, como lo describe Francisco Bolívar Zapata en el libro “Transgénicos: Grandes Beneficios, Ausencia de Daños y Mitos” publicado en 2017 (Bolivar, 2017). Y, aunque los tres tipos que se desarrollan en la actualidad son importantes, en este trabajo sólo se hablará de organismos transgénicos de plantas, con mayor énfasis hacia plantas el maíz.

Ahora bien, ya se ha definido que es un organismo transgénico, ahora trataremos de dar los principios sobre la definición de un evento transgénico<sup>12</sup> que es; *“una planta transgénica... cuyo ADN es modificado usando técnicas de ingeniería genética. La modificación se hace con el propósito de insertar una combinación de genes en una planta para hacerla más útil y productiva”* (Jhansi y Usha, 2013). Todas las

---

12 En este trabajo se usa la definición de planta transgénica principalmente para el maíz, pero aplica a todo evento transgénico destinado a la agricultura. Se puede aplicar esta definición a las 32 variedades transgénicos y sus diversos eventos genéticamente modificados registrados en la International Service for the Acquisition of Agri-biotech Applications (ISAAA, 2020). <http://www.isaaa.org/gmapprovaldatabase/advsearch/default.asp?CropID=Any&TraitTypeID=Any&DeveloperID=Any&CountryID=Any&ApprovalTypeID=Any>

combinaciones de genes utilizadas para modificar una planta en laboratorio varían en propósito. La utilidad y productividad que se busca con la modificación puede tener la intención de generar en la planta características específicas que diferencia a cada planta transgénica. Así la planta genéticamente modificada es única, y la forma correcta de llamarlas es *evento transgénico*. Pero, ¿qué es un evento transgénico?. La fundación ChileBio, dedicada a informar y educar sobre cuestiones de biotecnología agrícola define a un evento transgénico como: “Un evento -transgénico- es una recombinación o inserción particular de ADN ocurrida en el genoma de una célula vegetal a partir de la cual se originó la planta transgénica. Los eventos de transformación son únicos, y difieren en los elementos y genes insertados, los sitios de inserción en el genoma de la planta, el número de copias del inserto, los patrones y niveles de expresión de las proteínas de interés, etc.” (ChileBio, 2018).

A su vez, para la modificación genética en plantas, se cuenta con varios métodos para lograr el objetivo deseado, el principio de todos estos métodos es introducir una secuencia de ADN en el organismo deseado y estos métodos son considerados como directos e indirectos. En el caso de los métodos directos, podemos mencionar aquellas metodologías basadas en: liposomas, biobalística, electroporación, sonicación, protoplastos, microinyección y transformación mediada por láser. Entre los métodos indirectos de modificación genética se encuentran: transformación con el plásmido Ti de *Agrobacterium tumefaciens*, transformación con el plásmido Ri de *Agrobacterium rhizogenes*, vectores virales y vectores transposones (Granados y Chaparro, 2018).

## II. Una visión general a eventos transgénicos desarrollados

Jhansi y Usha (2013), analizan los diferentes eventos transgénicos desarrollados y los ubican en cinco grupos:

- *Resistencia a herbicidas*: Plantas resistentes a herbicidas, como por ejemplo plantas con resistencia al glifosato, que es un ingrediente activo de muchos herbicidas de amplio espectro.

- *Resistentes a insecticidas: Bacillus thuringiensis* es una bacteria patogénica para ciertas plagas de insectos, sus efectos letales son mediados por una toxina proteica que la bacteria produce. A través de los métodos de recombinación de ADN, el gen tóxico de la bacteria *Bacillus thuringiensis* puede ser introducido directamente en el genoma de la planta, donde dicha toxina se expresa y provee protección a la planta contra plagas de insectos.
- *Plantas resistentes a virus*: son generadas mediante la inserción de genes relacionados con la expresión genética de proteínas de virus como son aquella correspondiente a la capa viral, proporcionando su presencia la resistencia a virus, como es el caso de resistencia al virus del mosaico del tabaco (VMT) en plantas de tomate y tabaco, o las plantas de papa que mediante esta estrategia pueden ser resistentes al virus de la papa.
- *Plantas resistentes a plagas*: Las plantas transgénicas de este tipo presentan una resistencia específica a una plaga que claramente presentan un beneficio para el agricultor. Por ejemplo, la papaya ha sido generada para obtener resistencia al virus responsable de la enfermedad de la mancha en el anillo de la papaya, estas plantas han sido comercializadas y cultivadas en Hawái desde 1996, el desarrollo de dicha planta además se considera su desarrollo como beneficio al medio ambiente, esto debido a la reducción en el uso de pesticidas. Los cultivos transgénicos, que contienen genes de la bacteria *Bacillus thuringiensis* proporcionan resistencia a insectos, por ejemplo, han permitido de manera significativa el reducir la cantidad de insecticida que se aplica sobre el algodón en cultivos de los EE. UU. A pesar de su efectividad, llegan a un punto en donde las poblaciones de plagas y enfermedades pueden adaptarse fácilmente al pesticida y volverse resistentes.
- *Beneficios nutricionales*: En el arroz transgénico, se han introducido tres genes: dos de narcisos y uno de microorganismos, con la finalidad de incrementar la producción de betacaroteno,

precursor de la vitamina A, incrementando la producción de esta vitamina, como característica distintiva, estas plantas presentan semillas de color amarillo. Estas plantas han solventado la deficiencia de vitamina A que provoca parcial o totalmente ceguera principalmente en niños.

Una vez aclarado lo qué es un transgénico, es pertinente describir la variedad de desarrolladores de eventos transgénicos que han registrado a estos eventos ante un organismo internacional, como lo es ISAAA, que se encarga de administrar información sobre el uso y características de los OGMs de uso agrícola. Dentro de los archivos digitales de la ISAAA se pueden encontrar que, hasta el momento, están registrados 65 organismos tanto públicos como privados que son artífices de diversos eventos transgénicos, pero también se encuentran eventos transgénicos desarrollados entre instituciones públicas y privadas o eventos transgénicos creados por organismos públicos libres de derechos para su replicación y producción para el sector agrícola (ISAAA, 2020b).

En el caso de los eventos transgénicos de maíz -aunque también se mencionan otros más- es posible encontrar en la *International Service for the Agri-Biotech Applications* (ISAAA) que existen 238 eventos de maíz genéticamente modificados registrados ante este organismo internacional (ISAAA, 2020a). Algunos de estos eventos están diseñados para resistir la aplicación de herbicidas, otros para producir su propio control biológico contra amenazas externas (plagas e insectos) sin necesidad de aplicar algún pesticida, algunos más tienen la capacidad de desarrollarse en situaciones de estrés (poca agua, calor o frío extremo), otros eventos de maíz tienen la capacidad de producir mayor número de vitaminas y minerales, y existen otras muchas más características que se desarrollan en la actualidad. Es posible ver que, en cuestión del maíz, existe gran variedad de eventos que, todos y cada uno de ellos, los hacen diferentes entre sí.

### III. El maíz transgénico un dilema científico, social y político-económico

A nivel agrícola, México carece de la capacidad de producir suficiente maíz y abastecer la demanda interna de su población. Un ejemplo, es el encontrado en el Atlas Alimentario del año 2019, publicado por el Gobierno Federal, este menciona que durante el 2018 el maíz amarillo importado al país fue del 90% del total consumido (SIAP, 2019). Otro dato importante es que el 99% del maíz amarillo y blanco importado a México proviene de los Estados Unidos de Norte América (SAGARPA, 2017). Cabe agregar, que Estados Unidos es el país en primer lugar relacionado con la producción de maíz a nivel mundial y el mayor productor de alimentos genéticamente modificados en el mundo, siendo México uno de sus principales clientes (USDA, 2019; Agriculturers, 2017; ISAAA, 2018).

Es de recalcar, que el problema aparte de afectar a la soberanía alimentaria que el Estado mexicano busca solucionar (Secretaría de Bienestar, 2019), es que en nuestro país existe una moratoria<sup>13</sup> que impide programas piloto, de experimentación y producción de maíz genéticamente modificado (Tourliere, 2015; AM, 2017). Una consecuencia de esta moratoria es que impide que las instituciones públicas mexicanas junto con los científicos que laboran en ellas puedan desarrollar técnicas de ingeniería genética como un instrumento que permita resolver problemas específicos del sector agrícola, y que se resume, principalmente, en la insuficiencia de producción de maíz, producto importante para México. Instituciones como la Universidad de Chapingo (en Puebla), el Centro de Investigación y Estudios Avanzados del IPN (CINVESTAV-IPN), el Centro Internacional de Mejoramiento de Maíz y Trigo (CIMMYT), entre otras instituciones, no pueden o les es muy complicado generar avances relacionados a la producción de

---

13 Moratoria: La espera concedida por la ley para que el contribuyente que es deudor de un tributo se adhiera a un plan de pago a fin de regularizar la deuda (Diccionario Ruy Díaz de Ciencias Jurídicas y Sociales. p. 56)

eventos de maíz genéticamente modificados para ser producidos en el país. Existen corporaciones privadas que desarrollan, con la intención de poner en el mercado sus eventos de maíz transgénico, y que no son las únicas en desarrollar estos alimentos, ni son las únicas opciones existentes para el campo mexicano como muchos sectores civiles, políticos u organizaciones no gubernamentales argumentan.

Así las tesis de los sectores renuentes a la producción de alimentos genéticamente modificados (incluido el maíz como OGM), puede ser que aún no contemplan que llevan más de 35 años siendo utilizados sin causar daños al medio ambiente, la salud y la biodiversidad (Bolívar, 2017). En México existe un precedente de más de 20 años consumiendo alimentos derivados de esta tecnología, entre ellos el maíz (Bolívar, 2017; CONACyT, 2022).

Muchos de los argumentos, mencionan sobre las corporaciones transnacionales desarrolladoras de OGMs que quieren controlar la producción mundial de alimentos, pero sesgan la argumentación menospreciando el papel de las instituciones públicas que tienen el compromiso de mejorar la situación del sector agrícola, y gran cantidad de estos argumentos han logrado que se prohíba la producción de este maíz transgénico argumentado la necesidad de protección (Aranda, 2017). Estos argumentos se merman si se voltea y da importancia a la existencia de instituciones públicas que desarrollan maíz – y otros eventos de OGM que, por el origen de sus recursos, tienen la finalidad de producir bienes públicos. En el mismo sentido los argumentos en contra de esta tecnología de modificación genética en alimentos mencionan que las corporaciones tienen como objetivo solo las ganancias económicas (Greenpeace, 2017; Amigos de la Tierra, 2016). Esto muestra carencia de una visión más amplia del fenómeno, la reducción del fenómeno mismo a una visión sesgada, ya que existen eventos de semillas genéticamente modificadas que son públicas y libres para todo aquel que desee utilizarlas, sea privado o público. Los argumentos en contra de los transgénicos son emitidos por quienes son incapaces de ver que existen modelos de producción de alimentos genéticamente modificados desarrollados

por organismos públicos. Cuba es un caso ejemplar, este país cuenta con el Centro de Ingeniería Genética y Biotecnología (CIGB). Esta institución pública desarrolla variedades de eventos transgénicos con la intención de mejorar la situación del campo cubano (CIGB, 2021). El CIGB tiene como slogan “Biotecnología Cubana al Servicio de la Salud del Pueblo” y cabe mencionar que el modelo económico cubano, y por tanto el de producción de OGMs de esta institución, no se encuentra dentro de un modelo neoliberal y capitalista como tanto se argumenta que la tecnología transgénica tiene su génesis y sustento en el modelo de producción. Pero, en Cuba se desarrollan cada vez más eventos de alimentos genéticamente modificados que atienden a las necesidades de su nación; nación donde empresas transnacionales productoras de transgénicos no llegan, esto debido principalmente al bloqueo económico que USA hizo a este país desde 1962 (Novoa, 2022). El ser incapaz de notar que la tecnología transgénica no pertenece sólo a las transnacionales y menospreciar modelos públicos de producción de OGMs se muestra un estado de desinformación y denota un interés personal por denostar esta tecnología, y no un compromiso social y crítico sobre la misma, ya que argumentar de tal forma sesga la discusión sobre la pertinencia y posibilidades de adopción de este método de producción agrícola.

Impedir que una forma más de producción de alimentos esté disponible en el campo mexicano, hace desperdiciar y menospreciar recursos por parte de las instituciones públicas que, a pesar de su compromiso avanzan en la investigación de OGMs de maíz y otros eventos más. Por ello es irónico que se impida el uso de estos productos para la producción en el campo sin impedir su consumo. En caso de que continúen las moratorias que impiden la producción, experimentación y programas piloto en cuestión de maíz genéticamente modificado, se estará negando una opción más para cultivar este grano dentro del territorio mexicano, y por tanto, se perpetuaría su consumo al ser importado, pero prohibiendo su producción. Esto puede perpetuar la dependencia del país hacia el maíz importado y genéticamente modificado. El modelo

de producción transgénico no es “la solución”, sino una opción más que puede coexistir con otros modelos de producción agrícola, que tiene la ventaja de atender a los problemas específicos surgidos en cada región del país (ChileBio, 2011). De igual forma, la investigación encaminada a la producción de maíz como OGM, permitirá el aprovechamiento de nuestras instituciones públicas y el desarrollo de los científicos que las integran, y que se dedican a la investigación de OGMs con el objetivo de atender los problemas de insuficiencia de maíz en México.

El caso cubano es de atención, ya que si se deja de lado el discurso que acusa a los OGMs de ser un instrumento de expansión de las corporaciones transnacionales y de dominación global que mencionan que estamos “siendo sujetos de una experimentación global sin controles” (Rejón, 2014), hace necesario ver la tecnología transgénica como un instrumento más para el sector agrícola que puede ser público, y no propiedad de unos cuantos. Cuba pone el ejemplo.

#### **IV. Perspectiva internacional en la producción de transgénicos**

Las políticas públicas y los motivos para el desarrollo y producción de OGMs son diferentes en cada país y se justifican de diversas formas. Por ello se enfatiza en que un transgénico no puede ser generalizado; como se explicó anteriormente. La variedad de eventos transgénicos es muy amplia, y por tal motivo en la opinión pública y en algunos marcos legales es necesario abordar a los transgénicos desde cada variedad y no generalizar, para evitar errores y argumentos poco críticos. Por eso, el caso mexicano es especial ya que cuenta con una moratoria desde el 2013, esta moratoria impide la producción de maíz genéticamente modificado, pero no prohíbe su consumo.

Tomar ejemplo de los motivos que llevaron a algunos países a la adopción y producción de OGMs puede dar claridad para entender que estos atienden a necesidades específicas y deseadas por cada desarrollador y cada nación. Y las necesidades y decisiones específicas atienden a intereses privados o públicos independientemente de la tecnología transgénica

que sólo es un instrumento, más para el sector agrícola y no un aparato de dominación de corporaciones internacionales como Monsanto.

A continuación, se presentan unos ejemplos que, aparte del caso cubano, buscan demostrar que la tecnología transgénica puede ser funcional para el sector agrícola independientemente de la ideología del Estado, y de intereses privados o públicos.

- *En Argentina:* El caso argentino es peculiar ya que el desarrollo de un marco regulatorio de OGMs precede a la adopción de esta tecnología. La nación argentina desarrolló un marco regulatorio con la intención de aprovechar lo que esta tecnología ofrece, y fue desde el año 1991 que comenzó con dicha tarea. El desarrollo de su marco regulatorio en materia de organismos genéticamente modificados está focalizado en los riesgos, la gestión, el monitoreo, la comunicación, ensayos experimentales y la producción de semillas transgénicas. Este interés agrícola en los OGMs está plasmado en la resolución 736/11 del Ministerio de Agricultura, Ganadería y Pesca (MAGP, 2011).

Actualmente, los OGMs producidos y cultivados en Argentina son cinco: 1) soya; 2) maíz; 3) papa; 4) alfalfa y 5) algodón. Las principales razones para determinar si se produce un evento transgénico en tierras argentinas son el análisis caso por caso, la metodología usada en el desarrollo del evento, similaridad con su homólogo convencional y orgánico, así como la familiaridad con el alimento que se compara y la historia de uso seguro del OGM a producir. Con estos criterios este país tiene hasta el momento 78 eventos de productos genéticamente modificados permitidos en su territorio (ISAAA, 2020c; MAGP, 2011).

Argentina es uno de los primeros productores de soya a nivel mundial y su producción equivale a 2,82 millones de USD por la soya, 9,15 millones de USD por harina de soya y 3,88 millones de USD por aceite de soya. La soya y los productos que se obtienen de esta leguminosa en argentina representan el 25,4%

de los ingresos producidos en todo el sector agrícola de este país (OEC, 2017; 2017a). Así, con la adopción de la tecnología transgénica en Argentina, se han llegado a posicionar entre los primeros 5 mayores productores de soya y de OGM a nivel mundial (Diaonglay, C. 2022).

Lo anterior no busca justificar el uso de OGMs sólo por relevancia económica, sino que también intenta mostrar que este país sudamericano, al apostar por los cultivos genéticamente modificados y desarrollando la primera ley de bioseguridad, en materia de OGMs, se convierte en un ejemplo de éxito y responsabilidad en el sector agrícola, ya que ha invertido tiempo y recursos encaminados en resolver los problemas surgidos en su sector agrícola (Mulet, 2017).

- *En China:* China es un caso especial y paradigmático en relación al desarrollo y producción de alimentos genéticamente modificados. El país asiático hace unos cuantos años apostó por la biotecnología y en dicha apuesta está involucrada la modificación genética destinada al sector agrícola. La principal institución en China dedicada a la biotecnología es la National Chemical Corporation, también conocida como ChemChina, que en 2017 se fusionó con Sinochem con la intención de crear la institución más grande a nivel mundial de productos químicos (Expansión, 2017; Ginebra, 2017). Es de notar que, aparte de la fusión mencionada, ChemChina y Sinochem también se fusionan con la transnacional Syngenta que tiene un gran historial en el desarrollo de OGMs destinado al sector agrícola (Syngenta, 2017). Esta gran transnacional -Syngenta- se afianza en el año 2000 como una de las empresas más grandes, la cual fue dedicada a los agonegocios en el mundo (Syngenta, 2022). Lo más relevante y que merece atención es que ChemChina es una institución pública y no un conglomerado privado que compra una institución privada. Otro ejemplo de que los OGMs no son solo desarrollados por empresas privadas deseosas de ganancias económicas, sino

que el país más poblado del mundo demuestra y apuesta con financiamiento estatal al desarrollo de biotecnología agrícola comprando corporaciones privadas con dinero público.

El caso chino no termina con la fusión de sus empresas estatales, actualmente logra ser la empresa química más grande a nivel mundial. La situación del país asiático es peculiar, ya que el hecho de que el Gobierno chino, con dinero público, y proclama la posibilidad de adquirir a la empresa trasnacional privada Syngenta por 43,000 millones de dólares en el 2016 (Forbes, 2016), hace pensar que la biotecnología agrícola no es de interés exclusivo del sector privado. Agregado a la situación, la compra de Syngenta no ha sido la única del gobierno del país asiático que demuestra su inclinación por los OGMs del ramo agrícola. El Estado Chino apostó también por invertir en la empresa Adama (Infocampo, 2016; Birkett, 2016), empresa dedicada al desarrollo de OGMs para el sector agrícola y con presencia en varios países del mundo.

Por los motivos mencionados, el caso chino merece atención, ya que presenta situaciones que en nuestra sociedad son muy poco comentadas, pero sobre todo poco argumentadas para refutar los razonamientos que apelan a que la tecnología de OGMs dedicada al sector agrícola, sea un instrumento del capital para el control de la producción de alimentos. Existen naciones que apuestan a esta tecnología para mejorar y/o tener otro método más de producción de alimentos dentro de su territorio, sin recurrir al sector privado, de tal forma que puede ser más sencillo si es controlado por el Estado, porque así es posible evitar “que hasta la ciencia misma se pervierte cuando se somete a las leyes del mercado, pues al subordinarse a la lógica de la ganancia económica (la de las grandes corporaciones), pierde su objetivo básico: la mejora de la calidad de vida de los ciudadanos” (Tamayo, 2010). El desarrollo de OGMs no es exclusivo del sector privado, si se sigue argumentando de tal forma se habla con *sordos y ciegos*.

Es decir, Chemchina y el Estado chino son grandes productores a nivel mundial de OGMs, productores más grandes y poderosos que muchas de las empresas privadas más señaladas por los detractores a la producción de organismos genéticamente modificados dedicados a la alimentación.

En China, actualmente existen 70 eventos de diversos alimentos genéticamente modificados ya aprobados para producción y consumo animal y humano. Estos eventos aprobados en territorio chino han sido desarrollados por instituciones públicas como empresas privadas, en conjunto tanto como individualmente. El país más poblado del mundo apuesta por la biotecnología agrícola, ¿será que quieren competir con monopolios privados o que en los OGMs agrícolas ven un instrumento más para atender necesidades específicas de su sector agrícola?

- *En España:* En este país de la península ibérica se presenta un caso muy peculiar, en esta nación se siembra el mayor territorio de transgénicos en Europa. Alrededor del 95% de estos alimentos genéticamente modificados en Europa tienen como origen España (MITECO, 2018a). Tal cantidad de producción nace de la necesidad de atender, específicamente, problemas ocasionados por plagas en diversos territorios españoles. La siembra de este maíz genéticamente modificado, específicamente el evento MON810<sup>14</sup>, comenzó en 1998 y atendía especialmente a la necesidad del control de la “plaga de taladro” (*Ostrinia nubilalis* y *Sesamia*

---

14 El maíz Bt es comercializado por varias compañías, un ejemplo, entre muchos más, son los eventos pertenecientes a Monsanto (ISAAA, SF). Las variedades de maíz *Bt* o variedades protegidas mediante la tecnología YieldGard, son variedades de maíz mejoradas genéticamente para hacerlas resistentes a la acción de dos especies de oruga barrenadora (*Sesamia nonagrioides* y *Ostrinia nubilalis*) comúnmente conocidas como “taladros”. Es decir, son híbridos de maíz donde se han aplicado precisas técnicas de mejora, para conseguir que la propia planta sea resistente a los daños de los taladros.

*nonagrioides*), ya que esta es la principal amenaza del maíz en España y cuya siembra del evento MON810 ha ido en aumento desde 2003, teniendo éxito en el control de la plaga (MITECO, 2018b).

La necesidad de mejorar la producción de maíz en España se dio a consecuencia de los problemas presentados, como se mencionó, por la plaga “taladro de maíz”. Dicha plaga ha causado muchos daños materiales a los productores de este grano en España, por tal motivo es que en esta nación se inclinó por la producción de maíz *Bt*, obteniendo así buenos resultados en su producción, logrando grandes extensiones de tierra destinadas a su siembra. En el año 2017, se sembraron alrededor de 124,000 hectáreas y en 2018 se sembraron alrededor de 115,000 hectáreas en la nación hispana (Mulet, 2017; MITECO, 2018a). Y si bien en 2019 se sembraron menos hectáreas del evento de maíz MON810, a comparación de los años anteriores, alrededor de 107,000 hectáreas (MITECO, 2019), los beneficios económicos para los productores y consumidores han sido grandes. Desde el año 1998 hasta el año 2015 en España, según la fundación ANTA-MA, se han ahorrado cerca de 193 millones de euros en importaciones de maíz y el principal motivo es la adopción del maíz *Bt* en su territorio (Areal, 2016).

Si bien el evento MON810 es privado, el ejemplo chino y cubano hacen pensar en que es posible que los gobiernos tengan la capacidad de generar eventos de OGMs que atiendan al contexto y necesidades específicas para necesidades claras del sector agrícola. Tales decisiones son motivadas por consecuencia de bloqueos económicos, compra de instituciones privadas por instituciones públicas o por abatir alguna plaga. Todo depende del compromiso de cada Estado, de los científicos, de los ciudadanos, pero sobre todo depende de facilitar información confiable, relevante e interdisciplinaria que genere disposición a la discusión de este tema tan relevante que decide el rumbo de la producción e importación de nuestros alimentos, claro que entre ellos el maíz.

## V. Glosario<sup>15</sup>

Es importante generar un glosario con la información relevante para el análisis de este tópico que vendrá a facilitar el entendimiento y seguimiento de la información para los implicados en este tema.

*Organismo Genéticamente Modificado (OGM)*, Organismo Vivo Modificado (OVM) u Organismo Modificado por Ingeniería Genética (OMIG): "...son aquellas cuyo ADN ha sido modificado mediante técnicas de ingeniería genética. Y se hace con el objetivo de introducir algún rasgo a la planta que de otra forma no ocurriría naturalmente entre las especies. Esta planta contiene un gen o genes que son artificialmente insertados. Y se hace con el propósito de hacer a la planta lo más útil y productiva que sea posible" (Jhansi y Usha, 2013). "Cualquier organismo vivo, con excepción de los seres humanos, que ha adquirido una combinación genética novedosa, generada a través del uso específico de técnicas de la biotecnología moderna que se define en esta Ley, siempre que se utilicen técnicas que se establezcan en esta Ley o en normas oficiales mexicanas que deriven de la misma (LBOGM. Artículo XXI, 2005)..." un transgénico, u Organismo Genéticamente Modificado (OGM), no es más que un organismo vivo cuyo genoma (el ADN que contiene sus células) se ha modificado mediante técnicas de ingeniería genética. Esta modificación puede implicar incorporar material genético de otro organismo (Mullet, 2017).

*Ácido nucleico*: nombre genérico que se aplica indistintamente al ADN o ARN de las dos moléculas informacionales de los seres vivos (Soberón, 2005).

*ADN (ácido desoxirribonucleico)*: molécula que almacena la información genética (Soberón, 2005).

---

15 Es de suma importancia ya que ayuda a entender la diversidad de términos implicados en el desarrollo de OGMs y el sector agrícola, y puede generar la necesidad de no generalizar a los OGMs al hablar de ellos.

*ADN recombinante*: término que se usa en la tecnología aplicada para obtener moléculas de ADN híbridas, por ejemplo, provenientes de diversos seres vivos (Soberón, 2005).

*ARN (ácido ribonucleico)*: molécula que transmite información genética. Además, cumple con funciones estructurales y de acoplamiento en la maquinaria de traducción de la información (Soberón, 2005).

*ARN mensajero*: molécula de ARN, copia de un gene, que lleva la información desde el genoma hasta donde se realiza la traducción (ARNm = Proteína(s)) (Soberón, 2005).

*Biología molecular*: rama de la biología nacida a raíz de la identificación de la naturaleza química (molecular) del material genético. Hoy día, nos referimos a la biología molecular cuando hablamos de estudios o técnicas centradas en los genes y sus productos inmediatos, las proteínas (Soberón, 2005).

*Organismo transgénico*: organismo vivo que contiene algún gene o genes introducidos de manera exógena a su patrimonio genético. Se utiliza especialmente en los casos de plantas y animales (Soberón, 2005).

*Transformación*: procedimiento que permite introducir directamente a células vivas moléculas de ADN. Existen varios procedimientos que pueden lograr este objetivo: tratamiento con calcio, descarga eléctrica, pistolas genéticas, etcétera (Soberón, 2005).

*Agricultura*: La agricultura es una actividad llevada a cabo por el hombre que a través de cultivar la tierra produce alimentos para la población humana (Andersen, 2003).

*Pesticida*: Un pesticida es cualquier sustancia o mezcla de sustancias cuyo objetivo es: Prevenir, destruir, repeler o controlar una plaga. Utilizarlo como regulador de crecimiento de plantas, defoliante o desecante. Utilizarlo como estabilizador de nitrógeno. Los pesticidas se utilizan para controlar diversas plagas y transmisores de enfermedades, como mosquitos, garrapatas, ratas y ratones. Los pesticidas se utilizan en la agricultura para controlar las malezas, la infestación de insectos y las enfermedades (EPA, 2022).

*Fungicida, Larvicida, Herbicida:* Son plaguicidas de origen químico o biológico utilizados en la protección de cultivos. Por ejemplo, un fungicida es un tipo particular de plaguicida que controla enfermedades fúngicas inhibiendo o eliminando al hongo que causa la enfermedad, un larvicida actúa sobre las larvas de insectos impidiendo su desarrollo, un herbicida actúa contra plantas parásitas o plantas consideradas dañinas para el desarrollo de plantas de cultivo (McGrant, 2004).

*Abono o Fertilizante:* La fertilización o abonado consiste en aplicar fertilizantes o elementos nutritivos que necesita la planta, incorporados de forma directa al suelo, o también disueltos en el agua de riego... para cada cultivo y etapa de desarrollo es necesario determinar un plan de fertilización... (Villablanca y Villavicencio, 2017).

*Agricultura Orgánica:* La agricultura orgánica es un sistema de producción que trata de utilizar al máximo los recursos de la finca, dándole énfasis a la fertilidad del suelo y la actividad biológica y al mismo tiempo, a minimizar el uso de los recursos no renovables y no utilizar fertilizantes y plaguicidas sintéticos para proteger el medio ambiente y la salud humana (Wadsworth, 1993).

*Revolución Verde:* En los tres últimos decenios, la productividad de los principales cereales (arroz, trigo y maíz) han aumentado como resultado de la incorporación de los progresos científicos a la fitogenética junto con tecnologías que han permitido aprovechar al máximo el rendimiento potencial de los cultivos, en las condiciones a que están sometidos los agricultores en los países en desarrollo. Estos aumentos son lo que se conoce como revolución verde (FAO, 1996).

*Sector Agrícola:* El sector agrícola es una actividad productora o primaria que obtiene materias primas de origen vegetal a través del cultivo. Se trata de una de las actividades económicas más importantes del medio rural. Junto con el sector ganadero o pecuario, el sector agrícola forma parte del sector agropecuario (Significados, 2022).

*Liberación Experimental OGMs:* “Es la introducción, intencional y permitida en el medio ambiente, de un organismo o combinación de

organismos genéticamente modificados, siempre que hayan sido adoptadas medidas de contención, tales como barreras físicas o una combinación de éstas con barreras químicas o biológicas, para limitar su contacto con la población y el medio ambiente, exclusivamente para fines experimentales, en los términos y condiciones que contenga el permiso respectivo” (LBOGM. Artículo XVII, 2005).

*Programa Piloto OGM:* “Es la introducción intencional y permitida en el medio ambiente, de un organismo o combinación de organismos genéticamente modificados, con o sin medidas de contención, tales como barreras físicas o una combinación de éstas con barreras químicas o biológicas, para limitar su contacto con la población y el medio ambiente, que constituye la etapa previa a la liberación comercial de dicho organismo, dentro de las zonas autorizadas y en los términos y condiciones contenidos en el permiso respectivo” (LBOGM. Artículo XVIII, 2005).

*Liberación Comercial (Producción) de OGMs:* “Es la introducción intencional y permitida en el medioambiente, de un organismo o combinación de organismos genéticamente modificados, sin que hayan sido adoptadas las medidas de contención, tales como barreras físicas o una combinación de éstas con barreras químicas o biológicas, para limitar su contacto con la población y el medio ambiente, que se realiza con fines comerciales, de producción, de biorremediación, industriales y cualesquier otros distintos de la liberación experimental y de la liberación en programa piloto, en los términos y condiciones que contenga el permiso respectivo” (LBOGM. Artículo XVI, 2005).

*Hibridación Agrícola:* “El hombre realiza cruzamientos no solo entre diferentes variedades de una misma especie, sino también interespecíficos (entre especies) e inclusive intergenéricos (entre diferentes géneros). Estos cruzamientos generan híbridos: mezcla entre dos especies o géneros diferentes, pero sexualmente compatibles que da como resultado una descendencia cuya combinación de genes será al azar, diferentes de los progenitores. Esta técnica es una de las que más contribuyó a la diversidad.” (Chilebio, 2015).

*Evento transgénico:* Es la recombinación o inserción particular de ADN ocurrida en una célula vegetal a partir de la cual se originó la planta transgénica, o lo que es lo mismo, la inserción en el genoma vegetal en forma estable y conjunta, de uno o más genes que forman parte de una construcción definida.

## CONCLUSIONES

El conocer el uso y desarrollo de transgénicos a nivel internacional determina la información necesaria y explicaciones relevantes para la toma de decisiones en el cultivo de maíz transgénico a nivel nacional.

La toma de decisiones no debe limitarse con las observaciones de un pequeño grupo de expertos, debe apoyarse con modelos de gobernanza participativa, que permitan a la ciudadanía involucrarse en el desarrollo agrícola del país y su soberanía alimentaria en el uso y manejo del cultivo del maíz desde el punto de vista científico sobre los OGMs.

Adherir un glosario con términos relacionados con los transgénicos u OGMs se vuelve relevante, ya que conocer los conceptos y su significado mejorará la comprensión de este tipo de alimentos y los fenómenos implicados en su producción. Aunque algunos términos son complejos, ello aclara que el tema no es sencillo de comprender y merece más que opiniones, atender a necesidades concretas sin creer que todos los eventos OGMs son iguales.

## BIBLIOGRAFÍA

- Agriculturers. (2017). Los Mayores Productores de Maíz, Encuentra tu País. Agriculturers. Recuperado de: <http://agriculturers.com/los-mayores-productores-de-maiz-encuentra-tu-pais/>
- AM. (2017). Rechaza Suprema Corte Revisión a Maíz Transgénico. AM. Recuperado de: <https://www.am.com.mx/noticias/Rechaza-Suprema-Corte-revision-a-maiz-transgenico-20170511-0053.html>

- Amigos de la Tierra. (2006). ¿Quién se beneficia con los cultivos transgénicos? Monsanto y la revolución agro-empresarial de los cultivos transgénicos. Amigos de la Tierra. Recuperado de: <https://www.tierra.org/quien-se-beneficia-con-los-cultivos-transgenicos-monsanto-y-la-revolucion-agro-empresarial-de-los-cultivos-transgenicos/>
- Andersen, M. (2003). ¿Es la Certificación Algo para Mí?: Una Guía Práctica sobre por qué, cómo y con Quién Certificar Productos Agrícolas para la Exportación. FAO. San José C.R.
- Aranda, D. (2017). *Cuando Monsanto se Hizo Humo*. Pagina12. Recuperado el 28 de noviembre del 2022 de <https://www.pagina12.com.ar/4295-cuando-monsanto-se-hizo-humo>
- Areal, F. (2016). *Cultivo de maíz Bt ha permitido a España el ahorro de 193 millones de euros en importaciones de maíz desde 1998*. Fundación Antama. Recuperado el 28 de noviembre del 2022 de <http://fundacion-antama.org/cultivo-de-maiz-bt-ha-permitido-a-espana-el-ahorro-de-193-millones-de-euros-en-importaciones-de-maiz-desde-1998/>
- Birkett, R. (2016). ChemChina to fully acquire Adama. Agrow Agribusiness. Recuperado de: <https://agrow.agribusinessintelligence.informa.com/AG024851/ChemChina-to-fully-acquire-Adama>
- Bolívar, F (Coord.). (2017). *Transgénicos: Ausencia de Daños, Grandes Beneficios*. Academia Mexicana de Ciencias A.C. Ciudad de México.
- CIGB, Centro de Ingeniería Genética y Biotecnología. (2021). Centro de Ingeniería Genética y Biotecnología. Recuperado el 28 de noviembre del 2022 de <https://www.cigb.edu.cu/research/biotecnologia-de-las-plantas-2/>.
- Cofepris. (2017). *Organismos Genéticamente Modificados*. Recuperado el 28 de noviembre del 2022 de <https://www.gob.mx/cofepris/acciones-y-programas/organismos-geneticamente-modificados>
- CONACYT SF. (2022). *Preguntas Frecuentes*. Conacyt. Recuperado el 28 de noviembre del 2022 de <https://www.conacyt.gob.mx/cibiogem/index.php/cibiogem/preguntas-frecuentes>
- ChileBio. (2011). Trece años de coexistencia exitosa entre cultivos transgénicos y cultivos orgánicos en España. ChileBio. Recuperado de: <https://www.chilebio.cl/2011/04/28/trece-anos-de-coexistencia-exitosa-entre-cultivos-transgenicos-y-cultivos-organicos-en-espana/>

- ChileBio. (2018). Técnicas de Modificación Genética de Cultivos. Recuperado de: <https://www.chilebio.cl/wp-content/uploads/2016/11/T%C3%A9cnicas-de-Modificaci%C3%B3n-Gen%C3%A9tica-de-Cultivos.jpg>
- Diaonglay, C. (2020). *Top 5 Biotech Crops Occupy 99% of Global Biotech Crop Area*. ISAAA. Recuperado el 28 de noviembre del 2022 de <https://www.isaaa.org/blog/entry/default.asp?BlogDate=6/10/2020>.
- EPA, Environmental Protection Agency. (2022). *¿Qué es un Pesticida?*. EPA United States. Recuperado el 28 de noviembre del 2022 de <https://espanol.epa.gov/espanol/informacion-basica-sobre-pesticidas#pesticida>.
- Expansión. (2017). ChemChina y Sinochem planean su fusión para crear el mayor grupo químico del mundo. Expansión. Recuperado de: <https://www.expansion.com/empresas/industria/2017/05/08/59108c04268e3e15098b460e.html>.
- FAO, Food and Agriculture Organization. (1996). Enseñanzas de la revolución verde. Hacia una nueva revolución verde. FAO. Recuperado de: <http://www.fao.org/3/W2612S/w2612s06.htm>
- Forbes. (2016). China acuerda compra de Syngenta por 43,000 mdd. Forbes México. Recuperado de: <https://www.forbes.com.mx/china-acuerda-compra-de-syngenta-por-43000-mdd/>
- Ginebra, X. (2017). *La concentración ChemChina-Syngenta*. El Economista. Recuperado el 28 de noviembre del 2022 de <https://www.economista.com.mx/opinion/La-concentracion-ChemChina-Syngenta-20170428-0004.html>.
- Granados, C & Chaparro, A. (2012). Métodos de Transformación Genética de Plantas. *Revista U.D.C.A Actualidad & Divulgación Científica*, vol. 15, (no. 1), pp. 49 – 61.
- Greenpeace. (2017). *Las Intenciones de Monsanto*. Greenpeace. Recuperado el 28 de noviembre del 2022 de <https://www.greenpeace.org/archive-mexico/es/Campanas/Agricultura—sustentable—y-transgenicos/Transgenicos-ni-maiz/Monsanto-en-el-mundo/>
- Infocampo. (2016). ChemChina compró Adama Agricultural Solutions. Infocampo. Recuperado de: <https://www.infocampo.com.ar/chemchina-compro-adama-agricultural-solutions/>
- ISAAA, International Service for the Acquisition of Agri-biotech Applications. (2018). *Where are Biotech Crops Grown in the World?*. ISAAA. Recuperado el 28 de noviembre del 2022 de <https://www.isaaa.org/resources/infographics/wherearebiotechcropsgrown/2019%20Where%20Are%20Biotech%20Crops%20Grown%20in%20the%20World.pdf>

- \_\_\_\_\_, International Service for the Acquisition of Agri-biotech Applications. (2020a). GM Developers List. ISAAA. Recuperado de: [www.isaaa.org/gmapprovaldatabase/developerlist/default.asp](http://www.isaaa.org/gmapprovaldatabase/developerlist/default.asp)
- \_\_\_\_\_, International Service for the Acquisition of Agri-biotech Applications. (2020b). Maize (*Zea mays L.*) GM Events (238 Events). ISAAA. Recuperado de: [www.isaaa.org/gmapprovaldatabase/crop/default.asp?CropID=6&Crop=Maize](http://www.isaaa.org/gmapprovaldatabase/crop/default.asp?CropID=6&Crop=Maize)
- \_\_\_\_\_, International Service for the Acquisition of Agri-biotech Applications. (2020c). GM Crop Events Approved in Argentina. ISAAA. Recuperado de: <http://www.isaaa.org/gmapprovaldatabase/approveeventsin/default.asp?CountryID=AR&Country=Argentina>
- Jhansi, S., Usha, R. (2013). Transgenic plants: Types, benefits, public concerns and future. *Journal of Pharmacy Research*, 6: 879-883.
- LBOGM , Ley de Bioseguridad de Organismos Genéticamente Modificados. (2005). Le y de Bioseguridad de Organismos Genéticamente Modificados. Diario Oficial de la Federación.
- MAGP, Ministerio de Agricultura, Ganadería y Pesca. (2011). Resolución 763/2011. Establécense los lineamientos de las actividades que involucren Organismos Genéticamente Modificados (OGM). MAGP. Recuperado de: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/185000-189999/185806/norma.htm>
- McGrath, M.T. (2004). ¿Qué son los fungicidas? Trans. Luisa Santamaria, José Carlos Ureta R., 2014. *The Plant Health Instructor*. DOI: 10.1094/PHI-I-2004-0825-01
- MITECO, Ministerio de Agricultura, Alimentación y Medio Ambiente. (2018a). Estimación de la Superficie Total de Variedades OMG Cultivadas en España. MITECO. Recuperado de: [https://www.miteco.gob.es/es/calidad-y-evaluacion-ambiental/temas/biotecnologia/2018\\_tcm30-483486.pdf](https://www.miteco.gob.es/es/calidad-y-evaluacion-ambiental/temas/biotecnologia/2018_tcm30-483486.pdf)
- \_\_\_\_\_, Ministerio de Agricultura, Alimentación y Medio Ambiente. (2018b). El Cultivo de Maíz Genéticamente Modificado en España. MITECO. Recuperado el 28 de noviembre del 2022 de [https://www.miteco.gob.es/es/calidad-y-evaluacion-ambiental/temas/biotecnologia/2018\\_tcm30-483486.pdf](https://www.miteco.gob.es/es/calidad-y-evaluacion-ambiental/temas/biotecnologia/2018_tcm30-483486.pdf).
- \_\_\_\_\_, Ministerio de Agricultura, Alimentación y Medio Ambiente. (2019). Estimación de la Superficie Total de Variedades OMG Cultivadas en España. MITECO. Recuperado de: [https://www.miteco.gob.es/es/calidad-y-evaluacion-ambiental/temas/biotecnologia/2019\\_tcm30-503532.pdf](https://www.miteco.gob.es/es/calidad-y-evaluacion-ambiental/temas/biotecnologia/2019_tcm30-503532.pdf)

- Mullet, J.M. (2017). Transgénicos sin miedo: todo o que necesita saber de ellos de mano de la ciencia. Destino. España.
- Novoa G.A. (2022). Agricultura agroecológica, seguridad y soberanía alimentaria. *Estudios del Desarrollo Social* [online]. Revista Estudios del Desarrollo Social: Cuba y América Latina. 10(1):e1.
- OECD, The Observatory of Economic Complexity. (2017a). Argentina. OECD. Recuperado de: <https://oec.world/en/profile/country/arg/>
- \_\_\_\_\_, The Observatory of Economic Complexity. (2017b). What Does Argentina Export?. OECD. Recuperado el 28 de noviembre del 2022 de [https://oec.world/en/visualize/tree\\_map/hsg2/export/arg/all/show/2017/](https://oec.world/en/visualize/tree_map/hsg2/export/arg/all/show/2017/)
- Rejón, R. (2014). Los Transgénicos son una Bomba atómica con Vida Propia. elDiario.es. Recuperado de: [https://www.eldiario.es/sociedad/transgenicos-cientifica-critica-Alvarez-Buylla\\_o\\_263173824.html](https://www.eldiario.es/sociedad/transgenicos-cientifica-critica-Alvarez-Buylla_o_263173824.html)
- SAGARPA, Secretaria de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación. (2017). Planeación Agrícola Nacional 2017-2030. SAGARPA. Recuperado de: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/256429/B\\_sico-Ma\\_z\\_Grano\\_Blanco\\_y\\_Amarillo.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/256429/B_sico-Ma_z_Grano_Blanco_y_Amarillo.pdf)
- Secretaría de Bienestar. (2019). En Busca de una Soberanía Alimentaria. Secretaría de Bienestar. Recuperado de: <https://www.gob.mx/bienestar/articulos/en-busca-de-una-soberania-alimentaria>
- SIAP, Servicio de Información Agroalimentaria y Pecuaria. (2019). Panorama Agroalimentario 2019. SIAP. Recuperado de: [https://nube.siap.gob.mx/gob-mx\\_publicaciones\\_siap/pag/2019/Atlas-Agroalimentario-2019](https://nube.siap.gob.mx/gob-mx_publicaciones_siap/pag/2019/Atlas-Agroalimentario-2019)
- Significados. (2022). *Significado de agrícola*. Significados. Recuperado el 28 de noviembre del 2022 de <https://www.significados.com/agricola/>.
- Soberón, F. (2005). La ingeniería genética, la nueva biotecnología y la ingeniería genómica. FCE. México
- Syngenta. (2017). Acquisition of Syngenta by ChemChina approved by Chinese competition authority. Recuperado el 28 de noviembre del 2022 de <https://www.syngenta.com/en/company/media/syngenta-news/year/2017/acquisition-syngenta-chemchina-approved-chinese-competition>
- Syngenta, S.F. (2022). *Nuestra Historia*. Syngenta. Recuperado el 28 de noviembre del 2022 de <https://www.syngenta.com.mx/nuestra-historia>

- Tamayo, L. (2010). Ecosofía: Por un México Libre de Transgénicos. Vamos a Acabar con el Maíz Transgénico. Recuperado de: <https://nomaiztransgenico.blogspot.com/2010/10/ecosofia-por-un-mexico-libre-de.html>
- Tourliere, M. (2015). *Maíz transgénico: su invasión detenida tras 93 impugnaciones y 22 amparos*. Revista Proceso. Recuperado el 27 de noviembre del 2022 de <https://www.proceso.com.mx/reportajes/2015/7/8/maiz-transgenico-su-invasion-detenido-tras-93-impugnaciones-22-amparos-149488.html>.
- USDA, United States Department of Agriculture. (2019). Crop Production. USDA. Recuperado de: <https://downloads.usda.library.cornell.edu/usdaemis/files/tm70mv177/fi881t954/v118rn70j/crop0419.pdf>
- Villablanca, A y Villavicencio, A. (2017), Los Fertilizantes en la agricultura. Agricultureros. Recuperado de: <http://agricultureros.com/los-fertilizantes-en-la-agricultura/>
- Wadsworth, J. (1993). Análisis de sistemas de producción animal. Tomo 1: Las bases conceptuales. FAO. Roma.

## *Capítulo 10*

# **Dilemas éticos en el cuidado transnacional de personas dependientes: una revisión de la literatura**

María Guadalupe Ramírez-Contreras

## **INTRODUCCIÓN**

La propuesta de Fisher y Tronto (1990) para conceptualizar el cuidado a los dependientes consiste en considerar que éste incluye todo lo que se hace para mantener, continuar y reparar el mundo, de manera que se pueda vivir en él tan bien como sea posible. Ese mundo incluye los cuerpos, el ser, el ambiente, y todo lo que se busca para entretener una compleja red de sostenimiento de la vida. A partir de dicha conceptualización se puede afirmar que mientras se satisfagan las necesidades del dependiente se le está cuidando.

Con base en lo anterior, el cuidado transnacional dirigido a las personas dependientes, ya sean niños, adultos mayores, personas quienes padecen una enfermedad crónica o alguna discapacidad, es aquel cuidado que se otorga en contextos de migración internacional y presenta múltiples manifestaciones a nivel de apoyo emocional, práctico o económico. El cuidado transnacional tiene lugar cuando los migrantes de la familia se involucran a la par de los familiares no migrantes e incluye actividades relacionadas con el mantenimiento del hogar de la persona receptora del cuidado, con el pago de servicios, los traslados o movilizaciones para la atención médica, la compra de insumos, el aseo personal, la alimentación, las actividades de esparcimiento y en general en la atención de sus enfermedades o discapacidades mediante el monitoreo

o control de éstas o en la generación de espacios adecuados para mitigarlas y en el apego a los regímenes terapéuticos, por citar algunas.

Las necesidades de cuidado de cada persona, además, están íntimamente ligadas con su nivel de dependencia, según la OMS (2020) la dependencia es un evento que ocurre cuando la capacidad funcional o intrínseca ha disminuido hasta un punto en que la persona ya no puede realizar las tareas básicas de la vida diaria por sí misma.

Para Barthel & Mahoney (1965) la dependencia es la incapacidad funcional en relación con las actividades de la vida diaria.

El Comité de Ministros del Consejo de Europa (1998) describen la dependencia como el estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria.

En la compleja tarea de garantizar el cuidado a sus dependientes y en un mundo cada vez más globalizado, las familias recurren a diversas estrategias para satisfacer las necesidades de cuidado, en contextos transnacionales, específicamente en países con alta recepción de migrantes, por ejemplo suelen contratar a personas externas a la familia para cuidar a sus dependientes y las mujeres migrantes se incorporan al trabajo formal en los cuidados para enviar dinero a sus países de origen, garantizando a su vez el cuidado de sus dependientes; generándose así las denominadas cadenas globales de cuidado. Dichas cadenas son un fenómeno que se integra a la discusión en torno al estudio del cuidado y la migración y ha sido objeto de análisis éticos desde que Hochschild (2000) las define como cadenas de dimensiones transnacionales que se conforman con el objetivo de sostener cotidianamente la vida, y en las que los hogares se transfieren trabajos de cuidados de unos a otros con base en ejes de poder, entre los que cabe destacar el género, la etnia, la clase social, y el lugar de procedencia.

Las cadenas globales de cuidados, las profundas desigualdades entre el Sur Global y el Norte Global, el capitalismo imperante, la feminización

del cuidado y del trabajo reproductivo, la migración internacional y sus implicaciones para las familias y el cuidado de sus dependientes, los acelerados avances tecnológicos en torno a la atención médica y al cuidado, así como su fácil acceso para unos, pero imposible para otros, o la falta de políticas públicas eficientes en ciertos países para la emergente crisis de cuidado que afrontan, son algunos de los aspectos que han sido de interés para el análisis ético en torno al cuidado transnacional de personas dependientes en las últimas décadas.

## **OBJETIVO**

La presente revisión se propuso sintetizar la discusión ética y los dilemas en torno al cuidado transnacional de las personas dependientes.

## **METODOLOGÍA**

### **Búsqueda de los materiales**

Se realizó una revisión de la literatura para la cual se llevó a cabo una búsqueda, recuperación, organización y análisis de artículos teóricos. Fueron utilizados los motores de búsqueda Index Medicus y Google Scholar, así como diez bases de datos, las cuales fueron: DialNet, WOC, Scielo, PsycInfo, The Psychology and Behavioral Sciences Collection, The Anthropological Index Online, SocINDEX, Redalyc, EBSCO y SAGE.

Los criterios de inclusión utilizados para seleccionar los trabajos fueron: a) ser materiales teóricos; b) cuyo objetivo fuera reflexionar sobre las posturas éticas o bioéticas en torno al estudio del cuidado transnacional de los dependientes; c) haber sido publicados hasta el año 2023; y d) haber sido publicado en español, inglés o portugués.

Los criterios de exclusión para los trabajos fueron: materiales empíricos u originales, literatura gris, libros o capítulos de libro.

Cinco palabras claves tanto en español como en inglés y en portugués se utilizaron para localizar la bibliografía, las cuales fueron: cuidado, transnacional, migración, bioética, y ética (En inglés: Caregiving, transnational, migration, bioethics, ethics. Y en portugués: cuidado, transnacional, migração, bioética e ética). Dichas palabras claves fueron combinadas de diez maneras diferentes para la búsqueda.

De los listados de referencias obtenidos en cada base de datos utilizada se revisaron los títulos y resúmenes de cada artículo, para determinar si eran pertinentes y se obtuvo una lista general de 50 artículos, de las cuales 41 fueron útiles y se recuperaron sus textos completos para el objetivo de la presente revisión.

## **Organización del material de la revisión para el análisis**

Para la sistematización y el análisis del material se elaboraron un total de tres matrices: a) *una bibliométrica* que contenía idioma del artículo, nombre de la revista, factor de impacto, número y sexo de autores, institución de adscripción del autor, nacionalidad del autor, colaboración internacional y citas; b) *una bibliográfica* para identificar el objetivo, las ideas centrales y las conclusiones de los documentos; y c) *una temática*, donde se dividieron los artículos por temas afines.

## **Análisis**

Las matrices fueron releídas para identificar los principales elementos presentes en la revisión. Se contabilizó la matriz bibliométrica y se hizo un análisis estadístico descriptivo con promedios, frecuencias y porcentajes. Para la matriz bibliográfica y temática se analizaron las ideas centrales, posturas de los autores o modelos teóricos utilizados, la discusión en torno al tema y las conclusiones de los autores. Finalmente se elaboraron esquemas para elaborar la descripción propia del presente capítulo.

## RESULTADOS

A continuación, se exponen los resultados divididos en los hallazgos bibliométricos de la producción y en la síntesis de las temáticas y los dilemas éticos identificados para la revisión.

### Análisis bibliométrico

El primer estudio relacionado con el tema se realizó en la década de 2000 y correspondió al artículo de Yeates (2004) en el cual expone las limitaciones de utilizar el concepto de "cadena global de cuidado" propuesto previamente por Holdschild en el año 2000, argumentando que el concepto requiere un desarrollo teórico adicional para aprovechar su potencial en la investigación y plantea la necesidad de enfatizar aspectos como la interseccionalidad de género, así como los enfoques feministas y no feministas en el estudio de la globalización y el cuidado.

Durante la década de 2010 se publicaron 18.2% de los artículos de la revisión. Después se incrementó la producción sobre el tema de manera exponencial puesto que en la década de 2010 se hicieron 69.6% de publicaciones, la producción se concentró entre 2016 y 2019. Y en lo que va de 2020 a 2023 se han elaborado 12.2% de los artículos analizados para esta revisión.

En idioma inglés se publicó 88% de la producción, y en español 12%, en portugués no se identificó ningún trabajo.

El promedio de autores por publicación fue de 2.4. Participaron un total de 99 autores en los 41 artículos. El rango de autores fue seis. 87% de las autoras eran mujeres y 13% hombres.

Las instituciones que encabezan la producción de literatura sobre el tema son las universidades con 72.7% de participación, y en segundo lugar los centros de investigación con 27.3%.

Las revistas que más artículos han publicado son las del área de ciencias sociales, las cuales representaron 73% de la producción, seguidas por revistas del área de ciencias de la salud con 20%, y finalmente, con una producción minoritaria se encontraron revistas del área de las ciencias económico administrativas.

Las revista en las que más artículos se publicaron fue Global Networks con cuatro artículos, en segundo lugar Social Politics y Current Sociology con tres artículos cada una de ellas. En tercer lugar se encontraron las revistas Ethics and Social Welfare, Journal of ethnic and migration studies y Journal of Family Research con dos artículos cada una. Y posteriormente se identificó un solo artículo en las siguientes revistas, presentadas en estricto orden alfabético: American Behavioral Scientist, American International of Social Science, Asian and Pacific Migration Journal, Bioethics, Canadian Journal of Sociology, Critical Sociology, Cuadernos de Relaciones Laborales, Ethnic and Racial Studies, Fem Leg Stud, Feminist Economics, Feminist Legal Studies, International Feminist Journal of Ethnic and Migration Studies, Journal of Politics, Journals of Gerontology: Social Sciences, Qualitative Health Research, Men and Masculinities, Migration Studies Commons, Plos One, Revista Collectivus Uniatlantico, Tapuya: Latin American Science, The Southern Journal of Philosophy y The Sociological Review.

De 50% de las revistas su factor de impacto se encontraba entre 0.03 y 1. Por otro lado, 25% de las revistas tenían un factor de impacto mayor a uno y hasta 2.31. Y por último, 25% no contaban con factor de impacto.

En conclusión, la producción sobre dilemas éticos en el cuidado transnacional de los dependientes ha ido en incremento de una década a otra, la mayor parte de la producción ha sido escrita por mujeres, en el idioma inglés, en las áreas de las ciencias sociales y las ciencias de la salud, principalmente al interior de las universidades, y por último se destaca que una cuarta parte de la producción ha sido en revistas sin factor de impacto.

## **SÍNTESIS DE LOS DILEMAS ÉTICOS SOBRE CUIDADO TRANSNACIONAL DE LOS DEPENDIENTES**

Un dilema ético hace referencia a una situación en donde los preceptos morales o las obligaciones éticas entran en conflicto. Por lo regular, un dilema ético presenta una decisión disyuntiva y el sujeto protagonista o sujeto que analiza la temática se encuentra ante una situación decisiva entre diversas opciones, ambas soluciones factibles y defendibles desde la conciencia, es decir que, un dilema ético representa un problema, porque implica visiones encontradas o planteamiento axiológicos en pugna e incluso visiones de ser humano en contraposición que apuntan a diversas salidas. A partir del análisis de los materiales teóricos revisados, se identificaron al menos tres temas centrales que por sí mismos representan dilemas éticos y propician el debate en torno al cuidado transnacional de personas dependientes.

### **Temas presentes en la revisión**

Los temas que se construyeron a partir del análisis de la revisión fueron tres: 1) Cadenas globales de cuidado y desigualdades en el cuidado transnacional de los dependientes; 2) Implicaciones éticas en la implementación de tecnologías para el cuidado transnacional; y 3) Políticas públicas y ética en el cuidado transnacional de los dependientes. De los 41 artículos localizados para la revisión, 25 correspondieron al tema de cadenas globales de cuidado y desigualdades en el cuidado transnacional, diez fueron sobre implicaciones éticas en la implementación de tecnologías para el cuidado transnacional y seis más relacionados con Políticas públicas y ética en el cuidado transnacional de los dependientes.

### **Cadenas globales de cuidado y desigualdades en el cuidado transnacional de los dependientes**

Este dilema se presentó en 25 artículos de la revisión. Para comprender esta temática y el dilema en torno a ella que se encuentra presente en los

artículos analizados, es necesario partir de un concepto de cuidado, de acuerdo a Orozco (2020) cuidar es gestionar y mantener cotidianamente la vida y la salud, hacerse cargo del bienestar físico y emocional de los cuerpos, del propio y de los otros. En ese sentido, hay personas que tienen necesidades de cuidados que no pueden resolver por sí mismas como las niñas y los niños, personas ancianas en situación de dependencia y personas con discapacidad o procesos de enfermedad. También hay personas que no tienen estas necesidades específicas que podrían cuidarse a sí mismas, aunque no siempre lo hagan, como hombres que dependan de su pareja y les lave la ropa, limpie la casa, compre y cocine los alimentos, personas que contratan para trabajos domésticos, mayoritariamente mujeres.

Los cuidados por lo tanto son una necesidad de todas las personas en todos los momentos del ciclo vital. Estos cuidados históricamente han recaído sobre las mujeres mostrándose como una capacidad innata, a su vez siendo este un trabajo invisibilizado socialmente en el que se diferencian dos modalidades: el remunerado y el no remunerado, siendo este último entendido como trabajo gratuito llevado a cabo mayormente por las mujeres de la familia, como, por ejemplo, la abuela que se encarga de cuidar a los nietos.

Por otro lado, la incorporación de las mujeres al mercado laboral y la escasa incorporación de los hombres al trabajo doméstico y de cuidado ha provocado una crisis de los cuidados porque esta responsabilidad no es compartida. Esto implica la externalización y/o mercantilización de gran parte del trabajo que antes cubrían gratuitamente las mujeres en los hogares.

El trabajo de cuidados se ha formalizado tanto por el sector público como por el privado a través del empleo mayoritariamente de mujeres en residencias, centros de día, escuelas infantiles, y también ha implicado la contratación directa para los trabajos del hogar y de cuidados por parte de las familias de mujeres fundamentalmente migrantes. Este proceso de externalización está vinculado a la feminización de las migraciones

al generar fuentes de empleo ocupadas mayoritariamente por quienes vienen de otros países en situaciones de precariedad. Todo esto forma parte de las llamadas cadenas de cuidados globales, estas se forman de la siguiente manera, por ejemplo, una mujer migrante es contratada por una familia española para cuidar a un familiar enfermo, a su vez esta mujer migrante ha dejado a sus hijos e hijas a cargo de la abuela de éstos. La falta de prestaciones y servicios públicos adecuados y suficientes hace que cada familia resuelva las labores de cuidados según sus redes o ingresos a través de las abuelas fundamentalmente o contratando una persona, otra mujer.

Esta cadena global de cuidados precarizada tiene su origen en la infravaloración y la invisibilidad de los cuidados que paradójicamente son los que hacen posible el sostenimiento de la vida.

El análisis ético en esta temática radica en que en el llamado Norte Global se ha producido en las últimas décadas un déficit de cuidados por varios motivos. El envejecimiento de la población debido a una mayor esperanza de vida, el aumento masivo de mujeres en el mercado laboral, un modelo social y económico basado en la familia nuclear que acaba con los modelos comunitarios, el llamado estado del bienestar, un sistema que descuida los cuidados y que empeora con el recorte de servicios públicos, y una división sexual del trabajo que pone toda la carga de las tareas reproductivas en las mujeres mientras el hombre no se corresponsabiliza.

Cabe señalar que todos los elementos nombrados antes no se habrían podido dar en el Norte Global si no fuera por el proceso de colonización de los territorios del Sur Global. La colonización de países americanos y africanos por parte de países europeos se tradujo en la construcción de un sistema global capitalista aún vigente. Con la explotación de las comunidades originarias de América, la esclavización de población arrancada de sus territorios en África y el expolio de bienes comunes de todos estos territorios, este proceso que se fue dando ha sido denominado acumulación originaria.

La acumulación originaria o acumulación por desposesión no es nada más que la expropiación de unos para la construcción de comodidades para otros. En otras palabras, hablamos de un modelo de desarrollo económico que mientras empobrece a los países del sur, enriquece a los países del norte. El extractivismo es su base principal e incluye actividades como la minería, las hidroeléctricas, los monocultivos extensivos o la extracción de hidrocarburos. Un modelo que ya tiene 500 años de vigencia y que continúa extrayendo materias primas de los territorios del sur para convertirlos en productos acabados que satisfacen el consumo de la población del norte. Así pues, se puede ver como la acumulación se sigue dando hasta hoy.

En este contexto, el déficit de cuidados se pone en la mira de los análisis éticos, porque dicha falta de cuidados está atravesada por varios ejes de opresión, porque en la búsqueda de la resolución del déficit de cuidados en el Norte Global entra además del colonialismo del extractivismo y del capitalismo: el patriarcado. El empobrecimiento de los países del Sur genera unas condiciones de vida que obliga a una parte de su población a migrar, en primer lugar, de las zonas rurales a las zonas urbanas. En el campo, las mujeres difícilmente encuentran salidas laborales y cuando migran a la ciudad rápidamente se ven llevadas hacia los trabajos de los cuidados, casi siempre mal pagados y sin garantías laborales. En segundo lugar, en el caso de Latinoamérica y el Caribe, esta migración se da de las grandes ciudades hacia los países del norte siempre en busca de mejor calidad de vida para sus familias, siempre en busca de acceso a servicios públicos como la educación o la salud. No es lo mismo migrar para un hombre que para una mujer.

Las mujeres del Sur Global migran desde sus territorios hacia el Norte Global para llenar el déficit de cuidados del que hemos estado hablando en un contexto de acentuadas desigualdades. Se debe considerar que esa migración no es solo un viaje, la mayoría de las veces estas mujeres dejan atrás sus comunidades, sus culturas, sus lenguas maternas, y en definitiva, sus raíces. El vacío que ellas dejan allá no se da solo en sus familias, sino también en sus territorios.

Más allá de sus profesiones, más allá de sus experiencias, todos esos ejes de opresión que hemos visto sumados al déficit de cuidados, hacen que el lugar que les espera a estas mujeres se encuentre dentro de la economía de los cuidados, cuidando gente mayor, infantes, limpiando, cocinando, es decir, llevando a cabo las tareas indispensables para el cuidado y la reproducción de la vida.

El problema se acentúa cuando se requiere resolver las necesidades de cuidado de las personas que las mujeres migrantes dejan en el Sur Global, porque es entonces que otras mujeres principalmente, ya sean madres, hermanas, hijas mayores, son las que cuidan a las personas que estaban a cargo de quienes migraron. Ellas son la última pieza de esta cadena, de esta trama, este fenómeno que llamamos “cadenas globales de los cuidados” y vale la pena remarcar que, desde sus nuevos países de residencia, y además de la gran carga emocional que supone, las mujeres migradas, continúan cuidando a sus familias e incluso en ocasiones siguen intentando cuidar de sus comunidades, continúan apoyando sus luchas locales, luchas contra el mismo sistema que las expulsó de su territorio.

En síntesis, a lo largo de este conjunto de estudios relacionados con estas cadenas globales de los cuidados se concluye que operan varios ejes de opresión: el colonialismo, el extractivismo, el capitalismo, el patriarcado e incluso el racismo a través de una serie de prácticas estructurales que se perpetúan y permiten una vulneración de los derechos humanos<sup>16</sup>.

---

16 El concepto de extractivismo hace alusión a la explotación de grandes volúmenes de recursos naturales por parte de corporaciones transnacionales para abastecer el mercado mundial, generando economías basadas en el desplazamiento y con impactos negativos para el ambiente y las formas de vida de las poblaciones locales. El extractivismo se sitúa en el orden hegemónico del capitalismo y puede tener consecuencias en el cambio climático, en el agotamiento del suelo, en la deforestación, en la disminución de la biodiversidad y en la contaminación del agua, por lo cual aunque pueda representar grandes ganancias económicas para unas partes, implica también afecciones sociales y ambientales.

## **Implicaciones éticas en la implementación de tecnologías para el cuidado transnacional**

En este conjunto de diez artículos se examinan los desafíos éticos de investigar intervenciones tecnológicas diseñadas para reducir el aislamiento social en adultos mayores, destacando la importancia de aplicar principios éticos como beneficencia, integridad, justicia y respeto en el diseño e implementación de estas intervenciones. Es crucial considerar estos principios a lo largo del proceso de investigación, no solo en la fase de planificación, sino también durante las interacciones continuas con los participantes, abordando cuestiones como proporcionar apoyo adecuado, gestionar expectativas y respetar la autonomía de los participantes.

Se destaca que, aunque las tecnologías emergentes pueden ofrecer nuevas oportunidades para mejorar la conexión social, también introducen preocupaciones sobre la privacidad y la autonomía. El común denominador en la reflexión de estos artículos es sobre cómo las intervenciones tecnológicas deben equilibrar el apoyo social sin imponer coerción y gestionar adecuadamente las expectativas de los participantes.

También se aborda la evolución de la reflexión ética sobre la tecnología asistencial y su impacto en la vida de los adultos mayores y en el discurso sobre el cuidado de las personas mayores. Se identifican tres áreas principales de preocupación ética relacionadas con el uso de tecnología asistencial, las cuales son: el efecto en el entorno de vida de los adultos mayores, como su privacidad y autonomía; el impacto en su relación con el mundo, incluyendo el contacto humano; y las implicaciones del diseño y aplicación de la tecnología, como la asequibilidad y seguridad.

Se plantea que explorar los desafíos éticos asociados con el diseño, implementación y evaluación de intervenciones tecnológicas buscando reducir el aislamiento social en adultos mayores, debe centrarse en salvaguardar los principios éticos como beneficencia, integridad, justicia y respeto para informar estas intervenciones, reflexionando sobre los problemas éticos encontrados en la investigación cualitativa a partir del

análisis de aplicaciones o de tecnologías de la información destinadas a mejorar la conexión social de los adultos mayores, y la intención de este conjunto de estudios es proporcionar recomendaciones para la ética en el diseño y la investigación de futuras intervenciones tecnológicas que apoyen el bienestar de los adultos mayores socialmente aislados.

Por último, estos artículos buscaron analizar las percepciones éticas de los adultos mayores sobre el uso de robots asistenciales sociales (SARs) en contextos de cuidado de personas mayores para identificar y comprender las preocupaciones éticas que estos adultos mayores tienen respecto a la implementación de SARs en su cuidado diario. Esto incluye analizar cómo perciben el impacto de los SARs en su privacidad, autonomía y dignidad y se concluye que es competencia de la ética garantizar estos principios en las personas dependientes.

### **Políticas públicas y ética en el cuidado transnacional de los dependientes**

Esta temática menos explorada, pero no menos importante, se presentó solamente en seis artículos incluidos en la revisión y corresponde a una extensión del debate sobre las cadenas globales de cuidados, ya que estos artículos de manera general:

- Cuestionan el papel de organizaciones internacionales, por ejemplo de la OCDE y del Banco Mundial en el abordaje del problema de las cadenas transnacionales de cuidado desde una perspectiva fragmentada, que impide una comprensión completa y una solución eficaz para el fenómeno.
- Analizan la manera en que los regímenes de trabajo, cuidado y migración perpetúan y amplifican las desigualdades de clase. Es decir que, a pesar de la aparente expansión en el apoyo social y los servicios de cuidado en algunos países, las familias de bajos ingresos no solo tienen menos acceso a estos servicios, sino que también enfrentan dificultades adicionales debido a políticas y

normas que están orientadas en gran medida a las necesidades y expectativas de las clases altas.

- Examinan las experiencias de las trabajadoras migrantes, destacando cómo la falta de reconocimiento de sus cualificaciones impacta en su integración en el mercado laboral de los países industrializados. Buscando identificar las políticas necesarias para mejorar la integración de estos profesionales y abordar la discriminación racial y de género que enfrentan.
- Explican cómo la migración femenina y las cadenas globales de cuidado ilustran y perpetúan las desigualdades globales. Esto incluye la exploración de cómo las mujeres migrantes contribuyen a la economía global a través de remesas y la forma en que sus movimientos afectan las dinámicas de cuidado en sus países de origen. Destacando la necesidad de políticas públicas que aborden las desigualdades inherentes a las soluciones privadas para el cuidado y promuevan un enfoque más equitativo y colectivo.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El cuidado incluye todas las actividades que realizamos a diario de forma repetida que ayudan a mantener la vida. Los cuidados son un sostén de la vida, además implican una organización social donde de forma interrelacionada la familia, el Estado, el mercado y las organizaciones comunitarias se distribuyen acciones. En algunos contextos la provisión de los cuidados es desigual, pese a que el cuidado representa no solo una necesidad sino también un derecho.

El debate ético en torno al cuidado transnacional de los dependientes hace énfasis en la erradicación de las desigualdades y en la defensa de los derechos humanos tales como la vida, el cuidar o ser cuidado, la migración, el trabajo, o el descanso. Las voces que emergen en estos estudios demandan que los derechos humanos se garanticen para todas y todos, también destacan la corresponsabilidad que se debiera tener por

parte del Estado y de toda la sociedad para garantizar el cuidado de los dependientes, sin que esto implique una sobrecarga a la familia.

Los caminos para lograr dicho cometido pudieran ser el rompimiento de las cadenas globales de cuidado, aspirando a un mundo más igualitario; la generación de políticas públicas binacionales, eficientes y basadas en la ética y en la comprensión de las dinámicas y necesidades presentes en los contextos migratorios; la incorporación de una perspectiva de género y de una perspectiva de interseccionalidad en el análisis del tema y en una regulación más rigurosa y apegada a los principios éticos para la generación y la implementación de la tecnología en los entornos del cuidado y de la procuración de condiciones verdaderamente dignas para cuidar.

## BIBLIOGRAFÍA:

- Brandhorst, R. Baldassar, L. & Wilding, R. (2021). The need for a 'migration turn' in aged care policy: a comparative study of Australian and German migration policies and their impact on migrant aged care. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 47(1), 249–266. <https://doi.org/10.1080/1369183X.2019.1629893>
- Barthel & Mahoney (1965) Barthel, D., & Mahoney, F. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 61-65.
- Borneman, J. (2017). Afterword: Further Questions about the Global Care Chain. *Ethics and Social Welfare*, 11(3), 296–303. <https://doi.org/10.1080/17496535.2017.1300310>
- Cárdenas-Rodríguez, R., & Ortega-De-Mora, F. (2019). *Transmisión del trabajo reproductivo familiar hacia las mujeres migrantes. Vulnerabilidad, violencia e invisibilidad dentro del trabajo doméstico*, *Collectivus: revista de ciencias sociales*, 6, (2), 105-119. <https://doi.org/10.15648/Coll.2.2019.7>
- Comité de Ministros del Consejo de Europa (1998). Recomendación N° (98) 9 del Comité de Ministros a los Estados Miembros relativa a la dependencia, 11-21.
- Dimova, M., Hough, C., Kyaa, K., & Manji, A. (2015). Intimacy and Inequality: Local Care Chains and Paid Childcare in Kenya. *Feminist Legal Studies*, 23(2), 167–179. <https://doi.org/10.1007/s10691-015-9284-6>

- Fisher, B., & Tronto, J. (1990). Toward a feminist theory of caring. In E. Abel & M. Nelson (Eds.), *Circles of care. work and identity in women lives* (pp. 35-62). University of New York Press.
- Genova, E., & Zontini, E. (2023). Researching the researcher: producing emotionally-sensed knowledge in migration research. *Ethnic and Racial Studies*, 1-24. <https://doi.org/10.1080/01419870.2023.2263084>
- Gorfinkiel, M. (2008). El mercado de trabajo de los cuidados y la creación de las cadenas globales de cuidado: ¿cómo concilian las cuidadoras? *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 26(2), 71-89.
- Harris, A. Baldassar, L. & Robertson, S. (2020). Settling down in time and place? Changing intimacies in mobile young people's migration and life courses. *Population, Space and Place*, 26(8), 1-12. <https://doi.org/10.1002/psp.2357>
- Hochschild, Arlie Russell (2000), "Global Care Chains and Emotional Surplus Value", in Hutton, W. and Giddens, A. (eds) *On The Edge: Living with Global Capitalism*, Jonathan Cape.
- Hwang, M., & Parreñas, R. (2021). The Gendered Racialization of Asian Women as Villainous Temptresses. *Gender and Society*, 35(4), 567-576. <https://doi.org/10.1177/08912432211029395>
- Isaksen, L., Devi, S., & Hochschild, A. (2008). Global care crisis: A problem of capital, care chain, or commons? *American Behavioral Scientist*, 52(3), 405-425. <https://doi.org/10.1177/0002764208323513>
- Jecker, N., & Chin, J. (2019). Justice and global care chains: Lessons from Singapore. *Developing World Bioethics*, 19(3), 155-168. <https://doi.org/10.1111/dewb.12213>
- Kilkey, M. (2010). Men and domestic labor: A missing link in the global care chain. *Men and Masculinities*, 13(1), 126-149. <https://doi.org/10.1177/1097184X10382884>
- Kilkey, M., & Baldassar, L. (2024). Conditioning grandparent care-labour mobility at the care-migration systems nexus: Australia and the UK, 50(5), 1157-1176. <https://doi.org/10.1080/1369183X.2023.2279732>
- Kilpeläinen, F., & Zechner, M. (2022). Displaced Selves: Older African Adults in Forced Migration. *Journal of Refugee Studies*, 35(3), 1126-1142. <https://doi.org/10.1093/jrs/feac046>

- Kofman, E., & Raghuram, P. (2012). Women, migration, and care: Explorations of diversity and dynamism in the Global South. *Social Politics*, 19(3), 408–432. <https://doi.org/10.1093/sp/jxs012>
- Lafuente-Funes, S., & Pérez, A. (2020). On (global) care chains in times of crisis: egg donation and domestic work in Spain. *Tapuya: Latin American Science, Technology and Society*, 3(1), 354–376. <https://doi.org/10.1080/25729861.2020.1796326>
- Lee, H. (2022). Global householding and gendered citizenship: Family visits as care support for Vietnamese marriage migrants in South Korea. *Asian and Pacific Migration Journal*, 31(1), 52–69. <https://doi.org/10.1177/01171968221088607>
- Lightman, N. (2021). Comparing Care Regimes: Worker Characteristics and Wage Penalties in the Global Care Chain. *Social Politics*, 28(4), 971–998. <https://doi.org/10.1093/sp/jxaa008>
- Lutz, H. (2018). Care migration: The connectivity between care chains, care circulation and transnational social inequality. *Current Sociology*, 66(4), 577–589. <https://doi.org/10.1177/0011392118765213>
- Lutz, H., & Palenga-Möllnbeck, E. (2012). Care workers, care drain, and care chains: Reflections on care, migration, and citizenship. *Social Politics*, 19(1), 15–37. <https://doi.org/10.1093/sp/jxr026>
- Marchetti, G. Baldassar, L. Harris, A. & Robertson, S. (2022). Italian youth mobility: The case for a Mediterranean model of ‘family-centred’ mobile transitions. *Ethnicities*, 22(1), 108–127. <https://doi.org/10.1177/14687968211037083>
- Merla, L., Kilkey, M., & Baldassar, L. (2020). Introduction to the Special Issue “Transnational care: Families confronting borders.” *Journal of Family Research*, 32(3), 393–414. <https://doi.org/10.20377/jfr-420>
- Merla, L., Kilkey, M., & Baldassar, L. (2020). Examining transnational care circulation trajectories within immobilizing regimes of migration: Implications for proximate care. *Journal of Family Research*, 32(3), 514–536. <https://doi.org/10.20377/jfr-351>
- Mahon, R. (2018). Through a fractured gaze: The OECD, the World Bank and transnational care chains. *Current Sociology*, 66(4), 562–576. <https://doi.org/10.1177/0011392118765214>
- Murphy, M. (2014). Global Care Chains, Commodity Chains, and the Valuation of Care: A Theoretical Discussion. *American International Journal of Social Science*, 3(5). 10.30845/aijss

- Nguyen, T., Zavoretti, R., & Tronto, J. (2017). Beyond the Global Care Chain: Boundaries, Institutions and Ethics of Care. *Ethics and Social Welfare*, 11, (3), 199–212. <https://doi.org/10.1080/17496535.2017.1300308>
- Olwig, K. (2012). The Care Chain, Children's Mobility and the Caribbean Migration Tradition. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 38(6), 933–952. <https://doi.org/10.1080/1369183X.2012.677175>
- Organización Mundial de la Salud (2020). *Envejecimiento y dependencia. Organización Mundial de la Salud*.
- Parreñas, R. Piper, N. Ishii, S. & Choi, C. (2022). Guest Editors' Introduction Children and Youth in Asian Migration. In *Positions*, 30 (2), 219–243. Duke University Press. <https://doi.org/10.1215/10679847-9573315>
- Pearson, R., & Kusakabe, K. (2012). Who cares? Gender, reproduction, and care chains of Burmese migrant workers in Thailand. *Feminist Economics*, 18(2), 149–175. <https://doi.org/10.1080/13545701.2012.691206>
- Portes, A. (2001). Introduction: the debates and significance of immigrant transnationalism. *Global Networks*, 1(3), 181–194. <https://doi.org/10.1111/1471-0374.00012>
- Raghuram, P. (2012). Global care, local configurations-challenges to conceptualizations of care. *Global Networks*, 12, (2), 135–154. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0374.2012.00345.x>
- Sassen, S. (2020). Un nuevo tipo de migrante: ¿escapando del “desarrollo”? *Forum. Revista Departamento de Ciencia Política*, 18, 124–144. <https://doi.org/10.15446/frdcp.n18.82102>
- Silvey, R., & Parreñas, R. (2020). Thinking Policy Through Migrant Domestic Workers' Itineraries. *American Behavioral Scientist*, 64(6), 859–877. <https://doi.org/10.1177/0002764220910253>
- Schwiter, K., Brütsch, J., & Pratt, G. (2020). Sending Granny to Chiang Mai: debating global outsourcing of care for the elderly. *Global Networks*, 20(1), 106–125. <https://doi.org/10.1111/glob.12231>
- Spanger, M., Dahl, H., & Peterson, E. (2017). Rethinking Global Care Chains through the Perspective of Heterogeneous States, Discursive Framings and Multi-Level Governance. *Nordic Journal of Migration Research*, 7(4), 251. <https://doi.org/10.1515/njmr-2017-0029>
- Teo, Y. (2018). Whose Family Matters? Work–Care–Migration Regimes and Class Inequalities in Singapore. *Critical Sociology*, 44(7–8), 1133–1146. <https://doi.org/10.1177/0896920517748498>

- Tijds Van Demeulebroucke, M., Casterlé, B., Welbergen, L., Massart, M., & Gastmans, C. (2020). The ethics of socially assistive robots in aged care. A focus group study with older adults in Flanders, Belgium. *Journals of Gerontology–Series B Psychological Sciences and Social Sciences*, 75(9), 1996–2007. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbz070>
- Waycott, J., Morgans, A., Pedell, S., Ozanne, E., Vetere, F., Kulik, L., & Davis, H. (2015). Ethics in Evaluating a Sociotechnical Intervention with Socially Isolated Older Adults. *Qualitative Health Research*, 25(11), 1518–1528. <https://doi.org/10.1177/1049732315570136>
- Weir, A. (2008). Global care chains freedom responsibility, and solidarity. *The Southern Journal of Philosophy*, 46, 166-176. <https://doi.org/10.1111/j.2041-6962.2008.tb00161.x>
- Wojczewski, S., Pentz, S., Blacklock, C., Hoffmann, K., Peersman, W., Nkomazana, O., &
- Kutalek, R. (2015). African female physicians and nurses in the global Care Chain: Qualitative explorations from five destination countries. *PLOS ONE*, 10(6), 1-20. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0129464>
- Yeates, N. (2012). Global care chains: a state-of-the-art review and future directions in care transnationalization research. *Global Networks*, 12, 135–154. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0374.2012.00344.x>
- Yeates, N. (2004). Global care chains. *International Feminist Journal of Politics*, 6(3), 369–391. <https://doi.org/10.1080/1461674042000235573>

