El imperativo bioético: navegando los límites de la vida y la muerte

Por Omar Fernando Becerra Partida (coordinador)

CANTIDAD DE PALABRAS 51663

HORA DE ENTREGA 12-SEPT-2025 05:23P. M.

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJO 118146563

El imperativo bioético:
navegando los límites de la vida y la muerte

(coordinador)

COMUNICACIÓN
CIENTÍFICA

Índice

Prólogo 13

1. Bioética y narcotráfico en México, *Omar Fernando Becerra Partida y María de Jesús Méndez Verduzco* 15
   Introducción 16
   Contexto en México 19
   Bioética y narcotráfico 21
   Factores que han influido en el narcotráfico en México 22
      La demanda en Estados Unidos 23
      Corrupción 24
   Consecuencias del narcotráfico 26
   Propuesta de solución 26
   Neurociencias 27
   Psiquiatría 28
   Psicología 31
   Educación 32
   Bioderecho 33
   Referencias 36

2. Derecho ambiental con perspectiva de bioderecho. ¿Y la ecofarmacovigilancia?, *Elizabeth Sevilla e Iván Ulises Flores Quiroz* 37

Bioderecho 38
Bioderecho y ecofarmacovigilancia 39
Ecofarmacovigilancia 41
Ecofarmacovigilancia y medio ambiente 42
Daños a la salud pública 46
Normativa 49
Políticas públicas, leyes y normatividad ambiental 51
El derecho ambiental desde la perspectiva del bioderecho 54
Derechos humanos 55
Protección jurídica a las generaciones futuras 58
Objetivos de desarrollo sostenible 59
Programa de la Organización de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente 61
Red Iberoamericana de Programas Posconsumo de Medicamentos 62
Agua en riesgo, vida en riesgo 63
Consideraciones finales 63
Referencias 64

3. Bioética y discapacidad, *Gloria Pérez Cosio y Sánchez* 69
Introducción. 69
Tipos de discapacidad 72
Discapacidad motriz 72
Discapacidad intelectual 73
Discapacidad sensorial 75
Discapacidad mental 76
Discapacidad psicosicial 79
Bioética y discapacidad: historia 80
El avance normativo de la discapacidad en la posmodernidad 83
Principios éticos y bioéticos esenciales para el desarrollo de las personas con discapacidad 88
Derechos de las personas con discapacidad en México 89
Conclusiones 91
Referencias. 92

4. La bioética en los dilemas de la maternidad postergada, *Maritza Aguilera Loera* 95
Introducción 96
Principales razones que llevan a las mujeres a postergar su maternidad 96
Personales 96
Económicas 97
Laborales 98
Cambio de rol de la mujer 98
Implicaciones sociales y culturales que se discuten en relación con la maternidad postergada 98
Impacto emocional de retrasar la maternidad 99
Riesgos a la salud presentes en la maternidad postergada 100
Políticas laborales y la maternidad postergada en México 101
Implicaciones bioéticas en la maternidad postergada 102
Apoyos a la maternidad postergada 103
Cambio de la fertilidad en las diferentes etapas de una mujer y tendencia en la maternidad postergada 104
Conclusiones 105
Referencias 106

5. Donación de cuerpo a la ciencia; una mirada en México y el mundo, *Edith Montserrat Castañeda Ledezma y Donovan Brandon Cortina Romero* 109
Introducción 110
¿Qué es la donación? 111
Importancia de la donación de cuerpo a la ciencia 111
Aspectos bioéticos 112
Marco normativo 116
Internacional 116
Sobre donación de cuerpos 117
Nacional (México) 117
Programas de donación de cuerpos 120
Situación a nivel mundial 120
Situación a nivel nacional (México) 123

Programa de Donación de Cuerpos (PDC) de la Universidad Nacional Autónoma de México 125
Programa de Donación de Cuerpos para la Investigación Médica y la Docencia (Prodocimed) de la Universidad de Guadalajara 126
Programa "Vidas que dejan huella" de Donación de Cuerpos a la Investigación y la Docencia de la Universidad Autónoma de Nuevo Léon 126
Referencias 126

6. Muerte por diseño. El turismo suicida y sus implicaciones, *María de Jesús Méndez Verduzco y Omar Fernando Becerra Partida* 129
Introducción 130
Contexto 131
Bioética 132
Principios Bioéticos en Juego 133
Dilemas éticos asociados al final de la vida y la muerte asistida 133
El papel de la dignidad humana en la toma de decisiones 135
¿Qué es la dignidad humana y por qué es importante? . . . 135
Marco legal internacional y nacional sobre el suicidio asistido y la eutanasia 135
Marco legal internacional 136
Marco legal nacional 136
México 138
Motivaciones psicológicas detrás del turismo suicida 140
Pero ¿qué motiva a alguien a emprender un viaje con ese fin? 140
Conclusión sobre el turismo suicida: un fenómeno complejo y controvertido 142
Referencias 143

7. Objeción de conciencia para las médicas y los médicos en México, *María de Jesús Méndez Verduzco y Omar Fernando Becerra Partida* 145
Introducción 146
Contexto 149
Casos en los que se aplica la objeción de conciencia 151
La objeción de conciencia y el aborto en México 153
Modelos internacionales 157
Criminalización de las médicas y los médicos 158
Referencias 161

Sobre los autores 163

Prólogo

En el corazón de un México que se debate entre la tradición y la modernidad, entre la esperanza y la desesperación, yace un campo minado de dilemas éticos que exigen nuestra atención. Este libro no es un mero compendio de análisis académicos; es un grito de alerta, una invitación a reflexionar sobre las encrucijadas morales que definen nuestra existencia en el siglo XXI.

Desde las sombras del narcotráfico, donde la vida y la muerte se negocian como mercancías, hasta los consultorios médicos, donde se libran batallas silenciosas sobre la autonomía reproductiva y el derecho a una muerte digna, la bioética se erige como el campo de batalla de nuestra humanidad.

En el primer capítulo nos adentramos en el abismo del narcotráfico, un fenómeno que ha desgarrado el tejido social de México, dejando a su paso un reguero de violencia y desesperanza. Aquí, la bioética no es un lujo académico, sino una cuestión de supervivencia. ¿Cómo podemos preservar la dignidad humana en un contexto en el que la vida se ha devaluado hasta extremos inimaginables? ¿Qué responsabilidad tenemos como sociedad ante la normalización de la violencia y la impunidad?

A continuación, exploramos la intrincada relación entre el derecho ambiental y el bioderecho, con un enfoque particular en la ecofarmacovigilancia. En un mundo donde los desechos farmacéuticos contaminan nuestros ecosistemas, ¿qué obligaciones éticas tenemos hacia las generaciones futuras y hacia el planeta que habitamos? ¿Cómo podemos equilibrar el progre-

so científico con la necesidad de preservar la biodiversidad y la salud ambiental?

El tercer capítulo nos confronta con la realidad de la discapacidad, un tema que a menudo se margina en los debates bioéticos. Aquí nos preguntamos: ¿qué significa vivir una vida plena y digna cuando se enfrenta a limitaciones físicas o mentales? ¿Cómo podemos garantizar la igualdad de oportunidades y el respeto a la autonomía de las personas con discapacidad?

En el cuarto capítulo abordamos los dilemas de la maternidad postergada, una tendencia creciente en un mundo en el que las mujeres buscan conciliar la realización personal y profesional con el deseo de ser madres. ¿Cuáles son los límites éticos de la tecnología reproductiva? ¿Cómo podemos evitar que la maternidad se convierta en un privilegio de clase?

El quinto capítulo nos sumerge en el controvertido tema del turismo suicida, una práctica que plantea preguntas incómodas sobre la autonomía individual y la responsabilidad social. ¿Tenemos derecho a elegir nuestra propia muerte? ¿Qué papel debe jugar el Estado en la regulación de esta práctica?

Finalmente, el sexto capítulo examina la objeción de conciencia de los médicos en México, un tema que ha generado intensos debates sobre la libertad religiosa y el derecho a la salud. ¿Hasta qué punto pueden los profesionales de la salud negarse a realizar procedimientos que consideran contrarios a sus creencias? ¿Cómo podemos garantizar el acceso equitativo a los servicios de salud sin comprometer la libertad de conciencia?

A lo largo de este libro hemos buscado tejer un diálogo entre diferentes disciplinas y perspectivas, reconociendo la complejidad y la multidimensionalidad de los dilemas bioéticos que enfrentamos. No pretendo ofrecer respuestas definitivas, sino más bien invitar a la reflexión crítica y al debate informado.

Este libro es un llamado a la acción, una invitación a construir un México más justo y humano, donde la bioética sea el faro que guíe nuestras decisiones y nuestras acciones.

1. Bioética y narcotráfico en México

DOI: 1052501/cc.307.01

Resumen

Este capítulo hace un recuento histórico de la evolución del narcotráfico en México, pero también lleva a cabo una reflexión desde la bioética, los derechos humanos y las implicaciones éticas, sociales y jurídicas de los delitos de alto impacto, como el narcotráfico en Latinoamérica en la actualidad, su relación con otras disciplinas y ciencias, y la huella que ha dejado en la sociedad y la política del este país; además busca proporcionar un marco de referencia para la toma de decisiones en situaciones complejas y controvertidas, explora la posible solución al narcotráfico a través de la bioética, más allá de las alternativas que representa la legalización de las drogas o la promulgación de leyes más estrictas o, incluso, el viejo dilema de tratar al consumidor como enfermo. Más que las soluciones irreales planteadas por los políticos mexicanos, se trata de dar una respuesta al grito del mexicano.

Palabras clave: *bioética, narcotráfico, derechos humanos.*

* Doctor en Bioética y Derechos Humanos. Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara, Jalisco, México. ORCID: https://orcid.org/0000-0002-8142-3333

** Doctora en Bioética y Derechos Humanos. Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara, Jalisco, México. ORCID: https://orcid.org/0009-0007-8542-9453

Introducción

La bioética es una rama de la ética que se encarga de analizar las implicaciones morales de las ciencias de la vida y de las tecnologías de la salud.

Esta disciplina es importante ya que valora la conducta humana; pero ¿qué pasaría si la relacionáramos con delitos de alto impacto? Como sabemos, en Latinoamérica ha sido muy difícil desvincular los derechos humanos de la población en general a los delincuentes más peligrosos para la población, cosa que no pasa en algunas regiones de Europa y de Estados Unidos, lo cual se relaciona con el derecho del enemigo.

Los delitos de alto impacto en México son aquellos que generan mayor alarma social y tienen un efecto más significativo en la calidad de vida de los ciudadanos. Estos delitos suelen estar relacionados con la violencia, la inseguridad y la vulneración de los derechos humanos.

Tenemos, entonces, un listado de los delitos de alto impacto en nuestra región:

1. Homicidio doloso; esto es, el asesinato intencional de una persona.
2. Secuestro: se refiere a la privación de la libertad de una persona con fines de lucro o para ejercer presión sobre terceros.
3. Extorsión: se define como la coacción para obtener un beneficio económico o de otra índole.
4. Robo con violencia: que es el robo de bienes a una persona utilizando la fuerza o la amenaza.
5. Robo a casa-habitación: es el robo de bienes dentro de una vivienda.
6. Robo de vehículo: que es el robo total o parcial de un vehículo automotor.
7. Feminicidio: se define como el asesinato de mujeres por razones de género.
8. Narcotráfico: que es la producción, tráfico y distribución de drogas ilícitas.
9. Trata de personas: se refiere a la comercialización y el tráfico de personas.
10. Tráfico de órganos: es la venta ilegal de órganos humanos en mercados negros.

Curiosamente en nuestro país el narcotráfico engloba varios de los delitos aquí mencionados, lo es de preocuparse.

En otras palabras, es necesaria la reflexión sobre los dilemas éticos que surgen en el ámbito de una sociedad como la nuestra.

La bioética busca proporcionar un marco de referencia para tomar decisiones en situaciones complejas y controvertidas, como las que estamos viviendo hoy en día.

La bioética personalista es en la que estamos fundamentando esta investigación; cuenta con principios, detrás de cada uno de los cuales subyace una ontología que los justifica: la persona humana, su valor y su dignidad (Potter, 1971).

La concepción ontológica personalista reivindica, para la discusión bioética, una noción integral de la persona.

Ella va mucho más allá de ser definida solamente como autoconciencia, obviando la corporeidad y la subjetividad global.

Sostiene que no es posible desvincular a la persona de su propia corporeidad, y que no se deviene persona solamente por haber alcanzado suficiente grado de autonomía, de competencia comunicativa o de actividad consciente, por ejemplo. En tanto que persona se presenta como una realidad integral, donde lo integrado es alma-cuerpo, o espíritu-cuerpo, ambas dimensiones conformando una unidad sustancial (García, 2008).

México ha sido extremadamente cuadrado en este sentido, pero para la bioética personalista ya no se puede seguir sosteniendo que el cuerpo tiene menos valor que el alma; si el alma es considerada sagrada, entonces el cuerpo también queda elevado a nivel de sacralidad, y, por lo tanto, es digno, puesto que conforman una sola realidad.

La bioética se basa en cuatro principios fundamentales:

1. Autonomía: el respeto por la capacidad de las personas para tomar decisiones sobre su propia vida.
2. Beneficencia: el deber de hacer el bien y promover el bienestar de los demás.
3. No maleficencia: el deber de no causar daño.
4. Justicia: la distribución equitativa de los beneficios y los riesgos.

La bioética es una disciplina esencial para garantizar que los avances científicos se utilicen de manera responsable y ética, respetando los derechos y la dignidad de todas las personas (Potter, 1971).

Es necesario introducir a la bioética temas que están impactando bastante como en nuestro país y en Latinoamérica, hecho del que nadie habla, pero todos vivimos. Daremos un punto de vista sobre esos temas, como el narcotráfico y su relación con otras disciplinas y ciencias.

El narcotráfico en México es un fenómeno complejo y arraigado que ha evolucionado a lo largo de décadas, dejando una profunda huella en la sociedad y la política del país.

En esta investigación trataremos de dar una solución al narcotráfico a través de la bioética, en un país que ya ha sido devastado varias veces por distintos procesos de sangre, pero lo que lo carcome hoy en día es el tráfico de drogas.

En su caminar diario un mexicano promedio observa cómo en su barrio, su municipio y su ciudad la policía está protegiendo camionetas negras que parecen salidas de una película de ficción y cuyos conductores más parecen arreglos de árbol de navidad con distintos accesorios destellantes, peinados extravagantemente y con una valentía dada por el "polvo blanco": es la narcocultura.

Sucesos tales como que 43 estudiantes desaparecidos fueron quemados a más de 1 600 grados, evidenciando la incompetencia del Estado mexicano; que haya más de 100 000 muertos en una guerra que emprendieron sus gobernantes; que haya líderes políticos y religiosos asesinados, o que algún familiar de nosotros mismos haya terminado desaparecido, secuestrado y muerto, son noticias del día a día en este país. Pareciera que el olor a sangre es parte fundamental en la vida del mexicano.

Más allá de la alternativa de la legalización de las drogas o de promulgar leyes más estrictas, o, incluso, del viejo dilema de tratar al consumidor como enfermo, y más allá aún de que los políticos mexicanos ofrezcan soluciones irreales, en esta investigación trataremos de dar una respuesta al grito del mexicano.

Contexto en México

El narcotráfico nace en este país por la falta de atención del gobierno mexicano al campesinado del estado de Sinaloa (como decía el viejo dicho de la Revolución: "El Distrito Federal está muy lejos de nosotros"). Entre esta falta de atención estaban sus necesidades básicas como ciudadanos, el trabajo, el agua, el drenaje, la atención a la salud y las cuestiones religiosas (Andrade, 1999).

El Estado mexicano había olvidado a este sector, como a muchos otros. El terremoto que azotó a San Francisco el 18 de abril de 1906 fue una de las causas de que un grupo de chinos llegara a Juárez y se instalara en la ciudad. Al poco tiempo abrieron negocios, algunos de los cuales por las noches se transformaban en casinos donde se apostaba dinero y se fumaba marihuana, morfina y cocaína.

De acuerdo con José Alfredo Andrade Bojares, "la Segunda Guerra Mundial provocó el incremento en el uso legal y el consumo ilegal de las drogas en el mundo". En México, la región natural estratégica para el cultivo de la amapola y la marihuana era el noroeste, y al marco geográfico se agregaban otros factores: dos grandes grupos políticos tenían intereses en Michoacán y en Badiraguato y mantenían su influencia en Guasave y en el sur de Sinaloa porque querían impulsar la economía de la región.

En 1941 se creó la Zona Militar del Pacífico. El presidente Manuel Ávila Camacho nombró al general Lázaro Cárdenas comandante de la región. Desde 1950 hasta 1970 fue una etapa en la que prevalecieron los grupos diseminados que se dedicaban al contrabando y a la venta de enervantes.

No existía un poder central ni tampoco había alguna organización visible que estuviera por encima de las demás. Lázaro Cárdenas, al haber impulsado al tráfico de drogas lo hizo una empresa paraestatal, una narcoeconomía que actualmente está valuada en millones de dólares. El tráfico de drogas generaba ingresos que entraban a las arcas del gobierno federal en la época revolucionaria, pero luego el Estado perdió el control, aquella dejó de ser una empresa paraestatal y entonces se privatizó y se criminalizó totalmente. En la década de los setenta nació el Cártel de Guadalajara, el cual se consolidó como la más fuerte organización de tráfico de drogas en el país. Paralelamente, en el noroeste mexicano se gestó otra organización:

el Cártel del Golfo. En sus orígenes, en la década de los sesenta del siglo pasado, se dedicaba al contrabando de licor y de electrodomésticos que terminaban en los mercados del Distrito Federal y de Monterrey (Iglesias, 2009).

Gustavo Díaz Ordaz, el presidente que ordenó la matanza del 2 octubre de 1968, al ser entrevistado por una periodista estadounidense sobre qué pensaba acerca de que Ciudad Juárez funcionara como trampolín de las drogas contestó lo siguiente: "No se olvide, señorita, que si existe un trampolín es porque hay una alberca".

En 1977 se llevó a cabo la Operación Cóndor, en la que participaron 10 000 soldados.

En 1993, al morir Pablo Escobar, México vio surgir, aparte de la modernización que ha sufrido el país y la vida cotidiana en general, con otras proporciones y con mayor fuerza, a las nuevas organizaciones de narcotraficantes embriagados con el poder y la fortuna.

En el sexenio de Felipe Calderón se lleva a cabo la guerra contra el narcotráfico, pero los derechos humanos son violados constantemente y en esta guerra fallida se producen más de 90 000 muertos. Fue un conflicto armado interno que enfrentó al Estado mexicano y los grupos y los cárteles que controlan diversas actividades ilegales, principalmente el tráfico ilegal de drogas.

Comenzó en diciembre de 2006, cuando el gobierno federal anunció un operativo contra el crimen organizado en Michoacán, donde a lo largo de ese año se habían contabilizado cerca de 500 asesinatos de miembros de los cárteles del narcotráfico. Entre diciembre de 2006 y enero de 2012 se estima que murieron alrededor de 60 000 personas mediante ejecuciones, enfrentamientos entre bandas rivales y agresiones a la autoridad.

Este número de víctimas engloba a narcotraficantes, efectivos de los cuerpos de seguridad y civiles. Entre los civiles se encuentran periodistas, defensores de los derechos humanos y personas sin identidad, o no identificadas, que son ejecutadas por los cárteles. En diversos sectores del país se ha observado un incremento en los indicadores de incidencia del delito. En la actualidad 43 estudiantes han desaparecido, gracias al reflejo de un sistema corrompido, y el aumento de desaparecidos va al alza.

Bioética y narcotráfico

La intersección de estos conceptos es un tema complejo y poco explorado, que revela las profundas implicaciones morales y sociales de un problema que ha azotado a muchas sociedades. A primera vista, estos dos conceptos parecen distantes y sin conexión aparente (Gracia, 2003). Sin embargo, un análisis más profundo revela una serie de puntos de encuentro que obligan a una reflexión ética profunda.

La bioética, como disciplina, se encarga de analizar las implicaciones morales de las ciencias de la vida y de las tecnologías de la salud. Al aplicar este marco a la problemática del narcotráfico podemos identificar una serie de cuestiones éticas fundamentales.

Como ocurre en el tema de la salud pública, el consumo de drogas ilícitas tiene graves consecuencias para la salud de las personas, desde enfermedades infecciosas hasta trastornos mentales. La bioética nos invita a reflexionar sobre el derecho a la salud, la prevención de enfermedades y el acceso a tratamientos (Gómez, 2015).

En el ámbito de los derechos humanos, el crimen organizado viola una amplia gama de derechos, como el derecho a la vida, a la integridad física, a la libertad y a la seguridad.

En lo referente a la justicia social, el crimen organizado exacerba las desigualdades sociales y económicas, generando ciclos de violencia y pobreza. La bioética nos llama a promover una sociedad más justa y equitativa.

El crimen organizado ha impulsado la investigación de nuevas sustancias psicoactivas, muchas de las cuales tienen efectos desconocidos y potencialmente peligrosos.

La bioética plantea interrogantes sobre la ética de la investigación en este campo, por ejemplo, en temas como los siguientes:

1. Tráfico de órganos: el crimen organizado está involucrado en el tráfico de órganos, lo que plantea graves dilemas éticos relacionados con la explotación, la coerción y el consentimiento informado.
2. Experimentación humana: en algunos casos, el crimen organizado

ha llevado a cabo experimentos médicos no autorizados en seres humanos, violando los principios básicos de la bioética.
3. Contaminación ambiental: las actividades del crimen organizado, como la producción de drogas sintéticas, generan residuos tóxicos que contaminan el medio ambiente y ponen en riesgo la salud de las poblaciones cercanas (UNESCO, 2015).

A pesar de estos desafíos, la bioética puede desempeñar un papel fundamental en la lucha contra el crimen organizado (López, 2012):

- Informar las políticas públicas y proporcionar un marco ético para el diseño y la implementación de políticas relacionadas con el crimen organizado.
- Fomentar la investigación sobre los efectos del crimen organizado en la salud, la sociedad y el medio ambiente.
- Fortalecer los sistemas de salud, apoyando el desarrollo de sistemas capaces de responder a las necesidades de las personas afectadas por el crimen organizado.
- Defender los derechos humanos, trabajando para garantizar que los derechos de las personas afectadas por el crimen organizado sean respetados.

La intersección entre la bioética y el narcotráfico es un tema complejo y perturbador que revela las sombras más oscuras de la sociedad. A primera vista, estos dos conceptos parecen inconexos, pero un análisis más profundo muestra cómo el crimen organizado ha invadido esferas que, en principio, deberían estar protegidas por principios éticos.

Factores que han influido en el narcotráfico en México

Los factores fluidos en el narcotráfico en México son aquellos elementos dinámicos y cambiantes que influyen en la estructura, la operación y la evolución de las organizaciones criminales dedicadas al tráfico de drogas.

Recordemos que el narcotráfico en México está en constante evolución. Podríamos decir que evoluciona más rápido que nuestro sistema judicial.

Estos factores son de gran importancia para comprender la complejidad y la adaptabilidad de este fenómeno.

La demanda en Estados Unidos

El gran mercado consumidor de drogas en Estados Unidos ha sido un motor fundamental del narcotráfico en México.

Es ampliamente reconocido que aquel país es el principal mercado consumidor de las drogas ilícitas producidas en México. Esta demanda sostenida ha sido uno de los principales motores del narcotráfico en nuestro territorio y ha generado un ciclo de violencia y corrupción que ha afectado a ambos países.

Existe un gran mercado: la población de Estados Unidos, que es significativamente mayor que la de México, lo que crea un mercado potencialmente mucho más grande para las drogas ilícitas, las cuales tienen una facilidad de acceso. Sabemos que la frontera entre México y Estados Unidos facilita el tráfico de drogas, lo que ha hecho de este mercado un destino atractivo para los cárteles mexicanos (Valdez, 2013).

Existe una narcocultura del consumo, la narcocultura del consumo de drogas en Estados Unidos, especialmente entre ciertos sectores de la población, que han contribuido a mantener una demanda constante.

Las políticas de drogas en Estados Unidos, aunque han evolucionado con el tiempo, han sido históricamente más restrictivas que en otros países, lo que ha mantenido altos los precios de las drogas y ha incentivado el consumo.

Esto ha tenido varios resultados:

1. Violencia en México: la alta demanda de drogas en Estados Unidos ha generado una intensa competencia entre los cárteles mexicanos por el control de las rutas de tráfico y de los mercados, lo que ha desencadenado una ola de violencia en el país.
2. Corrupción: la gran cantidad de dinero generado por el narcotráfico

ha corrompido a funcionarios públicos en ambos lados de la frontera, facilitando las operaciones de los cárteles.
3. Impacto en la salud pública: el consumo de drogas en Estados Unidos ha generado graves problemas de salud pública, como el aumento de las tasas de adicción, enfermedades infecciosas y sobredosis.
4. Impacto social: la violencia relacionada con el narcotráfico ha tenido un profundo impacto en la sociedad mexicana, generando miedo, desplazamiento y desconfianza en las instituciones.

Tanto México como Estados Unidos han implementado diversas estrategias para combatir el narcotráfico, incluyendo:

1. Operativos militares: ambos países han llevado a cabo numerosas operaciones militares para detener a líderes de cárteles y decomisar drogas.
2. Cooperación internacional: México y Estados Unidos han firmado acuerdos de cooperación para combatir el crimen organizado y el tráfico de drogas.
3. Programas de prevención: se han implementado programas para prevenir el consumo de drogas y reducir la demanda.
4. Reforma de las políticas de drogas: algunos estados de Estados Unidos han legalizado o despenalizado el uso de ciertas drogas, lo que ha generado un debate sobre la efectividad de las políticas prohibicionistas.

Sin embargo, a pesar de estos esfuerzos, el problema del narcotráfico sigue siendo un desafío importante para ambos países.

La demanda de drogas en Estados Unidos continúa siendo un factor clave que impulsa la violencia y la criminalidad en México.

Corrupción

La infiltración del crimen organizado en las instituciones gubernamentales ha debilitado el Estado de derecho y facilitado las operaciones de los cárteles.

La corrupción se define como el abuso de poder para obtener beneficios personales o para grupos particulares, a expensas del interés público. En el contexto mexicano, la corrupción se manifiesta de diversas formas, desde el soborno hasta el nepotismo y la malversación de fondos (Astorga, 2011).

Tenemos un Estado de derecho débil, o por lo menos no ha evolucionado junto con las neurociencias, como en otros países. Más adelante plantearemos el porqué de esa circunstancia.

La falta de un Estado de derecho sólido y la impunidad permiten que la corrupción prospere y eso conlleva factores económicos muy importantes como la desigualdad social.

La gran desigualdad económica y social genera un clima de desconfianza en las instituciones y fomenta la búsqueda de soluciones alternativas, muchas veces ilegales.

Tenemos una cultura de la impunidad; las estadísticas lo evidencian. La falta de castigo a los corruptos refuerza la idea de que la corrupción es una práctica común y aceptada.

Existen grupos de poder económico y político que a menudo utilizan la corrupción para proteger sus intereses y obtener ventajas competitivas.

La opacidad en los procesos gubernamentales facilita la corrupción y dificulta la detección y la sanción de los actos ilícitos.

Existen diversas consecuencias de la corrupción, como las siguientes:

1. Desigualdad: la corrupción agrava la desigualdad social al beneficiar a unos pocos en detrimento de la mayoría.
2. Subdesarrollo: la corrupción desvía recursos públicos que podrían destinarse a mejorar la calidad de vida de la población.
3. Inseguridad: la corrupción está estrechamente relacionada con el crimen organizado y con la violencia.
4. Desconfianza en las instituciones: la corrupción erosiona la confianza de los ciudadanos en las instituciones gubernamentales.
5. Pérdida de competitividad: la corrupción desalienta la inversión y reduce la competitividad del país.

Consecuencias del narcotráfico

Hay que hacer notar la existencia de diversas consecuencias en México que ha traído el narcotráfico:

1. Violencia: asesinatos, secuestros, desapariciones y desplazamientos forzados son algunas de las consecuencias más visibles de la violencia relacionada con el narcotráfico.
2. Impacto en la economía: el narcotráfico ha pervertido la economía de muchas regiones de México, generando altos niveles de violencia y corrupción.
3. Impacto social: el narcotráfico ha tenido un profundo impacto en la sociedad mexicana, erosionando el tejido social y generando un clima de miedo e inseguridad.
4. Para enfrentar este problema es necesario adoptar un enfoque integral que combine acciones en materia de seguridad, justicia, desarrollo social y prevención del consumo de drogas. Además, es fundamental fortalecer la cooperación internacional para combatir el narcotráfico a nivel global (Flores, 2013).

Propuesta de solución

En México, al menos, la realidad muestra que la formación bioética en el terreno académico queda categorizada como un apéndice de unas "cuantas horitas" en el último año y mes de la formación universitaria de los futuros políticos, y a su vez no está contemplada en los planes de estudio de la mayoría de las carreras universitarias.

En México cualquier persona puede ser política; no es necesario tener una licenciatura ni inteligencia emocional, y mucho menos salud mental para serlo. O sea, no se estudia bioética ni sus implicaciones legales, políticas y sociales.

En esta investigación no queremos parecer soberbios al dar por hecho que la bioética es la solución al problema, sino que la nuestra es una pro-

puesta para solucionar el problema. Queremos enfocar la solución desde la bioética hacia las siguientes ramas de la ciencia: neurociencia, psiquiatría, psicología, educación, bioderecho.

Neurociencias

El término *neurociencia* se utiliza para referirse a la ciencia que se dedica al estudio, observación y análisis del sistema nervioso central del ser humano (el concepto de *neurobiología* a veces suele ser utilizado como equivalente).

La neurociencia es la ciencia de investigación y análisis sistematizado del sistema nervioso, de la cual también derivan los términos *neurología, neuropsicología* o *neurona,* entre otros.

La función principal de la neurociencia es estudiar y analizar el sistema nervioso central de los seres humanos y de los animales, sus funciones, su formato particular, su fisiología, sus lesiones o patologías, etcétera.

De este modo, a través de su estudio se logra conocer mucho mejor su funcionamiento para eventualmente actuar sobre él.

Debido a lo complejo y rico que es el órgano cerebral, que no tiene que ver nada más que con cuestiones anatómicas, sino también con el desarrollo de habilidades como el aprendizaje, el lenguaje, etc., la neurociencia es un campo científico muy amplio y variado que se clasifica en campos específicamente dedicados a cada una de estas funciones o particularidades del cerebro.

El sujeto que se dedica a ser líder, sicario, vendedor o vigilante de algún tipo de organizaciones delictivas podría tener un daño a nivel cerebral. Ahora bien, si es adicto a alguna droga desarrollará síntomas como consumir la sustancia diariamente o varias veces al día, gastar dinero para conseguirla, etc., y puede llegar al robo y a dañar a terceros si es que no cuenta con el suficiente efectivo para adquirirla. Siente la necesidad de tener un suplemento constante de drogas si desarrolla una adicción al THC (tetrahidrocannabinol), presente en el hachís y en la marihuana, y experimenta un sentido aumentado del gusto, la visión y el oído; le falta la memoria, se le irritan los ojos, tiene poca concentración, presenta tiempos de reacción retardada y paranoia.

Si toma barbitúricos de manera descontrolada, puede desarrollar otra serie de síntomas. Las benzodiazepinas también pueden causar diferentes manifestaciones, como dificultad al hablar, falta de coordinación, mareos, confusión, depresión, baja de la presión arterial y falta de concentración, pero son menos utilizados porque no hacen el mismo efecto que otras drogas más apetecidas.

El uso de cocaína, anfetaminas, metanfetaminas y metilfenidatos puede causar varios síntomas, que incluyen euforia, irritabilidad, falta de apetito, inquietud, depresión (cuando la droga pierde sus efectos), pérdida de peso, paranoia, congestión nasal, incremento de la temperatura del cuerpo, aumento de la presión arterial y del pulso, etcétera.

Pueden experimentarse síntomas al tomar y volverse adictos a las drogas como MDM, ketamina y GHB. Algunos de los efectos de la dependencia a las drogas incluyen ser más desinhibido, problemas de memoria, euforia o felicidad extrema, sentidos de la vista, gusto y oído incrementados, pérdidas del conocimiento, reducción de presión arterial. Los efectos más graves incluyen coma, ataques y muerte.

Pero ¿cómo podría la neurociencia ayudar en este problema? Muy sencillo: a futuro y ayudada por el derecho, creando una ley nacional de salud mental, mediante la cual cada ciudadano tenga por derecho, y por obligación, asistir a revisiones de su salud tanto física como mental, haciendo énfasis en zonas de escasos recursos. Pero en estos momentos que el problema tiene en la encrucijada al gobierno mexicano, afectando gravemente a la ciudadanía, se podrían llevar a cabo programas de salud, instaurados por el gobierno, en adolescentes, que son a quienes está captando el crimen organizado por falta de oportunidades, y donde el interés político prevalece sobre los intereses del ciudadano.

Es ahí donde todo profesional de la salud de la neurociencia tendría una obligación bioética con la sociedad.

Psiquiatría

La psiquiatría es la ciencia médica que se dedica al estudio y el tratamiento de los trastornos afectivos y las enfermedades mentales y pretende prevenir, diagnosticar y rehabilitar al paciente psiquiátrico.

De la psiquiatría se derivan varias subespecialidades, como la psicopatología, la psicofarmacología y la sexología. El psicópata es el enfermo que tiene un trastorno de personalidad caracterizado por un comportamiento eminentemente antisocial, por lo cual es frecuente que realice actos mediante las que infringe las leyes, ya sean robos, estafas o similares, pudiendo llegar hasta el secuestro o la agresión contra sus semejantes, todo ello sin que la persona con psicopatía tenga reducida su inteligencia y con una aparente insensibilidad ante el dolor que pueda provocar a otros (Lejeune, 2004).

Consideramos que la mayoría de los líderes del narcotráfico actúan bajo rasgos psicopáticos. Algunos estudios indican que en la actualidad el narcotráfico ha producido un incremento de personas con este trastorno de la personalidad antisocial (que puede llegar a presentarse en cuatro de cada 100 personas, dándose casi tres veces más en hombres que en mujeres), fomentando así el individualismo, que a veces puede ser el germen de una tendencia psicopática, a lo que además se agrega un deseo, en algunas personas, de aprovecharse del otro, e incluso de hacer daño sin sentimiento de culpa.

El narcotraficante mexicano ha cometido asesinatos muy violentos: una barbarie por el dinero y el polvo blanco. Las causas que originan la psicopatía todavía no están claras, aunque existe un factor genético que puede expresarse en éste u otro trastorno en función del ambiente donde se desarrolle la persona. Pero lo que sí parece determinante es la falta de atención emocional recibida de los padres durante la infancia, específicamente de los 0 a los 5 años, así como la despreocupación de éstos por su educación ética, lo que se proyecta en el afectado, ya desde la etapa escolar, en problemas de conducta con sus compañeros. Pero también existen los que los presentan cuando no hay un ambiente hostil y han crecido en un ambiente sano.

Aunque no toda conducta inadecuada de este tipo durante la infancia va a desembocar en una psicopatía, sí es suficientemente importante explorar los motivos por los que el pequeño molesta e incluso agrede a sus compañeros sin que en apariencia medie causa para ello, con el fin de poder descartar la patología o, de diagnosticarse, intervenir a tiempo, ya que cuanto antes se haga, mayor eficacia tiene el tratamiento para la psicopatía.

Cabe decir que este trastorno de la personalidad puede deberse a determinadas alteraciones cerebrales, sobre todo en el lóbulo frontal, ya sea por

malformación, enfermedad o lesión cerebral. Los psiquiatras forenses los han perfilado genéricamente de la siguiente manera: normalmente se trata de hombres jóvenes, aunque también se han identificado mujeres como líderes.

El primer hecho delictivo lo cometen antes de cumplir los 30 años. Tienen una infancia traumática por abandono, maltratos físicos, psíquicos o sexuales; tendencia al aislamiento de la sociedad y a tratar de vengarse de ella; tienen un mundo imaginario, lleno de fantasías, mejor que el real, pero no distinguen entre la fantasía y la realidad; se sienten amos del mundo y reviven con cada víctima los abusos sufridos identificándose con el agresor; tienen contacto personal con las víctimas; utilizan armas u objetos de diversa índole; estrangulan, golpean, fingen emociones que no sienten; buscan su propio placer; son solitarios, manipuladores, aunque pueden parecer sociables y de aspecto encantador; creen que todo les está permitido y tienen un particular sentido de la libertad; se excitan con el riesgo y con lo prohibido, y humillan a sus víctimas para recobrar la autoridad y realzar su autoestima.

Cuando su actuación es organizada preparan sus actos minuciosamente sin dejar pistas, dificultando su captura. El psicópata desorganizado sí deja pistas y comete errores, facilitando su aprehensión.

Una vez capturados suelen confesar, a veces atribuyéndose más víctimas, dado su afán de protagonismo y celebridad. Tienen la tendencia lúdica a actuar con la policía, desafiándola y sintiéndose superiores. Actúan en las redes sociales, interactuando con sus enemigos.

Teniendo en cuenta los síntomas y las manifestaciones enumerados, a primera vista pudiese parecer sencillo diagnosticar la psicopatía, pero no lo es tanto, ya que antes hay que establecer el diagnóstico diferencial de otras patologías y simulaciones que pueden mostrar comportamientos similares, como el trastorno límite de la personalidad, e incluso, en algunos casos, el retraso mental de quienes normalmente actúan siguiendo indicaciones. A nivel farmacológico, a pesar de los intentos por descubrir un tratamiento adecuado para la psicopatía, no existe un medicamento específico para ello, ya que el psicópata no padece delirios, alucinaciones, ni estados de ansiedad o agresividad que lo motiven.

No se puede combatir con este medio. Más bien, sacando al psicópata de las calles se evita que haga daño a alguien más, porque la realidad nos dice que casi nunca se produce su reinserción.

Podríamos describir el DSM-V y paralelamente estaríamos hablando de un líder del cártel mexicano o de un político mexicano. Con una ley nacional en salud mental podríamos detectar a tiempo este tipo de individuos para su tratamiento y para tener un menor índice de consecuencias fatales a largo plazo.

Psicología

La psicología es la ciencia que se ocupa, tanto teórica como prácticamente, del estudio de los aspectos biológicos, sociales y culturales del comportamiento humano, tanto a nivel social como individual, así como también del funcionamiento y el desarrollo de la mente humana.

Al ser tan amplio y vasto el universo del comportamiento y la mente humanos, la psicología se encuentra dividida en diversas ramas. Así encontramos la que se ocupa del aprendizaje, la evolutiva o del desarrollo; la psicología de la anormalidad, del arte, de la personalidad; la aplicada, la clínica, la educativa, la infanto-juvenil, la laboral, la comunitaria, la de emergencia y la forense.

El narcotraficante, al tener esta patología y tratarse de un trastorno de personalidad, es decir, que afecta cómo piensa, siente y actúa, debe de tener claro que el tratamiento de la psicopatía va a ser complejo, ya que se ha de intervenir en todos los ámbitos de la persona para conseguir corregir dicho comportamiento, aunque la mayor dificultad es que el psicópata quiera cambiar, sobre todo cuando sus actos le reportan una satisfacción personal inmediata y carece de suficiente empatía para sentir culpabilidad por su comportamiento.

La psicología podría utilizar distintas terapias; entre ellas, un entrenamiento, que consiste en que la persona realice diversos ejercicios de *rol-playing*, mediante el cual va adoptando distintos papeles sociales para que vaya teniendo experiencias positivas sobre otras formas de relacionarse, lo que en un futuro le ayudará a tener más opciones para asumir un comportamiento adaptado a los estándares sociales. Igualmente, las técnicas de meditación: utilizar la medicina oriental y la visualización positiva le ayudarán a controlar la tensión interna y la guiarán hacia la búsqueda de la satisfacción de sus impulsos más inmediatos.

Lo más difícil es que dejen de vulnerar las leyes, ya que los psicópatas son plenamente conscientes de cuándo transgreden las normas sociales y a pesar de ello lo hacen, tratando, eso sí, de que no los aprehendan, dando la mayor apariencia de normalidad para disimular el delito.

Es por eso por lo que es tan difícil detectarlos, y los beneficios que les proporciona esa situación hacen que sea casi imposible cambiarlos.

La mayor dificultad para conseguir alcanzar unas metas satisfactorias en este tratamiento es la falta de involucramiento de la persona psicópata, porque el suyo es un comportamiento voluntario y consciente que suele reportarle beneficios, ya sea de autocomplacencia o sociales, por lo que difícilmente querrá cambiar y seguir un tratamiento, el cual es más eficaz si se empieza a edades tempranas. Los psicópatas son personas que, además, suelen mostrar conductas adictivas, ya sea en el ámbito comportamental, como en el caso de la cleptomanía, o en el consumo de sustancias ilegales.

Es fundamental la psicología en esta solución ya que la gestión de emociones y la inteligencia emocional en la sociedad mexicana está abandonada por parte del Estado.

Educación

La educación está inhibiendo la creatividad del estudiante, porque en México se basa sólo en reciclar información; es decir, crea obreros para las empresas transnacionales. La educación en México ha sufrido una reforma integral, en la que la gestión de emociones del educando ha quedado rezagada, creando un sistema de competencias ineficaz para la vida cotidiana. El deber de las escuelas es motivar a los chicos para poder salir adelante y que los narcotraficantes no hagan presa fácil de ellos. Todos los educandos tienen un potencial, pero hay que desarrollarlo mediante el sistema educativo. El sistema que tenemos no crea esos potenciales. Con el sistema de sólo reciclar información se anulan estos potenciales. Ya no somos una sociedad industrial sino de servicios. Se necesita en México un sistema educativo que desarrolle todos esos potenciales. Un sistema educativo basado en las ciencias artísticas que desarrollarían un potencial muy amplio pero este sistema crea un conocimiento objetivo que sirve a un sistema laboral capitalista,

pues separa el intelecto de la emoción. Si diéramos más cabida a esta situación, un joven no se mostraría interesado en dar prioridad sus ideas capitalistas fáciles, dejando su vida a merced del narcotráfico (Marcos, 2012).

Bioderecho

La nueva imagen del derecho es cambiante y lógica. Según su definición, lo podemos entender como una mezcla de filantropía, iusnaturalismo y legalidad. En este contexto, el bioderecho, de acuerdo con el autor de este artículo, es el conjunto de normas jurídicas de carácter público y privado que se encarga de regular la biotecnología, la vida tanto en su inicio como en su final, respetando siempre la dignidad humana.

La biotecnología hace uso de organismos vivos o de compuestos obtenidos de organismos vivos para elaborar productos de valor para el hombre. La investigación con crioembriones es producto del desarrollo científico-tecnológico que ha alcanzado la humanidad, pero dada la posibilidad de que en su aplicación esta nueva tecnología de la vida puede atentar contra la persona humana y su dignidad, se vuelve necesaria su reglamentación a través de un estatuto jurídico-ético, cuyos principios y normas básicas nazcan de un estudio multidisciplinario de tres ciencias básicas: biología, ética y derecho.

No se trata de una limitación a la investigación científica, sino de establecer controles a la misma, partiendo de la idea de que las políticas y los principios no inciden sobre el descubrimiento, sino sobre su difusión; no sobre la innovación, sino sobre su aplicación, y que la libertad de investigación no es absoluta sino que está regulada por la ley; contenidos todos que dan origen a una nueva visión y a una rama especializada del derecho: el bioderecho.

Este estudio se concentra en regular el impacto de las nuevas tecnologías de la reproducción humana extracorpórea en el ámbito jurídico-ético. Y este se inicia con un análisis multidisciplinario, que comprende lo siguiente:

1. Derecho médico sanitario y bioética. Las diferencias y las relaciones entre la bioética y el derecho médico, así como la necesidad de

contar con un marco de fundamentación ética y con una mirada panorámica del derecho de frontera, como es el caso, se regulan por el bioderecho a través de la Ley General de Salud.

II. Actos de disposición de recursos biológicos. El uso biotecnológico de material biológico humano (entendido como genoma, tejidos, órganos o embriones) supone un marco de protección de la dignidad humana frente a las posibles innovaciones biotecnológicas. Se trata de aspectos regulatorios, así como de la posible responsabilidad jurídica generada por la disposición de derechos sobre recursos biológicos humanos.

III. Derecho genómico. La mayor revolución biotecnológica surge con la posibilidad de manipular el genoma humano y de otras especies, lo cual se expresa en beneficios como una mejor calidad de vida (medicina predictiva, ingeniería genética, terapia génica), pero a su vez genera riesgos que son la materia de regulación del derecho genómico. Se tratan temas relacionados con la fundamentación ética y jurídica del derecho genómico, así como con la responsabilidad por asesoramiento genético y otros aspectos regulatorios en México (Iglesias, 2009).

IV. Bioseguridad. La manipulación biotecnológica implica el riesgo de producir daños graves e irreparables en el ser humano, en los animales y en el medio ambiente. El bioderecho, que sistematizará y dará coherencia jurídico-ética a las nuevas realidades emergentes en el ámbito de la reproducción humana extracorpórea, y a partir de la temática que nos ofrece la biología molecular, celular y urbanística, permitirá establecer los principios y las normas de derecho que regulen la pluralidad de actos y técnicas con las que se desempeñan los nuevos operadores de estas tecnologías de la vida.

El bioderecho debe regular y ordenar eticamente las siguientes problemáticas: la inseminación artificial, la fecundación *in vitro* y la clonación humana, la filiación de los hijos (nacidos mediante las nuevas tecnologías de fertilización extracorpórea) y la imposibilidad de los cónyuges para impugnar la filiación de los hijos habidos por la clonación, la naturaleza jurídica del embrión, la maternidad subrogada, capacidad civil de la mujer,

beneficiaria de estas técnicas, la identidad de los donadores y la infecundidad de los beneficiarios (Estefani, 2007), así como la criogenización y el destino de los embriones.

Cabe señalar que el aborto, la eutanasia y los Trasplantes también son temas de regulación del bioderecho, pero en este trabajo me enfoco en las figuras jurídicas poco observadas, y en las figuras con lagunas legales en el marco jurídico mexicano. Conforme el desarrollo de esta postura, se definirán y reestructurarán estos conceptos en su orden (FLACSO, 2010).

Precisando que existe una diferencia entre justicia y derecho, postulo una ley no formalista, no dogmática, no antihistórica, un derecho insertado en su realidad social cambiante, de cara al futuro, que no sólo regule situaciones ya esclarecidas, sino también las nuevas realidades de las que no hay precedentes. Y aquí el jurista, el operador de la ley, en el caso de la temática que desarrollo, debe solicitar de otras ciencias conexas al tema, como la biología, la medicina y la ética, su colaboración, para establecer de manera conjunta los principios y las normas básicas que permitan conjugar la investigación científica y su responsabilidad, y la protección de la persona humana y su dignidad, que son tareas específicas de la ética y el derecho, a través del bioderecho. Por ejemplo, observamos que en la tecnología de la clonación animal se presentan deficiencias como la vejez prematura, los abortos en porcentajes elevados, el debilitamiento del sistema inmunológico, las anomalías en los órganos vitales de los animales clonados, etc. No obstante lo expuesto, por el bien de la persona humana ha llegado la hora de asumir con creatividad e innovación la temática de la clonación partiendo de su análisis ético.

Este tipo derecho crea bases éticas y no legales. Recordemos que en México el derecho no persigue la justicia, que debería garantizar la destrucción de la corrupción. ¿El derecho es una solución a los hechos de sangre? Podría ser un instrumento, pero no la solución. La cultura del *shock* de los gobiernos capitalistas mexicanos ya no funcionan. Tienen que recurrir al derecho, la neurociencia, la psiquiatría, la educación y la ética.

Esto es un problema de valores, es orgánico, lo cual implica que el derecho está imposibilitado para dar solución al narcotráfico en este país. Antes de ser jurista uno es persona, por eso creemos que es urgente una Ley Nacional de Salud Mental.

Referencias

Andrade, J. (1999). *La historia secreta del narco: desde Navalito vengo.* Océano, México.
Astorga, L. (2011). *El siglo de las drogas.* , México (165).
Castañeda, E., y Scheider, C. L. (eds.) (2022). *Charles Tilly sobre la violencia colectiva, política contenciosa y cambio social.* Antología selecta (pp. 211-234). Instituto de Investigaciones Sociales- .
Diego Gracia, G. (2003). Bioética: un nuevo paradigma para la medicina. *Revista Española de Salud Pública, 77*(2), 119-127.
Estefani, R. (coord.) (2007). *Bioética y bioderecho.* Comares, Granada.
Flores Pérez, C. A. (2013). *Historias de polvo y sangre: génesis y evolución del tráfico de drogas en el estado de Tamaulipas.* .
García, G. J. (2008). Los principios de la bioética. En M. A. Pablos (ed.), *Bioética y valores humanos* (pp. 35-52). Universidad de Navarra.
Gómez Sánchez, M. (2015). La bioética en la investigación con células madre embrionarias: un análisis desde la perspectiva de los derechos humanos (tesis de maestría). Universidad de Sevilla.
Iglesias Prada, J. L. (2006). *La protección jurídica a los descubrimientos genéticos y el Proyecto Genoma Humano.* , Madrid.
Junquera de Estefani, R. (2009). *Neurociencia*. Tecnos, Madrid.
Lejeune, J. (2004). *¿Qué es la psiquiatría?* , México 2004.
López López, A. (2012). El cartel de los sapos: la historia más secreta de una de las mafias más poderosas en el mundo: el cartel del norte del Valle (tesis de maestría). México, Planeta.
Marcos del Cano, A. M. (1999). *La eutanasia: estudio filosófico jurídico.* Marcial Pons- , Madrid.
Naisbitt, J. (1994). *Mega tendencias* 2000. Norma, Bogotá.
Ortiz Caballero, R. (2006). *El derecho en la sociedad posmoderna.* , Lima.
Potter, V. R. (1971). *Bioethics: Bridge to the Future.* Prentice-Hall.
Ramos, R. (2012). *Psicología.* , Santa Fe, Argentina.
Repositorio Digital Ecuador (2010). El narcotráfico en México desde el discurso oficial. https://repositorio.flacsoandes.edu.ec/bitstream/10469/2796/1/TFLACSO-2010MDNL.pdf
(2005). Declaración universal sobre bioética y derechos humanos. https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_spa
Valdés, G. (2013). *Historia del narcotráfico en México.* Aguilar: México.

2. Derecho ambiental con perspectiva de bioderecho. ¿Y la ecofarmacovigilancia?

DOI: 1052501/cc.307.02

Resumen

El bioderecho, la salud pública y la ecofarmacovigilancia son tres áreas que han buscado garantizar el medio ambiente adecuado para el desarrollo del ser humano, cada una desde su campo; sin embargo, el presente documento considera la posibilidad de integrar estos conceptos en una misma dirección. El resultado fue describir los tres conceptos y la relación que guarda cada una con los otros campos y detallar la necesidad de impulsar estrategias tanto en normativas como en hábitos sociales para garantizar un medio ambiente sano para los seres vivos de este planeta.

En ese sentido, ha sido objeto de este capítulo detallar los inicios del término *bioderecho* y su relación con la ecofarmacovigilancia, además de enlistar los efectos que se están produciendo en el medio ambiente por el desecho inadecuado de medicamentos (los cuales son residuos peligrosos domiciliarios) y su repercusión en la salud pública. Se presentan las normativas que comienzan a trabajar para reducir los efectos de la contaminación por fármacos y la reglamentación que debería ser actualizada, buscando implementar los beneficios de la ecofarmacovigilancia en México.

Desde el enfoque de los derechos humanos se genera un abordaje que abarca la protección jurídica de las generaciones futuras. Se descri-

* Doctora en Ciencias Sociomédicas, Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara, Jalisco, México. ORCID: https://orcid.org/0000-0002-6935-5788

** Maestro en Sociología de la Salud, Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara, Jalisco, México. ORCID: https://orcid.org/0009-0002-1507-9957

ben los objetivos de desarrollo sostenible que incluyen el aspecto del cuidado del medio ambiente y se agrega su posible inferencia a la ecofarmacovigilancia.

Por último, se señala el Programa de la Organización de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente que incluye la Red Iberoamericana de Programas Posconsumo de Medicamentos donde México participa de manera activa a través del Sistema Nacional de Gestión de Residuos de Envases de Medicamentos.

El capítulo finaliza con una reflexión sobre el agua y la vida en riesgo.

Palabras clave: *bioderecho, salud pública, ecofarmacovigilancia, medio ambiente,* ODS.

Bioderecho

Por bioderecho se entiende el

> conjunto de materias jurídicas relacionadas con los seres vivos en general, abarcando toda la materia viva presente en el planeta, desde microorganismos y plantas, hasta las grandes especies de animales y muy en particular el ser humano, sus ecosistemas y su evolución (Romeo, 2022, p. 85).

El bioderecho se encuentra relacionado con la bioética y con otras disciplinas afines. Sin embargo, no es dependiente de éstas, ya que su área de competencia se enfoca en el hecho bioético-jurídico; es decir, su actuar se centra en regular, a través de normativas, todas las acciones que repercuten en la búsqueda del control del ambiente sano y adecuado para el desarrollo del ser humano (Schaefer, 2017). De tal manera que "el bioderecho es la manifestación jurídica de la bioética" (Schaefer, 2017, p. 286). Bioderecho también alude al derecho y a su competencia en el área de la biotecnología (Schaefer, 2017) y a la atención jurídica que debe velar por que el desarrollo científico y tecnológico sea regulado sin anteponerse a la dignidad humana (Del Valle, 2024). Sin embargo, el campo de acción del bioderecho no se circunscribe a esa esfera solamente, sino que abarca distintos escenarios: el

análisis genético, los biobancos, las células troncales, la eugenesia, la muerte encefálica, la iatrogenia, el genoma humano, la salud pública, los sistemas de salud, entre otros (Soberanes, 2023). Además, se considera que

> los campos de acción del bioderecho son amplios, ya que al estar vinculados al ser humano buscan también salvaguardar y proteger el equilibrio de los ecosistemas, los animales y las plantas que en ellos habitan y las intervenciones que se hacen en ellos [y] buscan mantener la seguridad de éstos en los procesos de investigación científica y en su explotación con fines comerciales [del Valle, 2024, p. 2]

es justo considerar también que el efecto negativo sobre el equilibrio de los sistemas naturales derivado de las acciones humanas que persiguen su bienestar, debe ser un campo de estudio del bioderecho. Por lo tanto, procurar que exista respeto por la vida existente en el planeta y, en sentido amplio, de lo que conlleva compartir un espacio, entonces es necesario considerar los efectos que tienen las acciones humanas sobre los ecosistemas, sobre la fauna marina (que es parte de la alimentación del ser humano) y sobre la salud pública en general.

En este último ámbito, en el de la salud pública, se incluye lo referente "al control y al régimen sanitario animal y vegetal, bien por ser éstos objeto del consumo humano, bien por poder entrar en contacto con el ser humano y padecer así el riesgo de transmisión de enfermedades interespecies" (Romeo, 2022, p. 88). De manera que cualquier ente marino, al presentar modificaciones en su metabolismo como consecuencia de la alteración de su hábitat, y pasar después a ser alimento para los seres humanos, puede tener repercusiones hasta el momento no estudiadas a profundidad.

Bioderecho y ecofarmacovigilancia

Por lo antes señalado este capítulo se enmarca en el amplio mundo del bioderecho a partir del enfoque de dos de los tópicos que engloba el documento sobre bioderecho del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Nacional Autónoma de México (Soberanes, 2023): el de la salud

pública y el de los sistemas de salud, ambos como ámbitos de competencia del Bioderecho. En dicho documento se señala que salud pública es el

> conjunto de condiciones mínimas de salubridad de una población determinada que debe ser garantizado y protegido por los poderes públicos. Entre las tareas que debe desempeñar el poder público se encuentran las de conducción, regulación, modulación de la financiación, vigilancia de aseguramiento y armonización, y el objetivo central a perseguir es la salud de las poblaciones y todos los aspectos que contribuyan a mejorarla [Soberanes, 2023, p. 17].

Mientras que el sistema de salud

> engloba todas las organizaciones, instituciones y recursos destinados a llevar a cabo las actividades encaminadas a mejorar la salud. Por su importancia la atención a la salud trasciende a las entidades públicas, secretarías o ministerios de salud de cada país, de tal manera que la mayoría de los sistemas de salud nacionales incluyen tanto al sector público como privado, al tradicional y al informal […] también forman parte de los sistemas de la salud las acciones complementarias, tales como la atención a la educación, la alimentación, el empleo, la vivienda y el transporte; asimismo, se incluyen los servicios básicos de agua potable, electricidad, saneamiento básico, basura y sistemas de desagüe [Soberanes, 2023, p. 18].

En ese sentido, todo el engranaje que resulta de los sistemas de salud, como recursos económicos, instituciones y, en especial, los desechos que día con día se producen en estos espacios, debe tener una vigilancia permanente por considerarse con un potencial importante de contaminación del ambiente. De ahí que se recurra a la ecofarmacovigilancia, ya que ésta busca atender el impacto de los fármacos sobre el medio ambiente y la salud pública que, al ser desechados de manera inadecuada en la basura común, pasan a contaminar el subsuelo y los afluentes de agua que se utilizan para producir gran parte de los alimentos destinados al consumo humano (Farías, 2023). Ahora bien, si con esto no quedara claro que la ecofarmacoviglancia es de la incumbencia del bioderecho, basta recordar que todo fármaco lleva en su elaboración una tecnología farmacéutica aplicada en su elaboración,

diseño y control con el objetivo de volverlo eficaz y seguro (Razuc, 2019). El avance de la biotecnología llegó desde hace 30 años al área farmacéutica, donde el diseño de los biofármacos (medicamentos elaborados con procesos biológicos en el interior de células vivas) cobra relevancia y cuyos efectos sobre el medio ambiente, una vez desechados, también son relevantes (CAEMEBIO, s. a.). Un biofármaco puede definirse como el "producto […] cuyo principio activo es de naturaleza biológica y es producido por biotecnología" (CAEMEBIO s. a., p. 4). Lo que se quiere señalar con esto es que los biofármacos conllevan la biotecnología en su producción y que pueden parecer amables con las demás especies vivas, pero faltaría contemplar estas nuevas tecnologías en los marcos normativos internacionales pues su fin (regresar la salud) se puede tergiversar al buscar el beneficio económico, dejando de lado la integridad de las demás especies y el cuidado del medio ambiente.

Ecofarmacovigilancia

La ecofarmacovigilancia la mencionan de manera pionera Daughton y Ruhoy y la definen como "la ciencia y actividades asociadas a la detección, evaluación, compresión y prevención de los efectos adversos de los productos farmacéuticos en el medio ambiente" (Álvarez, 2015, p. 184).

En otro lugar la ecofarmacovigilancia se describe como

> la ciencia y actividades relativas a la detección, evaluación, comprensión y prevención de los efectos adversos u otros problemas relacionados con la presencia de los productos farmacéuticos en el medio ambiente, que afectan a humanos y a otras especies animales y vegetales (Mex, 2023, p. 196).

La ecofarmacovigilancia involucra a funcionarios de salud, instituciones de cuidado ambiental, ingenieros, médicos, agricultores, veterinarios y a toda la red que monitorea, controla y resguarda la salud pública.

De este modo, la ecofarmacovigilancia es la ciencia encargada de disminuir los efectos adversos causados por la presencia de fármacos que son desechados en el medio ambiente, con el fin de frenar la contaminación

ambiental. Por lo anterior resulta necesario concientizar sobre el correcto procedimiento de eliminación de los productos farmacéuticos e identificar el impacto que éstos pueden tener en la contaminación ambiental y en la salud humana, en vistas de preservar el derecho a la salud integral y un medio ambiente limpio y adecuado que se ha buscado recuperar en los recientes foros de bioética, salud y contaminación ambiental (De Lorea et al., 2016).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, el desecho de medicamentos incluye la eliminación de todos aquellos productos farmacéuticos que han expirado, se han derramado o se han contaminado, así como de aquellos medicamentos que no son de utilidad y necesitan disponerse de forma adecuada, procurando garantizar tanto el acceso completo a la salud como la preservación del entorno adecuado, cuidando que una garantía no prevalezca sobre otra. En ese sentido, la ecofarmacovigilancia debe buscar el equilibrio de estas disposiciones sin interrumpir el adecuado y necesario surtido de medicamentos en pro de procurar la austeridad de éstos (Universidad Latina de Costa Rica, 2023).

Las acciones de la ecofarmacovigilancia han iniciado con un listado de los residuos de fármacos encontrados en el medio ambiente; sin embargo, se han quedadas estancado en describir el número de contaminantes en suelo y agua, y aunque son aportes importantes se necesita llevar la doctrina a la multidisciplinariedad para que desde distintos enfoques se amplíen los beneficios del monitoreo y el control de contaminantes en el medio ambiente así como el resguardo de la salud pública.

Ecofarmacovigilancia y medio ambiente

El artículo 3º de la Ley General del Equlibrio Ecológico y la Protección al Ambiente define al ambiente como "el conjunto de elementos naturales y artificiales o inducidos por el hombre que hacen posible la existencia y desarrollo de los seres humanos y demás organismos vivos que interactúan en un espacio y tiempo determinados" (LGEEPA, 2024, p. 2). Esto significa que el lugar donde el ser humano vive debe ser favorable para su existencia y que la interacción con él debe contribuir a su desarrollo, procurando que éste no se anteponga al de las demás especies con las que

comparte el espacio. Sin embargo, en esta interacción entre ser humano y ambiente pueden existir hechos que dañan el entorno. Algunos de ellos son la forma cómo se tira la basura, el uso que le damos al agua, la utilización de materiales contaminantes en el suelo, entre otras más. Y uno muy en especial que compete al análisis de este capítulo son los medicamentos, los cuales, por ser residuos[1] con compuestos químicos, al ser desechados en toneladas alrededor del mundo como basura común, contaminan el medio ambiente. Y los medicamentes pueden incluirse como materiales peligrosos,[2] dado que al ser tirados a la basura común y entrar en contacto con agentes externos pueden tornarse tóxicos para los seres vivos, aun en concentraciones muy bajas, además de provocar un daño irreversible al medio ambiente.

Estos hallazgos se han sumado a la importancia de implementar medidas sobre el desecho de residuos farmacológicos caducos y sin utilizar, con especial énfasis en el monitoreo de exposición, efecto sanitario y ambiental, así como en el desarrollo de productos biodegradables y ampliando la educación sobre el uso racional de fármacos y el depósito de éstos en contenedores seguros, a través del Sistema Nacional de Gestión de Residuos de Envases de Medicamentos (SINGREM) en México.

Si bien es cierto que la presencia de contaminantes provenientes de residuos de medicamentos está presente en suelo, aire y cuerpos de agua, preocupa en mayor medida este último, ya que los países que mayor énfasis han hecho en el monitoreo ambiental de medicamentos, como Estados Unidos, Reino Unido, España y Alemania, han llegado a detectar hasta 200 diferentes fármacos en sus aguas superficiales y freáticas, en el agua corriente y en el agua potable. Para dar una idea de la magnitud del problema, en la tabla 1 se presenta una compilación de los grupos de fármacos con mayor potencial ecotóxico hallados en efluentes de agua, plantas residuales, mantos acuíferos e, incluso, depósitos de agua potable.

[1] Por residuo se puede entender "cualquier material generado en los procesos de extracción, beneficio, transformación, producción, consumo, utilización, control o tratamiento cuya calidad no permita usarlo nuevamente en el proceso que lo generó" (, 2024, p. 6).

[2] Como material peligroso se considera a "elementos, substancias, compuestos, residuos o mezclas de ellos que, independientemente de su estado físico, represente un riesgo para el ambiente, la salud o los recursos naturales, por sus características corrosivas, reactivas, explosivas, tóxicas, inflamables o biológicoinfecciosas" (, 2024, p. 5).

Tabla 1. *Los contaminantes en el agua*

Grupo de medicamento	*País con mayor porcentaje*	*Residuos localizados en*	*Cantidades encontradas*	*Especies afectadas*	*Efectos tóxicos*
Analgésicos	Pakistán Efeverde, 2022 Cuñat et al., 2016	Aguas superficiales, depósitos de agua potable, aire, suelo	Hasta 378 mg/L	Peces Diversas especies de algas Diversas bacterias Hortalizas	Alteraciones en riñones y branquias Inhibición de crecimiento Inmovilización
Antibióticos	España China Martínez et al., 2020	Aguas superficiales, plantas residuales	Hasta 285 mg/L	Diversas especies de pulgas de agua Lentejas de agua Algas Diversas bacterias	Efectos en la actividad metabólica y la reproductividad Mortalidad Inhibición de crecimiento
Antiácidos	España EUA Castro et al., 2015	Aguas residuales, mantos acuíferos	Hasta 1000 ug/L	Pez cebra Algas selastrum	Inhibición de crecimiento
Antidepresivos	EUA China Cuñat et al., 2016	Ambientes acuáticos	Hasta 187 mg/L	Diversas especies de larvas Diversas especies de pulgas de agua Especies de algas	Inhibición de crecimiento Alteración en la fecundidad Estimulación de la reproducción
Anticonvulsivos y control de lípidos	México García et al., 2021	Aguas de los ríos	0.01 ppm	Algas y peces	Efecto de estrógenos en su metabolismo
Antiinflamatorios	México Sanabria et al., 2019	Acuíferos, aguas superficiales, reservorios de agua	1 ng/L-464 ng/L		

Fuente: elaboración propia.

Por otro lado, la contaminación en el aire también ha llevado a establecer alarmas críticas de pérdida de biodiversidad debido a que los fármacos persistentes que han quedado absorbidos en las partículas del suelo pueden movilizarse por la erosión y los vientos a distintas partes del mundo y, una vez en la atmósfera, éstos pueden volver a depositarse en la superficie con las lluvias.

Un ejemplo de lo anterior quedó explícito en una de las alertas ecológicas ocurrida en la década del 2000 con el diclofenaco, donde las poblaciones de tres especies de buitres colapsaron catastróficamente en el sur de Asia, dejándolos al borde de la extinción. Esta mortalidad "se observó por primera vez en 1997 entre los buitres orientales de dorso blanco" (Castro et al. 2015, p. 25).

A partir de lo anterior, diversas organizaciones trataron de determinar la causa de las altas tasas de mortalidad de estas especies de buitres. Varias

hipótesis apuntaban a la falta de alimento, al mayor uso de pesticidas en la agricultura, al envenenamiento por perjuicios a la especie, a la persecución humana, a factores ambientales e incluso a una enfermedad infecciosa. Sin embargo, en Pakistán y la India la necropsia de buitres que habían muerto repentinamente indicó que la mayoría había sufrido de gota visceral, resultado de insuficiencia renal que conduce a la hiperuricemia y a la deposición de cristales de ácido úrico en los órganos internos. Estos hallazgos propiciaron investigaciones más profundas sobre el tema y así, en entrevistas a veterinarios en el sur de Asia, se supo que el diclofenaco, que recién había sido puesto en venta para uso en seres humanos en Pakistán, se encontró en los riñones de los buitres que habían muerto y presentado síntomas de gota visceral. Como resultado de lo anterior, y debido al incremento de los informes que alertaban sobre los potenciales efectos de este fármaco en las aves, así como en los peces, el diclofenaco fue incluido en la lista de sustancias prioritarias de la Directiva del Marco del Agua en los Estados Unidos (Castro et al., 2015).

Estudios más recientes han señalado la necesidad de estudiar la presencia de fármacos en los diversos ríos del mundo, toda vez que la fauna marina se ha expuesto a alteraciones biológicas producidas por la contaminación de los medicamentos. Por ejemplo, Hignite et al. (2022) reportaron que en 1977 se descubrió ácido salicílico y clorofenoxiisobutirato en el río Missouri, en Estados Unidos, confirmando que la contaminación por fármacos puede ser originada por los desechos eliminados por las plantas farmacéuticas; sin embargo, sus resultados fueron ignorados en ese entonces, debido a la errónea creencia de que la dilución era la solución a la contaminación. Otro estudio hecho por Aus et al. (2022) reportó que en Australia se encontraron 69 medicamentos diferentes en más de 190 invertebrados de los arroyos cercanos a Melbourne. Los investigadores calcularon que un ornitorrinco que se alimentaba de estos animales recibía la mitad de la dosis diaria de antidepresivos que se prescriben para los seres humanos. Por su parte, Kidd et al. (2022) concluyeron que algunos fármacos que poseen funciones endocrinas han causado diversos efectos en la fauna ya que, aun en concentraciones muy bajas, algunos pueden feminizar a los peces machos impidiendo la reproducción de algunas especies. Ejemplos de ello son la metformina y los estrógenos, los cuales causan la feminización de los peces

machos y provoca una afectación de especímenes aptos para la reproducción que conlleva la merma de la población de peces.

Como resultado de los intentos de llevar la ecofarmacovigilancia a los foros de contaminación ambiental, de salud pública y de bioderecho se ha contribuido al estudio más frecuente de la contaminación ambiental producida por la comercialización y la disposición de fármacos en el ambiente. Sin duda, esta doctrina ha comenzado a poner en el foco de análisis los problemas colaterales que pueden surgir en la salud humana como consecuencia de la contaminación ambiental. Por eso el siguiente apartado adelanta ideas de los efectos que se han comenzado a desarrollar en la salud pública.

Daños a la salud pública

Antes del año 2000 se conocía poco sobre los efectos de los desechos farmacéuticos en la salud pública. En 2014 se generó una revisión que incluía más de 1 000 publicaciones con datos de residuos farmacéuticos en las aguas freáticas, las aguas subterráneas, el suelo, entre otras áreas del medio ambiente (GEA, 2014). En aquella época existían más de 4 000 principios activos recetados en todo el mundo, con una producción anual de 100 000 toneladas (GEA, 2014).

Con la ecofarmacovigilancia el tema de la contaminación por residuos farmacológicos comenzó a tener auge en la academia científica; sin embargo, los efectos en la salud humana ya se comenzaban a percibir. Ejemplo de esto fue el presentado por Castro et al (2015) y retomado por Badr et al. (2024). En ese estudio ecológico realizado por investigadores de la Universidad de Toronto se emplearon datos epidemiológicos y de salud pública de 85 países, México entre ellos, buscando correlacionar el uso de anticonceptivos orales con la incidencia de cáncer de próstata. En ese estudio los autores sugirieron que

> existe la posibilidad de que las cantidades de estrógenos que llegan a los depósitos de agua como resultado del alto consumo de anticonceptivos orales en algunos países pudo ser la causa del aumento de cáncer de próstata debido

a la probable exposición crónica que se presentó hacia este químico [Castro et al., p. 794].

Otros ejemplos de los daños a la salud humana debido a la contaminación de fuentes de agua se presentaron en la región del Valle de Tula, donde hubo irrigación con aguas residuales sin tratar. En dicha región se detectaron en el suelo agrícola fármacos como el ibuprofeno, el naproxeno, el diclofenaco y la carbamazepina, que terminaron por contaminar los alimentos que se consumían ahí (Vázquez et al., 2022). Estas ideas reafirman la necesidad de impulsar la ecofarmacovigilancia en las regiones donde más se expone a los seres humanos a la contaminación de los recursos hídricos por fármacos.

Se desconoce en gran medida todos los efectos en la salud humana que ocasiona la disposición de medicamentos, pero se ha documentado la prevalencia de enfermedades crónicas por la exposición de ciertos fármacos en el ambiente. Por ejemplo, un estudio detectó la presencia de paracetamol en mantos acuíferos de 29 países, donde también se demostró, a través del mismo estudio, que la exposición fetal a este fármaco pudo aumentar el riesgo de presentar problemas de comportamiento, como el síndrome de déficit de atención y desórdenes hipercinéticos durante la niñez. La investigación arrojó que cuando la mamá consumía paracetamol con mayor frecuencia durante el embarazo, existía el riesgo de que se produjera afectación en el desarrollo del cerebro fetal. Esta exposición al paracetamol durante el embarazo proveniente del agua potable contaminada con residuos del mismo es consumida por las madres (Baker et al., 2020).

Ahora, en épocas recientes, se pueden citar estudios que prueban el efecto nocivo para la salud de este tipo de contaminación. Por ejemplo, en Alemania y Francia se encontró una contaminación del agua potable con varios tipos de desechos con efecto nocivo a nivel endocrino (García et al., 2021). También se encontraron rastros de estrógenos con efecto en algas y peces con exposición prolongada (García et al., 2021). En las aguas de los ríos Rin y Höje, en Suiza, se hallaron residuos de anticonvulsivos y fármacos para el control de lípidos, y en las aguas del río Elba, distintos antiinflamatorios (García et al., 2021).

Se ha documentado el desarrollo de bacterias resistentes a los antibióticos que infectan plantas, animales y seres humanos (Mex, 2023). Algunas

especies marinas han tenido efectos tóxicos en su metabolismo, incluso ha ocurrido la muerte de otras que suelen ser de consumo humano, de manera que, de forma indirecta, los alimentos provenientes del mar pudieran estar contaminados con residuos de distintos fármacos (García et al., 2021). Específicamente en el pez la carpa, se utilizaron biomarcadores para observar los niveles de bioconcentración de fármacos y se encontró carbamazepina que alteró sus enzimas hepáticas (García et al., 2021).

En los acuíferos profundos se han hallado residuos de medicamentos en concentraciones de 0.01 ppm y se ha reportado que basta esa concentración para ser tóxico en los seres vivos (García et al., 2021). También se ha referido que los contaminantes emergentes afectan a la ecología y a la salud humana a pesar de hallarse en concentraciones bajas: µg/l y ng/l (Meléndez, 2020). Ésta es una de las razones por las que escapan a la red de monitoreo ambientales y a las plantas de tratamiento de aguas residuales (Meléndez, 2020). Además de que se conoce que, "por sus propiedades polares y no volátiles, los desechos farmacológicos se disuelven y pasan a formar parte de los lixiviados, que al filtrarse lentamente llegan a depositarse en aguas no contaminadas subterráneas" (García et al., 2021, p. 331). Por lo tanto, muchas de las moléculas de los medicamentos son muy estables, lo que hace que permanezcan en el agua tratada que se destina al riego de jardines y cultivos agrícola e incluso pueden llegar hasta las aguas de los mantos acuíferos profundos que se utilizan como agua potable (García et al., 2021).

De esta manera, la presencia de fármacos en las aguas que se utilizan para consumo humano no sólo afectan la salud, sino que está aumentando la resistencia de las bacterias causantes de enfermedades, lo que ha llevado a la propagación de nuevas cepas capaces de sobrevivir a los tratamientos de las enfermedades que antes se controlaban por medio de fármacos. Estudios recientes han reportado que la reutilización de aguas residuales destinadas para usos no potables y potables ha aumentado la exposición humana a bacterias potencialmente portadoras de resistencia a los antibióticos. Por ejemplo, "en México ya se han reportado acuíferos con presencia de cepas de *E. coli* resistentes a tetraciclina, ampicilina, cloranfenicol y trimetoprima-sulfametoxazol, así como gammaproteobacterias resistentes a sulfametoxazol y a oxacilina presentes en suelos agrícolas irrigados con aguas residuales" (Lüneberg et al., 2022, p. 4).

Finalmente, el daño ocasionado por la contaminación de recursos se debe prevenir desde la fabricación de medicamentos y vigilando la disposición de los residuos de éstos. Estudios como el de Sánchez et al. (2013) y Zúñiga et al. (2017) han reportado que tan sólo en México los hospitales de tercer nivel pueden llegar a desechar anualmente más de 200 kg de medicamentos que no se utilizaron, lo cual representa un desperdicio monetario anual superior al millón y medio de pesos. Por otro lado, Gómez et al. (2019) reportaron que los residuos industriales de una planta de fabricación de AINES en el Estado de México indujeron estrés oxidativo en diversas especies de carpa, uno de los peces de mayor abundancia en esa entidad.

Todos estos aportes resaltan la urgencia de trabajar en una normativa que regule tanto la fabricación como la disposición de fármacos en el ambiente, buscando con ello ampliar las bondades del bioderecho, y, por otro lado, plantear en la legislación reglas que ayuden a implementar la ecofarmacovigilancia en todos los ámbitos de gobierno y en todos los foros de salud pública y medio ambiente.

Normativa

Los intentos por frenar la contaminación producida por los fármacos han llevado a establecer programas, reglamentos, normas y reformas que buscan reducir el potencial daño que se está causando al ecosistema. En algunos se enlistan los medicamentos con mayor efecto ecotóxico en el ambiente, con el fin de reducir las concentraciones arrojadas principalmente en depósitos de agua, pero sobre todo destacan las iniciativas para establecer un parámetro que mida el riesgo medioambiental de un medicamento nuevo antes de que éste salga al mercado (Castro et al., 2015). En la actualidad, tanto la Agencia Europea de Medicamento como la Agencia de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos solicitan que se realice una evaluación del riesgo ambiental de cualquier producto farmacéutico nuevo. Este avance se ha alcanzado en gran medida porque el marco regulatorio de ese país ya contempla el monitoreo y la evaluación de los efectos de los productos farmacéuticos, los cuales se han tomado como modelo en otros países (EMA, 2024; Fabris, 2024).

Tabla 2. *Las normativas en México*

Reglamento/ /Ley	*Establece*	*Señala*	*Falta en términos de ecofarmacovigilancia*
-001-Semarnat-2021	Los límites permisibles de contaminantes en las descargas de aguas residuales en cuerpos receptores propiedad de la nación.	Que el volumen y la concentración de los contaminantes han aumentado derivado del crecimiento poblacional y de las actividades económicas y que es necesaria la modificación de los límites permisibles de contaminantes en las descargas de aguas residuales.	Estipula que el daño y el deterioro ambiental generarán responsabilidad para quien los provoque, pero no establece acciones para contrarrestar el deterioro ambiental generado y tampoco menciona a la ecofarmacovigilancia como estrategia.
-220-12016	Instalación y operación de la farmacovigilancia.	La definición de la farmacovigilancia y su campo de acción.	Alerta sobre la importancia de la farmacovigilancia pero no llega a definir la ecofarmacovigilancia ni sus principios ni su campo de aplicación.
052	El procedimiento para identificar si un residuo es peligroso.	Los listados de los residuos peligrosos y las características que hacen que se consideren como tales.	Únicamente se concentra en definir los residuos peligrosos de manera general sin especificar en qué clasificación entran los fármacos; asimismo, no integra a la ecofarmacovigilancia como estrategia para controlarlos.
055	Los requisitos que deben reunir los sitios que se destinarán para un confinamiento controlado de residuos peligrosos.	Que es necesario regular la disposición de residuos peligrosos en sitios controlados para lograr con mayor eficiencia la disminución de riesgos que puedan afectar al ambiente.	Si bien establece la necesidad de contar con sitios de disposición controlados, no introduce la ecofarmacovigilancia como estrategia para reducir los residuos y controlar su disposición.
083	Las especificaciones de protección ambiental para los sitios de disposición final de residuos sólidos urbanos y de manejo especial.	Que todos los sitios de disposición final deberán cumplir con los estudios que para cada caso dispone esta norma.	Hace un compilado de los distintos sitios de disposición de residuos, pero no incluye a la ecofarmacovigilancia como estrategia para monitorear el uso correcto de estas disposiciones.
087	Los requisitos para la separación, envasado, almacenamiento, recolección y disposición final de los residuos generados en hospitales.	Propone una clasificación de los generadores de residuos, así como todas las recomendaciones para el tratamiento de los residuos generados por el servicio médico	Si bien integra recomendaciones, y categoriza los tipos de residuos no llega a establecer a la ecofarmacovigilancia para el monitoreo de esta actividad.

Fuente: elaboración propia.

En México no se cuenta con una normativa específica que regule el manejo, tratamiento y disposición de residuos farmacológicos, pero, sobre todo, no se cuenta con un marco normativo que determine responsabilidades y el alcance de las evaluaciones del riesgo ambiental de los medicamentos. En este sentido, la tabla 2 resume las principales normativas de control

de daño ecológico proveniente de la disposición de residuos, mismas que podrían incluir la ecofarmacovigilancia para garantizar la prevención del problema.

En general, en lo que respecta al marco regulatorio, es importante mencionar que las leyes y las normas no integran los principios de la ecofarmacovigilancia; sin embargo, sería fundamental hacerlo para lograr el impacto de la ecofarmacovigilancia en sus acciones y que se pueda trabajar desde diferentes áreas. Esto debido a que, dado que la ecofarmacovigilancia busca identificar el lugar en el que se encuentra un fármaco una vez que ha sido desechado al ambiente, se requiere identificar el transporte, la distribución y la degradación del fármaco en el agua, el suelo, el aire, la tierra y la biota (Mex, 2023), lo cual involucra a a más de una instancia que debiera cumplir con cierta ley o normativa que garantice la transparencia de sus procesos.

Políticas públicas, leyes y normatividad ambiental

Un mecanismo para conservar el medio amiente son las políticas públicas, que con acciones realizadas por los entes públicos logren soluciones a los problemas ambientales y eviten e incluso sancionen a quienes contaminen el ecosistema (Romeo, 2022).

La contaminación ambiental ha sido sujeto de interés con el fin de proteger la biodiversidad que existe y que puede verse afectada por las irregularidades que se perpetran en contra del medio ambiente. En México, desde 1971, se creó la Ley Federal para Prevenir y Controlar la Contaminación Ambiental, que ha sido la pauta para la promoción de nuevas instancias que regulan la contaminación del medio ambiente y lo preserven. En 1982 se estableció la Ley Federal para la Protección al Medio Ambiente, y en 1988, la Ley General del Equilibrio Ecológico y Protección al Ambiente (Ochoa, 2016). En el año 2000, debido a una reestructuración, se cambió el nombre de la Secretaría del Medio Ambiente, Recursos Naturales y Pesca por el de Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales (Semarnat), cuyo propósito es generar una política pública que proteja los recursos naturales, que evite la pérdida de los ecosistemas y que proteja la biodiversidad (Hikal, 2021).

También en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en su artículo 4°, se señala que debe existir un ambiente adecuado para el bienestar de las personas (Hikal, 2021).

Y es que el ser humano tiene derecho a la salud, a vivir en armonía, en un medio ambiente sano, sostenible y sin riesgos (UNESCO, 2017). Sin embargo, cada vez es más alarmante el deterioro de los ecosistemas que altera y vulnera el derecho a vivir en un ambiente sano. Esto pone en riesgo la vida misma del ser humano al afectar el lugar donde vive y del cual obtiene el oxígeno, el alimento y los recursos para vivir.

De ahí que ocasionar daños al medio ambiente con sustancias ilícitas (incluidas las sustancias tóxicas), a los recursos naturales, a la flora, a la fauna, a los ecosistemas, a la calidad del aire, al agua y al subsuelo, ha sido elevado a delito ambiental, regulado por el Código Penal federal (Hikal, 2021). En algunas leyes y normas se incluyen acciones referentes a la contaminación ambiental que pueden inferir acciones de la ecofarmacovigilancia (tabla 3), mas no lo hacen de manera explícita.

Tabla 3. *Leyes que pueden inferir algun campo de acción de la ecofarmacovigilancia*

Ley/norma/ principios	*Apartado*	*Señala que*	*Se puede inferir en términos de ecofarmacovigilancia que*
Ley Ambiental de la Ciudad de México	Titulo primero, artículo 1, numeral IX	"Prevenir y, en su caso, controlar la contaminación del aire, agua, suelo, acústica, visual, lumínica y cualquier otra en la Ciudad de México…" (*Gaceta Oficial de la Ciudad de México*, 2024, p. 3).	Prevenir y controlar el desecho inadecuado de medicamentos como forma de contaminación ambiental.
Ley Ambiental de la Ciudad de México	Titulo primero, artículo 1, numeral XI	"Establecer y promover la participación de todos los sectores de la sociedad en el desarrollo sustentable y en la gestión ambiental" (*Gaceta Oficial de la Ciudad de México*, 2024, p. 3).	Todos los ciudadanos alguna vez en su vida utilzarán medicamentos; su participación a favor de un desarrollo sustentable sería desecharlos correctamente.
Ley Ambiental de la Ciudad de México	En el título tercero, capítulo I, de las acciones correctivas y preventivas de la contaminación ambiental, en su artículo 192	"En todas las descargas y emisiones de contaminantes a la atmósfera, al agua y los suelos, deberán ser observadas las previsiones de la Ley General del Equilibrio Ecológico y la Protección al Ambiente, esta ley, sus disposiciones reglamentarias, así como las normas oficiales mexicanas y normas ambientales para la Ciudad de México que al efecto se expidan" (*Gaceta Oficial de la Ciudad de México*, 2024, p. 62).	En las descargas se pueden incluir las aguas residuales, las cuales pueden ir contaminadas con medicamentos tirados al lavadero, al fregadero o a la taza de baño.

Ley/norma/ principios	*Apartado*	*Señala que*	*Se puede inferir en términos de ecofarmacovigilancia que*
Ley Ambiental de la Ciudad de México	En el título tercero, capítulo IV, de la prevención y control de la contaminación del agua , en su artículo 224, numeral IV	"Las aguas residuales deben recibir tratamiento previo a su descarga en ríos, garantizando que cumpla con los límites máximos permisibles antes de ser vertidos a suelos, cuencas, vasos y demás depósitos o corrientes de agua, incluyendo las aguas del subsuelo" (*Gaceta Oficial de la Ciudad de México*, 2024, p. 67).	Es necesario hacer énfasis en que hace falta mucho camino por recorrer ya que en México más de el 50% de las aguas de los afluentes salen sin ser tratadas, lo que se convierte en un problema de contaminación al llegar a los suelos y ríos (Mex, 2023). Además, se ha demostrado que diferentes especies marinas son afectadas por diversas sustancias tóxicas derivadas de los residuos de fármacos presente en el agua. Hay que considerar que muchas especies marinas son fuente de alimento para el ser humano.
Ley Ambiental de la Ciudad de México	En el capítulo V, de la prevención y control de la contaminación del suelo, en su artículo 33	"Los criterios para la prevención y control de la contaminación del suelo deberán considerarse en: I. La expedición de normas para el funcionamiento de los sistemas de separación, recolección, almacenamiento, transporte, acopio reúso, tratamiento y disposición final o cualquier forma de manejo de residuos de manejo especial y sólidos urbanos, sólidos urbanos y de la construcción, a fin de evitar riesgos y daños a la salud y al ambiente II. La prevención, separación, generación, manejo, transporte, tratamiento y disposición final de residuos, así como en las autorizaciones y permisos que al efecto se otorguen" (*Gaceta Oficial de la Ciudad de México*, 2024, p. 69).	Aun cuando no se señala de manera explícita que puede incluir medicamentos, o sustancias farmacéuticas, debe ser considerado, puesto que forma parte de los desechos que contaminan el medio ambiente y dañan la salud pública.
Fiscalía General de Justicia	Delitos ambientales y sus penas, artículo 346, fracción II	"Contaminación por descarga, depositar o infiltrar aguas residuales, residuos o industriales no peligrosos, líquidos químicos o bioquímicos (en cualquier lugar)"	Cabría preguntar si depositar bioquímicos incluiría a los medicamentos.
Ley Federal de Responsabilidad Ambiental	Capítulo primero, de la responsabilidad ambiental, artículo 2, numeral 1	"Actividades consideradas como altamente riesgosas: las actividades que implican la generación o manejo de sustancias con características corrosivas, reactivas, radioactivas, explosivas, tóxicas, inflamables o biológico-infecciosas en términos de lo dispuesto por la Ley General del Equilibrio Ecológico y la Protección al Ambiente"	Las sustancias tóxicas incluyen a los medicamentos ya que al ser degradados en el medio ambiente se convierten en tóxicas y, por lo tanto, riesgosas.

Ley/norma/ principios	*Apartado*	*Señala que*	*Se puede inferir en términos de ecofarmacovigilancia que*
35 Ley Federal de Responsabilidad Ambiental	Capítulo segundo, obligaciones derivadas de los daños ocasionados al ambiente, artículo 12, numeral 1.	"Será objetiva la responsabilidad ambiental, cuando los daños ocasionados al ambiente devengan directa o indirectamente de: I. Cualquier acción u omisión relacionada con materiales o residuos peligrosos".	Puede considerarse omisión el no acudir a los lugares avalados para tirar los medicamentos caducos. Los medicamentos son residuos peligrosos domiciliarios.
Ley General del Equilibrio Ecológico y la Protección al Ambiente	Capítulo I, artículo 3. numeralwa XXXII y XXXIII.	Define residuos y residuos peligrosos.	Dentro de la clasificación que presenta se puede integrar a los medicamentos inutilizados como residuos peligrosos para comenzar a trabajar en su disposición final adecuada.
Ley General para la Prevención y Gestión Integral de los Residuos	Capitulo I, artículo 5, numerales V y X.	Define la gestión integral de residuos y la disposición final.	Reparte responsabilidades en materia de control y gestión de residuos. Comienza a detallar los principios de una gestión integral de residuos, pero sin entrar en detalle en la ecofarmacovigilancia.

Fuente: elaboración propia.

El derecho ambiental desde la perspectiva del bioderecho

En la Conferencia sobre el Medio Ambiente de las Naciones Unidas celebrada en Estocolmo en 1972 se le confirió al medio ambiente un lugar importante en la agenda política por las repercusiones que tiene sobre el bienestar humano (Soro, 2013). Al día de hoy la relación entre la salud y el medio ambiente es indiscutible.

El desarrollo científico y su repercusión en la vida y la salud de los seres humanos y del equilibrio del medio ambiente ha generado un interés en el aspecto ético-jurídico por los problemas ambientales (Soro, 2013). Entre esos problemas se encuentra el que aborda este capítulo, pues trasciende no sólo a la cuestión del adecuado manejo de los recursos farmacéuticos sino también al aspecto de la contaminación al medio ambiente y, con ello, a la repercusión negativa sobre la biodiversidad.

Derechos humanos

Los derechos humanos reconocen la integridad, la dignidad y los derechos inherentes a cada persona. La contaminación del medio ambiente impide lograr estos derechos que toda persona tiene desde momento de nacer.

La conexión entre los derechos humanos y el medio ambiente tiene tres enfoques distintos: "los perjuicios de la degradación ambiental sobre los derechos sutantivos, la influencia en los derechos de procedimiento y la situación de los grupos vulnerables" (UNESCO, 2017, p. 14). El primer enfoque, los derechos sustantivos, son los que se encuentran relacionados con los bienes de la vida (entre los cuales se encuentra el derecho a la vida y a la salud) y se ven afectados por la contaminación ambiental. Ejemplo de lo anterior es el dato que proporciona la Organización Mundial de la Salud, que ha estimado que tres millones de muertes prematuras tienen su origen en la contaminación del aire (PNUMA, 2021), y que miles de muertes de niños menores de cinco años se pueden evitar si se reduce la contaminación ambiental (ONU, 2018).

El Día de la Tierra, celebrado el 22 de abril de 1970, generó una cociencia colectiva que trascendió internacionalmente, para que en 1972, en la Conferencia de las Naciones Unidas sobre del Medio Humano en Estocolmo, se estableciera el principio 1:

> El hombre tiene el derecho fundamental a la libertad, la igualdad y el disfrute de condiciones de vida adecuadas en un medio de calidad tal que le permita llevar una vida digna y gozar de bienestar, y tiene la solemne obligación de proteger y mejorar el medio para las generaciones presentes y futuras [UNESCO, 2017, p. 12].

De esta manera se reconoce el derecho de toda persona a vivir en un ambiente sano, al mismo tiempo que le confiere una responsabilidad para preservar el medio ambiente.

Este derecho, considerado como de "tercera generación", se inculye en los denominados "derechos de solidaridad" o "derechos emergentes", cuya

garantía no sólo depende del Estado sino de todo individuo e institución (UNESCO, 2017). De manera que en acciones puntuales, de cada día, de cooperación, de reciclaje, de donación, se contribuye a que sean factibles tanto de forma individual como social y mundial.

El derecho humano a un medio ambiente sano para el desarrollo y el bienestar cuenta con dos dimensiones. Por un lado, el ambiente es un bien jurídico, cuyo valor intrínseco radica en adaptarse para mantenerse, y por otro lado, proteger este derecho humano es una garantía para hacer valer los demás derechos, de acuerdo con el sentido de interdependencia, ya que el ser humano vive y se desarrolla en su entorno y en la naturaleza (CMDH, 2014). De manera que los derechos humanos están interrelacionados con el medio ambiente; por lo tanto, el daño al medio ambiente interfiere con el goce de los derechos humanos (ONU, 2018) y ejercer los derechos humanos ayuda a protege el ambiente y favorecer el desarrollo sostenible (ONU, 2018).

Un trabajo emanado de esta visión son los principios marco elaborados por las Naciones Unidas sobre los derechos humanos y el medio ambiente, en los que se establecen las obligaciones de los Estados a través de 16 principios (Naciones Unidas, 2022) que fungen como rectores de las acciones vinculadas a los derechos humanos y el medio ambiente, y en los que se señalan distintas obligaciones que se deben ejercer para favorecer un medio ambiente sano y sostenible (ONU, 2018). En la tabla 4 se mencionan los principios marco en los cuales están plasmadas las estrategias requeridas para lograr ese objetivo.

Esto implica que respetar y hacer valer los derechos humanos está estrechamente vinculado con la aplicación de los objetivos de desarrollo sostenible.

Tabla 4. *Principios marco sobre los derechos humanos y el medio ambiente*

Principio	*Señala que*	*Observación aplicada a ecofarmacovigilancia*
Principio 2, numeral 5	"los Estados deben abstenerse de vulnerar los derechos humanos causando o permitiendo que se causen daños ambientales; proteger frente a las injerencias perjudiciales en el medio ambiente procedentes de otras fuentes, como las empresas, otros agentes privados […] para garantizar la conservación y el uso sostenible de los ecosistemas y la diversidad biológica, de los que depende el pleno disfrute de los derechos humanos" (, 2018, p. 4). "Esas obligaciones no sólo se asientan sobre bases independientes en el derecho de los derechos humanos, sino que también son necesarias a los efectos de respetar, proteger y hacer efectivos los derechos humanos, cuyo disfrute depende de un medio ambiente sin riesgos, limpio, saludable y sostenible".	No proteger al medio ambiente atenta contra el disfrute de los derechos humanos. La protección a la biosfera debe incluir acciones que impidan el desecho inadecuado de productos que terminarán por dañar al medio ambiente.
Principio 7, numeral 18	"Los Estados deben reunir, actualizar y difundir periódicamente información ambiental, como la información sobre la calidad del medio ambiente, incluidos el aire y el agua; la contaminación, los desechos, los productos químicos y otras sustancias potencialmente nocivas que se introducen en el medio ambiente; los impactos ambientales reales o que constituyan una amenaza para la salud y el bienestar humanos" , 2018, p. 9). "en situaciones que entrañen una amenaza inminente de daño a la salud humana o al medio ambiente, los Estados han de garantizar que toda la información que permita que la población adopte medidas de protección se difunda inmediatamente entre todas las personas afectadas, independientemente de que las amenazas obedezcan a causas naturales o humanas" (, 2018, p. 9).	El desecho inadecuado de los productos farmacéuticos ha sido demostrado que tiene efectos nocivos para el medio aambiente y para la salud pública, de manera que difundir esta información es vital en dos sentidos: (1) hacer del conocimiento de la sociedad esta información para hacer conciencia de la forma adecuada de deshacerse de estos productos y, (2) para que al conocer esta información la sociedad actúe en consecuencia y evitar contribuir al daño ambiental.
Principio 12, numeral 35	"De conformidad con los principios rectores sobre las empresas y los derechos humanos, la responsabilidad de las empresas de respetar los derechos humanos incluye la responsabilidad de evitar provocar o contribuir a provocar consecuencias negativas sobre los derechos humanos mediante el daño ambiental, hacer frente a esas consecuencias cuando se produzcan y tratar de prevenir o mitigar las consecuencias negativas sobre los derechos humanos directamente relacionadas con operaciones, productos o servicios prestados en el marco de sus relaciones comerciales" (, 2018, p. 16).	Ya sea en empresas, hospitales, clínicas, entre otras, al prestar atención médica y utilizar productos farmacéuticos, se debe velar por informar, y por realizar el desecho adecuado de esos productos, para evitar los efectos nocivos sobre el medio ambiente.
Principio 13, numeral 36	"problemas ambientales […] relativos al cambio climático, la disminución de la capa de ozono […] la contaminación marina […] y la conservación de la diversidad biológica" (, 2018, p. 17).	Los efectos tóxicos en diferentes especies acuáticas afectan su metabolismo, su reproducción e incluso pueden ocasionar la muerte.

Fuente: elaboración propia

Protección jurídica a las generaciones futuras

El medio ambiente es fundamental para garantizar la vida humana. Un ambiente sano permite que el individuo crezca y se desarrolle de una manera adecuada y próspera. Y la sustentabilidad ambiental es un aspecto que influye en la posibilidad de que las generaciones futuras puedan disfrutar de un lugar donde vivir. El cambio climático y su efecto en las diferentes áreas de la vida puede afectar de manera irreversible el daño a la biosfera. En todo esto existe la duda de la naturaleza jurídidca que pueda respaldar esta necesidad de contar con un ambiente adecuado o si existe una protección legal para las generaciones futuras. De manera que el análisis biojurídico se hace patente, a la vez que por ser un tema de supervivencia del ser humano atañe a los derehcos humanos. En este sentido el término jurídico para referirse a los derechos medioambientales ha sido el de "derechos de las generaciones futuras", aunque no ha sido unánime ya que también se habla de "responsabilidad intergeneracional", "equidad intergeneracional", "justicia intergeneracional" (Ordoñez, 2020). De ahí la importancia de analizar la posibilidad de que, más allá de las deliberaciones morales o bioéticas, las obligaciones jurídicas con las generaciones futuras sean avaladas por los derechos de la cuarta generación (considerados bioderechos). Aunque

> en la práctica, se entiende mejor como obligaciones jurídicas de las generaciones presentes para con las generaciones futuras, dentro de las cuales recaen los imperativos jurídicos de protección al medio ambiente, a la cultura, a la educación, a la información, al genoma humano, etcétera, que pueden ser demandados y exigidos por parte de los mismos seres humanos que conforman las generaciones presentes, a través de medios punitivos o de policía administrativa, pero no por las generaciones futuras, puesto que la mayoría de éstas, cuando existan, ya no tendrán a la persona agresora viva o presente, para hacerle responsable por sus conductas antijurídicas [Ordoñez, 2020, p. 161].

Por lo tanto, los "derechos de las generaciones futuras" implican que las personas que actualmente viven en el mundo respeten el medio ambiente,

el genoma humano, la cultura, es decir, todo aquello relacionado con su supervivencia sin afectación a su dignidad.

A nivel internacional existen instrumentos que avalan las obligaciones con las generaciones futuras: la Declaración Universal de los Derechos Humanos de las Generaciones Futuras de la UNESCO, 1994, la Declaración sobre las Responsabilidades de las Generaciones Actuales, UNESCO, 1997, la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, 2005. Todo esto se resume en el artículo 4º de la declaración de la UNESCO de 1997:

> Las generaciones actuales tienen la responsabilidad de legar a las generaciones futuras un planeta que en un futuro no esté irreversiblemente dañado por la actividad del ser humano. Al recibir la Tierra en herencia temporal, cada generación debe procurar atender a que no se comprometa la vida con modificaciones nocivas a los ecosistemas [Ordoñez, 2020, p. 163].

Objetivos de desarrollo sostenible

En 1987 en el Informe Brundtland se enmarca el concepto de *desarrollo sustentable* para abordar el desarrollo económico y la sustentabilidad ambiental que considera las necesidades sociales y los límtes del planeta (López, 2018). Para lograrlo se ha avanzado hasta llegar en la actualidad a los objetivos de desarrollo sostenible (ODS), en los cuales el medio ambiente es un elemento transversal que si bien no es el único a considerar en todos los objetivos, si se encuentra presente en todos de alguna manera por su repercusión en la vida humana.

Específicamente los ODS 6 (agua limpia), 12 (producción y consumo responsable), 13 (clima), 14 (vida submarina) y 15 (ecosistemas terrestres) se enfocan en solucionar aspectos relacionados con el medio ambiente (UNESCO, 2017). De manera más puntual, estos ODS se encuentran referidos en la tabla 5.

Tabla 5. *Objetivos de desarrollo sostenible y su impacto en el medio ambiente*

	Referente	*Meta*	*Indicador*	*Relacionado con Ecofarmacovigilancia*
6	Agua limpia y sanemiento	6.3 Señala que se debe "mejorar la calidad del agua reduciendo la contaminación, eliminando el vertimiento y minimizando la emisión de productos químicos y materiales peligrosos, reduciendo a la mitad el porcentaje de aguas residuales sin tratar y aumentando considerablemente el reciclado y la reutilización sin riesgos a nivel mundial" (Naciones Unidas, 2018, p. 35).	6.3.1 Indica la "proporción de aguas residuales tratadas de manera adecuada" (Naciones Unidas, 2018, p. 35).	México no cubre la mitad de las aguas de los afluentes con tratamiento adecuado.
11	Promover ciudades y comunidades sostenibles	11.6 Señala que se debe "reducir el impacto ambiental negativo per cápita de las ciudades, incluso prestando especial atención a la calidad del aire y la gestión de los desechos municipales y de otro tipo" (Naciones Unidas, 2018, p. 53).		En los "desechos municipales y de otro tipo" se encuentran incluidos los productos farmaceúticos, los cuales al degradarse contaminan el suelo y el agua afectando negativamente al ambiente. Y cada individuo, al ser comprador y consumidor de medicamentos, por lo regular desecha inadecuadamente este tipo de productos en la basura común (Farías, 2023).
12	Modos de producción y consumo relacionados con el medio ambiente	12.4 Señala que se debe "lograr la gestión ecológicamente racional de los productos químicos y de todos los desechos a lo largo de su ciclo de vida, de conformidad con los marcos internacionales convenidos, y reducir significativamente su liberación a la atmósfera, el agua y el suelo a fin de minimizar sus efectos adversos en la salud humana y el medio ambiente" (Naciones Unidas, 2018, p. 56).	12.4.2 Se establece: "Desechos peligrosos generados per cápita y proporción de desechos peligrosos tratados, desglosados por tipo de tratamiento" (Naciones Unidas, 2018, p. 56).	Esto implica el uso eficiente de los recursos con la participación colectiva de la sociedad, de las instituciones y del gobierno para garantizar, con acciones puntuales, un ambiente saludable. Si se donan antes de que caduquen los medicamentos que no se utilizan, se abona a lograr la meta 12.5 al evitar la contaminación del ambiente por los desechos tóxicos derivados de productos farmaceúticos. De forma general, México se encuentra entre los países con menor porcentaje de reciclado (0 a 5 %) (, 2021).
		Se indica que se debe "reducir considerablemente la generación de desechos mediante actividades de prevención, reducción, reciclado y reutilización" (Naciones Unidas, 2018, p. 56).	12.5.1 Se indica: "Tasa nacional de reciclado, en toneladas de material reciclado" (Naciones Unidas, 2018, p. 56).	

Fuente: elaboración propia.

El desarrollo sostenible involucra acuerdos en temas relativos a los aspectos sociales y económicos que deben considerarse para respaldar una armonía ambiental. En este punto, un aspecto necesario para lograr un mayor alcance de la información sobre protección del medio ambiente que logre alcanzar los ODS, es la educomunicación ambiental (FFLA, 2020). En ésta se puede lograr capacitar a la sociedad en las diferentes causas que afectan al medio ambiente y sus posibles soluciones para que participe de manera proactiva. En este punto resalta la importancia de dar a conocer la ecofarmacovigilancia y las acciones específicas para evitar la contaminación que resulta del desecho inadecuado de medicamentos y las acciones que cada individuo o empresa pueden realizar para evitarlo. De esta manera se lograría incrementar la responsabilidad compartida y se fortalecería el principio de precaución que forman parte de los principios del desarrollo sostenible (FFLA, 2020).

Programa de la Organización de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente

Las Naciones Unidas han generado el Programa de la Organización de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA) para proteger el medio ambiente y lograr la sostenibilidad. Este programa cuenta con 17 colaboradores externos especializados en diferentes áreas como agua, energía, producción y consumo, finanzas, mercurio, productos químicos, entre otros.

En el aspecto de productos químicos se apoya con la Red Intergubernamental de Químicos y Desechos para América Latina y el Caribe (UNESCO, 2017) que en su último informe abarca diferentes acciones enfocadas en diversos campos de acción con distintos avances (ONU Ambiente, 2021).

En este programa se señala que la gestión de los recursos requiere la existencia de normas jurídicas para pugnar por el cumplimiento de las acciones adecuadas para la disposicipon final de los desechos generados, a la vez que impone sanciones en el caso de incumplimiento. En este sentido es importante revisar el ejemplo de Colombia, que en la normativa de residuos peligrosos, desde 2005, estableció el decreto 4741 en cuyo artículo 20 establece que los residuos derivados del consumo de productos o sustancias

peligrosas deben regularse mediante el Plan de Gestión de Devolución de Productos Pos Consumo, entre cuyos productos se incluyen los medicamentos vencidos para que puedan contar con una disposición final controlada (ONU Ambiente, 2018). Para lograrlo, se ha creado el programa Punto Azul, en el que se han dispuesto de forma segura más de 1 900 000 kg de residuos de medicamentos en 10 años (punto azul, web).

Red Iberoamericana de Programas Posconsumo de Medicamentos

Cabe señalar que Punto Azul forma parte de la Red Iberoamericana de Programas Posconsumo de Medicamentos que se consolidó en 2015, en la que también participan España (Sigre), Portugal (ValorMed) y México (SINGREM). El mayor reto de esta red consiste en la recolección, tratamiento y disposición final de los residuos que al ser desechados se convierten en residuos peligrosos.

En esta red se han generado diferentes informes de las gestiones realizadas en el aspecto de los desechos. En uno de éstos se señala la división por tipo de desecho con el fin de poder garantizar su mejor manejo final. En el caso de los medicamentos éstos se incluyen en los desechos peligrosos domiciliarios o domésticos (RPD), pues se considera que en su composición pueden tener nanomateriales o nanopartículas. Se hace énfasis en la necesidad de implementar sistemas de acopio y manejo para mitigar su daño ambiental (ONU Ambiente, 2018), ya que los medicamentos arrojados a la basura común terminan en los vertederos a cielo abierto que contaminan el aire, el suelo y el agua superificial y subterránea, lo que se asocia con enfermedades que pudieran evitarse (ONU Ambiente, 2018).

Lamentablemente se ha encontrado que en gran parte de las ciudades de América Latina y el Caribe no se cuenta con opciones para eliminar los medicamentos, por lo cual se desechan en el mismo lugar que los demás residuos generados en el hogar (ONU Ambiente, 2018). Sin embargo, un ejemplo que hay que destacar es el caso de la ciudad de Caitiba en Brasil, donde se cuenta con el servicio de limpieza pública que establece los sitos, los días y los horarios en los que se recolectan los RPD, incluidos los medi-

camentos vencidos, todo ello regulado por la autoridad ambiental local (ONU Ambiente, 2018).

Agua en riesgo, vida en riesgo

Permítasenos una última reflexión que no escapa del contexto del tema que se aborda en este capítulo debido al impacto que se genera en la contaminación de las aguas residuales como consecuencia del desecho inadecuado de los productos farmacúeticos que realiza el ser humano.

El agua es un recurso no renovable que, por lo mismo, es oro circulante. Se ha especulado acerca de que el origen de una guerra mundial pudiera ser la escasez del agua y alcanzar su dominio. Sin embargo, acciones, al parecer, "tan insignificantes", como tirar los medicamentos en la basura común, en el inodoro o en el fregadero, tiene un impacto insospechado sobre el agua. En este sentido, la siguiente perspectiva es interesante: si el uso de productos farmaceúticos es una necesidad mundial, y si se considera que hay en el mundo un poco más de 8 000 millones de habitantes, y que todos en algún momento de la vida enferman (no sólo una vez sino varias veces), y las recetas en promedio son por dos o más medicamentos, los cuales no siempre se consumen en su totalidad, y finalmente se tiran como basura común, habrá que cuestionarse cómo el ser humano contribuye a contaminar un recurso invaluable y no renovable como es el agua y qué hace para disminuir con sus acciones diarias un efecto tan nocivo.

Quede para la reflexión el efecto mariposa y dinámico que una acción tiene como eco en el campo del horizonte ambiental y el biderecho.

Consideraciones finales

En un mundo globalizado, en el que el planeta se encuentra sometido a una gran contaminción derivada de distintos factores, donde cobra relevancia dar un sentido a la responsabilidad individual, colectiva y global, y donde se requiere una normatividad que vigile y regule las acciones sostenibles, el bioderecho se posiciona como un elemento clave. De entre todos los mul-

tifacéticos campos en los cuales puede aplicarse, se considera el relativo al medio ambiente y lo que lo pone en riesgo. Derivado de ello, la ecofarmacovigilancia coadyuva a que los derechos de las personas puedan hacerse valer con base en acciones precisas y concretas, como el desecho inadecuado de los medicamentos, incluidos en los RPD, los cuales, al ser de uso mundial y recetados en cantidades considerables, y al ser desechados de manera inadecuada como basura común, pasan a ser una fuente de contaminación peligrosa para el medio ambiente. Es necesario responsabilizarse de no contaminar con estos productos, que si llegan a caducar, habrá que tirarlos en los lugares establecidos con ese fin, en aras de lograr un medio ambiente sano, capaz de proporcionar un mundo propicio para el desarrollo de la vida, sin perjuicio de las generaciones presentes y futuras.

Referencias

Álvarez, A., Del Aguila, S. (2015). Atención farmacéutica, ecofarmacovigilancia y su aporte en la creación de ciudades sostenibles. *Revista de la Organización de Farmacéuticos Iberolatinoamericanos, 25*(3), 183-186.

Aus-Der Beek, T., Weber, F. A., Bergmann, A., Hickmann, S., Ebert, I., y Hein, A. (2022). Pharmaceuticals in the environment-global occurrences and perspectives. *Environmental Toxicology Chemistry*, *35*(4), 823-35. https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/etc.3339

Badr, M. (2024). La planificación familiar como solución al cambio climático. Dilemas bioéticos en el contexto del desarrollo sostenible. *Medicina y Ética*, *35*(3), 777-850. https://doi.org/10.36105/mye.2024v35n3.04

Baker, B. H., Lugo-Candelas, C., Wu, H., Laue, H. E., Boivin, A., Gillet, V., y Baccarelli, A. A. (2020). Asociación de la exposición prenatal a paracetamol medida en meconio con el riesgo de trastorno por déficit de atención e hiperactividad mediado por la conectividad cerebral de la red frontoparietal. *JAMA Pediatrics*, *174*(11), 1073-1081.

. (s/a). Biotecnológicos: los medicamentos del futuro.

Castro, L., Baños, M., López, M., y Torres, B. (2015). Ecofarmacovigilancia en México: perspectivas para su implementación. *Revista Mexicana de Ciencias Farmacéuticas*, *46*(3), 16-40. https://www.redalyc.org/pdf/579/57945705003.pdf

Comisión Nacional de los Derechos Humanos (2014). *El derecho humano al medio ambiente sano para el desarrollo y bienestar.* México: Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

Curi Chacón, M. (2020). *Dimensiones del desarrollo sostenible en América Latina, Fundación Futuro Latinoamericano* (pp. 1-36), Quito.

Efeverde, R. (2022, 15 febrero). *La contaminación por fármacos alcanza a los ríos de ciudades de todo el mundo: desde Lahore (Pakistán) a Madrid.* EFEverde. https://efeverde.com/la-contaminacion-por-farmacos-alcanza-a-los-rios-de-todo-el-mundo-desde-lahore-pakistan-a-madrid/

European Medicines Agency (2024). *Guideline on the Environmental Risk Assessment of Medicinal Products for Human Use* (emea/chmp/swp/4447/00 Rev. 1-Corr.) (pp. 1-64). Committee for Medicinal Products for Human Use, Ámsterdam.

Fabris, Helena. (2024, 13 enero). Evaluación de riesgos ambientales de productos médicos para uso humano: comparación entre y . *Global Life Science Services Group*. https://blog.pqegroup.com/es-mx/asuntos-regulatorios-farmacovigilancia/evaluacion-de-riesgos-ambientales-de-productos-medicos-para-uso-humano

Farías, M., Cambizaca, Y., Ríos, L., Solano, L., Jiménez, R., y Rogel, J. (2023). Manejo inadecuado de los desechos de medicamentos caducados/no utilizados en pacientes ambulatorios del Hospital General Teófilo Dávila. *Ciencia Latina. Revista Científica Multidisciplinar, 7*(5), 8563-8580. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i5.8435

Fiscalía General de Justicia de la Ciudad de México (s. f.). ¿Cuáles son los delitos ambientales y sus penas? https://www.fgjcdmx.gob.mx/nuestros-servicios/fiscalias-desconcentradas-y-coordinaciones-territoriales/fedapur/cuales-son-los-delitos-ambientales-y-sus-penas

García, M., Contreras, A., Aguilera, M., Ruiz, E., y Morales, M. (2021). Manejo de residuos de fármacos: una breve revisión. *Revista Internacional de Contaminación Ambiental,* 37, 329-344.

German Environment Agency (2014). *Fármacos en el medio ambiente: la perspectiva global.* UmweltBundesamt.

Gobierno de la Ciudad de México (2024, 18 julio). *Gaceta Oficial de la Ciudad de México,* núm. 1404, pp. 1-113.

Gómez-Oliván, L. M. (2019). Pollution of water bodies in Latin America. *Impact of contaminants on Species of Ecological Interest, 1st ed. Cham: Springer Nature Switzerland AG*, 1-366. https://www.redicomar.com/wp-content/uploads/2020/01/Pollution-of-water-bodies-in-Latin-America.pdf

Hignite, C., y Azarnoff, D.L. (2022). Drugs and drug metabolites as environmental contaminants: chlorophenoxyisobutyrate and salicyclic acid in sewage water effluent. *Life Sciences, 20*(2): 337-341. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/839964

Hikal, W., y Estrada, I. (2021). *Criminología ambiental: los delitos ambientales.* Universidad Autónoma de Guerrero, Congreso del Estado de Guerrero.

Kidd, K. A., Blanchfield, P. J., Mills, K. H., Palace, V. P., Evans, R. E., y Lazorchak, J. M. (2022). Collapse of a fish population after exposure to a synthetic estrogen. *Proceeding of the National Academy of Sciences*, *104*(21), 8897-8901. https://pnas.org/doi/full/10.1073/pnas.0609568104

Ley Ambiental de la Ciudad de México. *Diario Oficial de la Federación,* 18 de julio de 2024.

Ley Federal de Responsbilidad Ambiental. *Diario Oficial de la Federación,* 25 de mayo de 2021

Ley General para el Equilibrio Ecológico y la Protección al Ambiente [LGEEPA], reformada, *Diario Oficial de la Federación,* 1º de abril de 2024. https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGEEPA.pdf

Ley General para la Prevención y Gestión Integral de los Residuos, [LGPGIR], reformada, *Diario Oficial de la Federación,* 8 de mayo de 2023. https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGPGIR.pdf

Loera-González, M. A. de, Sánchez-Rodríguez, S. H., Castro-Pastrana, L. I., Flores-de la Torre, J. A., y López-Luna, A. (2016). Ecofarmacovigilancia. *Revista : Ciencias Biológicas*, *47*(1). https://link.gale.com/apps/doc/A464897677/IFME?u=anon~dbd27d2b&sid=googleScholar&xid=6021559a

López, I., Arriaga, A., y Pardo, M. (2018). La dimesión social del concepto de desarrollo sostenible: ¿la eterna olvidada?. *Revista Española de Sociología, 27*(1), 25-41. http://dx.doi.org/10.22325/fes/res.2018.2.

Lüneberg, K., Amábile-Cuevas, C. F., Mucito-Varela, E., Martínez, L., Salinas, E., López-Vidal, Y., y Rosas, I. (2022). Metallo-beta-lactamase-producing *Escherichia coli* in the sewage of Mexico City: where do they come from?. *Canadian Journal of Microbiology*, *68*(2), 139-145. https://utoronto.scholaris.ca/server/api/core/bitstreams/a1666cab-03b4-4c60-b18b-51018f6cb3e2/content

Meléndez, J., García, Y., Galván, V., Díaz de León, L., Vargas, K., Mejía, J., y Flores, R. (2020). Contaminantes emergentes. Problemática ambiental asociada al uso de antibióticos. Nuevas técnicas de detección, remediación y perspectivas de legislación en América Latina. *Revista de Salud Ambiental, 20*(1), 53-61.

Mex, R., Guillén, M., Garma, P., Yanez, D., Ramos, L., y Chan, R. (2023). *Ecofarmacovigilancia e impacto ambiental.* 18 .

Muñoz-Bejarano, M. J., Ruiz-Rodríguez, Y., Sáenz-García, G., y Alfaro-Mora, R. (2021). Análisis del diseño de medicamentos en Costa Rica durante el 2019, un paso hacia la ecofarmacovigilancia. *Revista Colombiana de Ciencias Químico-Farmacéuticas*, *50* (2), 423-438. https://doi.org/10.15446/rcciquifa.v50n2.92945

Naciones Unidas. (2018). La Agenda 2030 y los objetivos de desarrollo sostenible: una oportunidad para América Latina y el Caribe (LC/G.2681-P/Rev.3), Santiago.

Norma Oficial Mexicana, [-001-Semarnat-2021], *Diario Oficial de la Federación,* 11 de marzo de 2023. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5645374&fecha=11/03/2022#gsc.tab=0

Norma Oficial Mexicana [-220-SSA1-2016], *Diario Oficial de la Federación,* 19 de julio de 2017. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5490830&fecha=19/07/2017#gsc.tab=0

Norma Oficial Mexicana [-052-Semarnat-2005], *Diario Oficial de la Federación,* 23 de junio de 2006. https://www.dof.gob.mx/normasOficiales/1055/SEMARNA/SEMARNA.htm

Norma Oficial Mexicana [-055-Semarnat-2003], *Diario Oficial de la Federación,* 8 de octubre de 2003. https://biblioteca.Semarnat.gob.mx/janium/Documentos/Ciga/agenda/DOFsr/DO441.pdf

Norma Oficial Mexicana [-083-Semarnat-2003], reformada, *Diario Oficial de la Fede-*

ración, 10 de mayo de 2021. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5617899&fecha=10/05/2021#gsc.tab=0

Norma Oficial Mexicana [-087-ECOL-1995], *Diario Oficial de la Federación,* 7 de noviembre de 1995. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4884397&fecha=07/11/1995#gsc.tab=0

Ochoa, A. (2016). El delito medioambiental en México: una barrera punitiva demasiado tardía. *Revista Penal México,* 9, 115-129.

Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (2022). *El derecho humano a un medio ambiente sin riesgos, limpio. saludable y sostenible* (con base en la resolución 48/13 del Consejo de Derechos Humanos, 8 de octubre 2021), pp. 1-9.

Medio Ambiente (2018). *Perspectiva de la gestión de residuos en América Latina y el Caribe*. Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente, Oficina para América Latina y el Caribe, Ciudad de Panamá, Panamá.

Ordoñez, W. (2020). Reflexión acerca de la naturaleza de la protección jurídica a las generaciones futuras. En: E. Valdés e I. Brena (eds.), *Bioderecho y derechos humanos*. , Insituto de Investigaciones Jurídicas, México.

Organización de las Naciones Unidas (2018). Principios marco sobre los derechos humanos y el medio ambiente. Naciones Unidas, Derechos Humanos, Procedimientos Especiales.

, Observatorio La Rábida (2021). Una mirada a la dimensión ambiental de los objetivos de desarrollo sostenible en Iberoamérica. Análisis de indicadores para el Informe La Rábida "Innovación para el desarrollo sostenible" con motivo de la XXVII Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y de Gobierno. Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente. Ciudad de Panamá, Panamá.

Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente. *Informe de progreso 2019-2020. Plan de acción para la cooperación regional en la gestión de productos químicos y desechos en América Latina y el Caribe. Bienio 2019-2020,* pp. 1-23.

Punto Azul (s. f.). *Plan Posconsumo de Medicamentos Humanos*. https://www.puntoazul.com.co/plan-de-medicamentos. Consultado el 10 de enero de 2025.

Razuc, M., Natalini, P., Chanampa, L., González, A., Calcagno, A., y Gallo, L. (2019). *Tecnología farmacéutica, diseño y preparación de formulaciones*. Bahía Blanca, Argentina.

Romeo, C. (2022). *Manual de bioderecho (adaptado para la docencia en ciencias, ciencias de la salud y ciencias sociales y jurídicas).* , S. L., Madrid.

Sanabria, F., Alanís, J., Pech, J., y Solís, C. (2019). Principales residuos de medicamentos generados en los hogares y su potencial ecotóxico en Tuxpan, Veracruz. *Acta Universitaria,* 29, e2398. http://doi.org/10.15174/au.2019.2398

Sánchez, E., Espinosa, C., García, J., y Hernández, V. (2013). Diseño e implementación de un programa de recolección y clasificación sistemática de medicamentos no útiles en un hospital de tercer nivel. *Revista Mexicana de Ciencias Farmacéuticas*, *44*(2), 46-54. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-01952013000200008&lng=es&tlng=es.

Schaefer, F. (2017). Bioderecho: ¿una disciplina autónoma?. *Revista bioética*, *25*(2), 282-289.

(2017, 5 junio). "Destruye 2 mil toneladas de fármacos caducos", boletín de prensa, pp. 1-2. https://www.singrem.org.mx/noticia57.pdf. Consultado el 22 de octubre de 2024.

Soberanes, J. (2023). *Lexicón jurídico*. Instituto de Investigaciones Jurídicas, Universidad Nacional Autónoma de México/Gráfica Premier, México.

Soro, B. (2013). Nuevos retos del derecho ambiental desde la perspectiva del bioderecho: especial referencia a los derechos de los animales y de las futuras generaciones. *Revista Via Juiris, 13,* 105-122.

. (2017). *El derecho humano al medio ambiente en la Agenda 2030.* /Extea.

Universidad Latina de Costa Rica (2023). Tres consecuencias de desechar de manera incorrecta los medicamentos. https://www.ulatina.ac.cr/articulos/3-consecuencias-de-desechar-de-manera-incorrecta-los-medicamentos. Consultado el 23 de enero de 2025.

Valle, C. del (2024). El bioderecho en las ciencias de la salud. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud* , *8*(5), 1-3.

Vázquez-Tapia, I., Salazar-Martínez, T., Acosta-Castro, M., Meléndez-Castolo, K. A., Mahlknecht, J., Cervantes-Avilés, P., y Mora, A. (2022). Occurrence of emerging organic contaminants and endocrine disruptors in different water compartments in Mexico – A review. *Chemosphere*, 308, 136285. https://doi.org/10.1016/j.chemosphere.2022.136285

Zuñiga-Lemus, O., Balderas-Gómez, F. L., y Castro-Bear, V. (2017). Destino final de los medicamentos caducos en el municipio de Teotitlán de Flores Magón, Oaxaca. *Revista Salud y Administración*, *4*(12), 15-23. https://revista.unsis.edu.mx/index.php/saludyadmon/article/view/10

3. Bioética y discapacidad

DOI: 1052501/cc.307.03

Resumen

Este capítulo explora el concepto de discapacidad, los diferentes tipos que existen y su relación con la bioética y los derechos humanos de las personas que viven con esta condición. Aborda la historia de la discapacidad a lo largo de la existencia de la humanidad, desde las primeras civilizaciones hasta la modernidad; los principios éticos y bioéticos esenciales para el desarrollo de las personas con discapacidad; las protecciones jurídicas que el Estado mexicano les concede a estas personas, y cómo las sentencias a lo largo de la historia del derecho mexicano han sido claves para trabajar la tolerancia, mejorar las oportunidades de desarrollo y lograr la inclusión de las personas que viven con alguna discapacidad a la vida cotidiana de la sociedad mexicana.

Palabras clave: *bioética, discapacidad, justicia, derechos humanos, inclusión.*

Introducción

La discapacidad se define como los obstáculos que se generan en la vida de las personas que tienen alguna condición física o mental que les impide desarrollarse de una forma común en la sociedad. Esto es, si al momento

* Maestra en Bioética y Derecho. Comisión Estatal de Derechos Humanos de Sonora, México. ORCID: https://orcid.org/0009-0009-6782-1245

de la procreación alguna condición genética altera la morfosis del ser humano, puede ser que éste nazca con algún órgano en condición distinta o bien con algún síndrome que cause que su apariencia física sea diferente al común de los individuos. Asimismo en el transcurso de la vida de una persona que nace en condiciones que se consideran comunes o sanas, pueden suscitarse diferentes hechos que conlleven a vivir una discapacidad.

En el primero de los casos se vive una serie de acontecimientos sociales y familiares que orillan al tratamiento de dicho individuo desde edad temprana para que éste pueda incluirse lo más posible en las tareas propias de la sociedad. Cuando se recibe el diagnóstico de una discapacidad, ya sea en la etapa embrionaria o durante el nacimiento, hay diferentes factores que pueden ayudar a un mejor pronóstico para esta persona, como el manejo del duelo de parte de los cuidadores primarios, para así poder proporcionar el manejo oportuno de esa condición, como tratamientos médicos y terapias físicas y psicológicas que a lo largo del neurodesarrollo y el desarrollo físico den la fortaleza que requiere la persona discapacitada para poder descubrir sus habilidades y sus capacidades.

Ahora bien, la Organización de las Naciones Unidas ha dado un nuevo enfoque a la discapacidad, con la consigna de que está protegida por un derecho humano. Así es, todos los seres humanos tenemos derecho a vivir en condición de discapacidad, a ser respetados, integrados y dignificados como individuos autónomos. En la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad de 2006 surge una serie de derechos para todos los integrantes de esta comunidad llamada *vulnerable* en la sociedad, que en 2008 México adopta como derechos para las personas con discapacidad.

Analicemos: ¿por qué se considera un sector vulnerable de la sociedad? Esto desde la realidad ya que no cuenta con todas las herramientas físicas o mentales para defenderse a sí mismo ante un mundo capacitista, pues algunas personas se ven limitadas en su movilidad, algunas otras en cuestiones de comunicación; pero lo que sí encuentran en común las personas con discapacidad es el hecho de que el mundo, nuestro mundo, aún no está preparado para proporcionarles la accesibilidad que se requiere para su sana integración.

¿Y qué pasa cuando la persona con discapacidad posee más de una característica que la haga ser vulnerable ante el mundo? Por ejemplo, tener

discapacidad, ser pobre, ser indígena y ser mujer. Eso es algo difícil de imaginar, pero muy fácil de encontrar; en este caso las limitantes aumentan frente a los privilegios de unos cuantos.

Cuántas veces no hemos conocido personas con discapacidad que han vivido en el encierro total o parcial a lo largo de su vida, sin juzgar la decisión de su cuidador principal ya que entendemos que esta práctica ha sido muy común, justificándose en la protección que se da por amor al individuo con discapacidad. De esta manera se ha evitado el señalamiento y la discriminación de la sociedad, ese rechazo que es tan evidente en algunas generaciones.

Si bien, como antes lo mencionamos, existe una convención internacional que crea los derechos de las personas con discapacidad. ¿Por qué tener que enfatizar que son derechos justo para este grupo de personas? ¿Acaso no podían disfrutar de los derechos humanos por ser eso, humanos. Este es un tema muy complejo para nuestra sociedad que esperamos que las nuevas generaciones normalicen valorando la diversidad de los individuos para que ya no exista la necesidad de mencionar un género, una raza o una condición de discapacidad para asignar los derechos.

Cuando el ser humano ha sido, a lo largo de la historia, tan invalidado, humillado, sometido e invisibilizado, se genera en él y en su círculo más cercano un modo alerta constante; vive a la defensiva esperando el momento en que se le va a menospreciar, con la esperanza de que sus capacidades y sus habilidades sean reconocidas. A lo largo de la historia esto lo hemos visto en diferentes capítulos; pero también hay que reconocer que la resiliencia, que distingue a quien vive en condición de discapacidad, en algunos casos los ha llevado a brillar en una sociedad repleta de barreras.

He recibido algunas preguntas que desafían el pensamiento inclusivo. Una de ellas me llamó mucho la atención. Me preguntó un periodista: ¿Por qué crees que se deben tener ciertas consideraciones para los discapacitados en la dinámica social? He de confesar que en primera instancia no reconocí la intención de ese cuestionamiento y de inmediato actué desde mi modo alerta y defensivo. Sin parpadear respondí: "Porque a una persona con discapacidad le cuesta el triple o mucho más trabajo salir de casa que a ti o a mí". Con el paso del tiempo considero que mi respuesta sería distinta, me apegaría más a sus derechos de accesibilidad universal. Si existen estacio-

namientos exclusivos para personas con discapacidad es porque el espacio de esos estacionamientos es el óptimo para que una persona pueda bajar su silla de ruedas y la distancia respecto de la entrada de algún comercio o zona de recreación es la adecuada en caso de que esa persona tenga una crisis de ansiedad y pueda llegar de forma más segura a su vehículo. De allí el origen de la imperiosa necesidad de contar con esas "consideraciones" de la sociedad. Las personas con dicapacidad deben acceder a la ejecución y el disfrute plenos de sus derechos.

El activismo, como en muchos ámbitos sociales, ha logrado impulsar los cambios y la creación de políticas públicas, además de visibilizar las situaciones de vulnerabilidad del ser humano y hacer conciencia de la necesidad de la transformación de la comunidad. En la discapacidad no ocurre algo nuevo. Históricamente, por lo menos hace más de 200 años, en otros lugares del mundo ya existían personas con discapacidad, quienes deseaban que las barreras desaparecieran y que se crearan métodos como el braille y la lengua de señas para lograr una comunicación más asertiva entre los seres humanos. Este sigue siendo un trabajo arduo que requiere de 24 horas y siete días a la semana, ya que el paso número uno para solucionar este problema es visibilizar a las personas con discapacidad ante una sociedad indiferente.

Tenemos el gran ejemplo de Hellen Keller, mujer, activista de condición sordo-ciega, nacida en 1880, para quien no existió obstáculo que no pudiera derribar. Así como ella hay otros muchos más ejemplos de personas con discapacidad que han sido pioneras de la superación en la historia. Pero ¿cuál es la característica de la mayoría de ellos y ellas? Su estatus geográfico, socioeconómico y cultural, esa brecha que en la actualidad sigue siendo el pronóstico de la calidad de vida de cualquier sujeto. Recordemos que en el mundo se tienen censados más de 1 300 millones de personas con discapacidad.

Tipos de discapacidad

Discapacidad motriz

La condición denominada discapacidad es muy amplia y cada uno de sus tipos merece una mención particular. Iniciaremos por analizar la discapa-

cidad física, la cual es una alteración en el aparato motor que dificulta o impide que algunas partes del cuerpo se muevan de forma funcional. Se produce como consecuencia de la dificultad para manipular objetos o acceder a espacios, lugares y actividades públicos, ya que la movilidad es básica para el desarrollo individual y social de las personas. Lo que sucede cuando se tiene una condición física que impide que nuestros movimientos sean similares a los de una persona sin discapacidad, es que nuestras oportunidades se ven limitadas; esto es, se requiere mucho más tiempo para realizar una actividad determinada; de igual forma es necesario contar con herramientas y accesorios, como sillas de ruedas, andaderas, bastones. Al ser restringida la actividad física, se pueden padecer problemas de salud; por ejemplo, las personas que no se pueden levantar de una cama tienen problemas digestivos y pulmonares que más delante disminuyen su calidad y su tiempo de vida, por lo cual requieren un equipo integral para su cuidado. En esas circunstancias los profesionales de la salud, médicos, enfermeras, terapeutas, psicólogos, son esenciales para su atención; todo esto con un alto costo económico que limita las oportunidades a muchas personas con discapacidad motriz.

Discapacidad intelectual

La discapacidad intelectual, también llamada discapacidad cognitiva, implica una serie de limitaciones a las habilidades que la persona aprende para funcionar en su vida diaria y que le permiten responder ante distintas situaciones y lugares, esta se expresa en relación con su entorno.

El grado de discapacidad intelectual depende en gran parte de las barreras o los obstáculos que la persona tiene alrededor. La discapacidad intelectual no es una enfermedad mental; cada persona con este tipo de discapacidad percibe el rechazo del mundo. Llega un momento en su vida en que se frustran, ya que una de las barreras más grandes que existen en relación con la sociedad es la falta de comunicación, pues cuando no existe una vía de comunicación sana las relaciones interpersonales se dificultan. Por lo anterior es muy frecuente que a las personas con discapacidad intelectual les sea muy difícil aprender con los métodos comunes y las adaptaciones curriculares para su mejor desarrollo y desempeño académico no

siempre son accesibles, como lo veremos en este capítulo. Uno de los obstáculos más grandes con los que se enfrenta una persona con discapacidad es el estigma social, independientemente del capacitismo que vive desde el primer momento de ser diagnosticada con alguna discapacidad. Sobre lo que los demás asumen en cuanto a lo que las personas con discapacidad son capaces o no de hacer o desarrollar, encontramos un sinfín de contenidos en las redes sociales producidos por activistas a favor de los derechos de estas personas en los que se demuestra que la discapacidad no es la condición que ellos poseen, sino los obstáculos impuestos por la sociedad. En uno de esos contenidos podemos observar a una joven de no más de 30 años con síndrome de Down, la cual se encuentra entre la población con discapacidad intelectual. En su relato la señorita hace alusión a que los padres no permiten que quienes padecen esa condición se conviertan en personas autónomas e independientes; opina que no son respetadas sus decisiones, que el estigma social las señala como débiles físicamente o incapaces de llevar una vida social acorde con su edad y, que finalmente todas estas limitantes tienen como consecuencia individuos que efectivamente no pueden valerse por sí mismos; pero no por la discapacidad intelectual, sino porque su derecho a un sano desarrollo ha sido mutilado por amor… ¿Cómo? Ante la cruel realidad mencionamos uno de los sentimientos más fuertes que el hombre, desde hace miles de años, ha reconocido como el poder supremo para lograr el equilibrio y el beneficio de sus semejantes. Este punto tan esencial para el desarrollo sano de una persona con discapacidad nos hace recordar la enseñanza de Sigmund Freud, "padre del psicoanálisis", sobre la teoría controversial de "matar al padre" que la señalaba como una necesidad humana y que representa la oportunidad que tenemos todas las personas de madurar e independizarnos. Esto en materia de discapacidad puede ser aún más complejo y doloroso para padres o cuidadores primarios y personas con discapacidad, ya que al recibir el diagnóstico el instinto de protección del ser humano muchas veces se convierte en sobreprotección, viniendo desde el seno familiar a inculcar una crianza con temores, límites y obstáculos que terminan por destruir el desarrollo del ser humano a quien más se ama. Conocemos ejemplos de personas con discapacidad que logran su autonomía al grado de vivir y desplazarse totalmente solos; son independientes económicamente y forman sus propias familias ya que con los de-

rechos que otorga la Convención de los Derechos para las Personas con Discapacidad se tienen grandes ventajas. Un ejemplo de ello es el derecho a una educación inclusiva, esto es, en un entorno adecuado con las adaptaciones curriculares necesarias, los métodos pedagógicos correspondientes y un equipo multidisciplinar, lo que en los países primermundistas ya es una situación cotidiana. En México cada día se visibiliza más la necesidad de que estas circunstancias sean para todos y todas por igual.

Discapacidad sensorial

En la discapacidad sensorial se encuentra la comunidad ciega y de baja visión, que, por pérdida total o parcial de la vista, ya sea de nacimiento o en el transcurso de la vida, se ve limitada en muchos aspectos, por ejemplo, accesibilidad universal para trasladarse de un lugar a otro por la ausencia de guías podo-táctiles, herramientas que facilitan el desplazamiento y permite identificar ciertos puntos por los relieves de las guías. Así, de manera mucho más segura los ciegos pueden saber dónde termina un camino o hacia dónde hay opción para dar una vuelta.

El ser humano ha tenido la necesidad de adaptarse a sus circunstancias; esa es una de sus fortalezas, sin lugar a dudas; así que, a mediados del siglo XIX, Frances Louis Braille, quien se quedó ciego debido a un accidente durante su niñez y a quien en su escuela le mostraron un sistema de lecto-escritura táctil que había sido inventado por Charles Barbier, decidió reinventar ese sistema de lectura y estructura táctil pensado para las personas ciegas. Según los miembros de la comunidad no es un sistema sencillo de aprender; sin embargo, si la discapacidad es de nacimiento es más fácil adoptarlo, aunque, por ejemplo, una estudiante de la licenciatura en letras afirma que cuando los escritos por analizar son en latín, realmente es muy complicado trasladarlos al braille. No obstante, en la actualidad el apoyo de la inteligencia artificial es indispensable para que las personas ciegas tengan más facilidad para poder obtener la información necesaria en su día a día. He aquí una de las respuestas al controversial dilema bioético de la inteligencia artificial, ya que cuando ésta es utilizada para un fin tan humano, tan necesario, para que una persona pueda vivir con menos barreras, en

beneficio de muchas de sus necesidades, sí se justifica su existencia, sin lugar a dudas.

Otro claro ejemplo de la discapacidad sensorial es la comunidad sorda o de baja audición, que al ver limitada su percepción del entorno mediante sonidos, y a la vez su comunicación, se ha visto obligada a crear un idioma propio, como la lengua de señas, la cual es una lengua visogestual. Lo complejo de establecer una sana comunicación mediante este bien llamado idioma, es que lo utilizan junto con la gestualidad y el movimiento corporal. Así que no es simplemente lo que vemos en el movimiento de las manos sino que también es importante la expresión facial y del cuerpo en general. En este caso la inteligencia artificial sí es de apoyo para lograr una línea de comunicación entre oyentes y sordos; pero definitivamente nada podrá relevar el apoyo que un intérprete da a una persona con esta discapacidad, ya que la intención de la comunicación sólo puede ser expresada de forma correcta por otro ser humano. Sin embargo, actualmente hay una gran escases de intérpretes. Las cifras son alarmantes, en México: el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) afrima que actualmente existen 2.4 millones de personas sordas y únicamente 700 interpretes a nivel nacional. Esto genera un sesgo en materia de inclusión, ya que se sigue a la población sorda de los demás ciudadanos en su etapa académica, porque cada alumno requiere un intérprete para poder tener una enseñanza óptima.

Discapacidad mental

47

La discapacidad mental es la limitación de las personas que presentan disfunciones temporales o permanentes de la mente, para realizar una o más actividades cotidianas; algunos ejemplos son: depresión, trastorno de ansiedad, psicosis, trastorno bipolar, esquizofrenia, trastorno esquizo-afectivo y trastorno dual.

Según el libro *Salud mental y bioética* de la Universidad de Valencia, escrito por J. S. Fraile:

43

> La bioética aporta a la sanidad elementos que contribuyen de forma muy valiosa a alcanzar los objetivos que se propone el sistema sanitario en la calidad

clínico-asistencial, en la mejora de los servicios y prestaciones y en el aumento de la satisfacción profesional y de los usuarios. Por ello se considera un área de trabajo fundamental para el progreso de la salud mental y de la psiquiatría. Para la bioética, la enfermedad mental es un área de interés más compleja que las áreas relacionadas con las denominadas enfermedades orgánicas. Y no debería ser así, porque seguramente los problemas que se plantean en salud mental son tan importantes y frecuentes, o incluso más, que los que ocurren en otras enfermedades, y posiblemente la tendencia futura será ir en aumento. A pesar de que la salud mental se encuentra situada en un ámbito de especial sensibilidad ante las inquietudes de la bioética, cuando se intenta conocer algunos indicadores se observa que su presencia es más bien discreta y, desde luego, bastante menor de lo esperado. De las anteriores observaciones no se debe interpretar que los conflictos en salud mental sean escasos y poco relevantes. Parece más adecuado pensar que mecanismos de detección disponibles no son bastante sensibles para evidenciar la magnitud de los problemas, los cuales se encuentran parcialmente invisibles, sin que se conozca su verdadera dimensión y por consiguiente permanecen insuficientemente resueltos. Esa reflexión ha sido una motivación fundamental para acometer una línea de trabajo específica sobre cuestiones éticas relacionadas con la actividad clínico-asistencial que se realiza en las personas con enfermedad mental.

En 2022 México tuvo un gran avance en esta materia ya que en apego al respeto a los derechos humanos y con plena aplicación de los cuatro principios de la bioética la Ley General de Salud prohíbe el internamiento forzado de los pacientes y obliga a las instituciones a garantizar el consentimiento informado sobre los tratamientos.

Todos los prestadores de servicios de salud, públicos o privados, están obligados a comunicar a la persona, de manera accesible, oportuna y en lenguaje comprensible, la información veraz y completa, incluyendo los objetivos, los posibles beneficios y riesgos esperados, y las alternativas de tratamiento, para asegurar que los servicios se proporcionen sobre la base del consentimiento libre e informado. Una vez garantizada la comprensión de la información a través de los medios y apoyos necesarios, la población usuaria de los servicios de salud tiene el derecho de aceptarlos o rechazarlos,

se lee en el artículo 51 bis de la ley reformada. Además, se aclara que en caso de que un paciente no pueda dar su consentimiento para recibir un tratamiento, ni exista un documento de voluntad anticipada, y su salud e integridad se encuentren expuestas a un "riesgo inminente", el prestador de servicios de salud procederá de inmediato para preservar la vida y la salud del usuario. De ello deberá dejar constancia en el expediente clínico y otorgar un informe justificado a los comités de ética y a la autoridad judicial competente. En lo que respecta a niñas, niños y adolescentes, la ley establece que es obligación de los prestadores de servicios de atención a la salud implementar los apoyos y los ajustes razonables, adecuados a su edad, para que su voluntad y sus preferencias sean tomadas en cuenta en la determinación del tipo de intervenciones encaminadas a garantizar su recuperación y su bienestar. "No se entenderá que la persona no puede dar su consentimiento cuando se estime que está en un error o que no tiene conciencia de lo que hace", se enfatiza en la ley. El texto de esa ley refiere que la salud mental y la prevención de las adicciones tendrán, a partir de ahora, carácter prioritario dentro de las políticas de salud y deberán brindarse conforme a lo establecido en la Constitución y en los tratados internacionales en materia de derechos humanos. La ley así lo dice: "Para eliminar el modelo psiquiátrico de asilar, no se deberán construir más hospitales mono especializados en psiquiatría; y los actuales hospitales psiquiátricos deberán, progresivamente, convertirse en centros ambulatorios o en hospitales generales dentro de la red integrada de servicios de salud".

En México existen 33 hospitales psiquiátricos de acuerdo con el directorio de la Secretaría de Salud, 60 % de los cuales se ubica en las tres ciudades más grandes, es decir, no están distribuidos de forma equitativa ni focalizada en el país. En esta agenda el tema de la voluntad anticipada en la salud metal es muy interesante, ya que otorga al paciente la potestad para poder determinar su deseo de tratamiento y el sitio donde recibirá sus cuidados en caso de ya no contar con plena conciencia sobre su persona; esto, atendiendo al cuidado de la dignidad del ser humano.

Discapacidad psicosicial

Es un cuestionamiento común el hecho de pensar que la neurodiversidad por sí misma es una discapacidad, y no es así; comencemos por saber que la *neurodiversidad* es un término que describe la diversidad de funciones mentales y cognitivas de las personas. Sin embargo, algunas condiciones que se consideran neurodivergentes pueden ser catalogadas como discapacidades, como la dislexia, el autismo, la dispraxia y el trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad. No obstante, las comorbilidades que trae consigo la neurodiversidad, en este caso la ansiedad y la depresión, sí pueden llegar a causar una discapacidad psicosocial, a tal punto que la persona con neurodiversidad se vea en la necesidad de aislarse socialmente e interrumpir el desarrollo al cual tiene derecho en todos los ámbitos de la vida como ser humano.

Para ello como sociedad se requiere una gran madurez y empatía, ya que tanto la ansiedad como la depresión llegan a ser patologías silenciosas, que no siempre son detectadas por el entorno de esa persona y que limitan sus actividades en todas las áreas de la vida.

Un claro ejemplo de lo anterior es el desempeño académico de una persona con neurodiversidad en su etapa universitaria; si bien cognitivamente quizás rebasa las habilidades de sus compañeros, puede ser que el hecho de asistir a un aula muy concurrida le desate un nivel elevado de ansiedad provocado por una fuerte estimulación sensorial. Quizás algún tema en específico pueda llevar a dicho estudiante con neurodiversidad a presentar conductas disruptivas, que se puede llegar confundir una actitud de mala educación, agresividad, falta de cooperación, desobediencia, provocación. Esto causa un gran estrés en el profesor y en los compañeros, que por la ignorancia sobre el manejo de estas situaciones puede provocar conductas discriminatorias del entorno. De aquí la importancia de informar, sensibilizar y capacitar al entorno, además de que la persona con neurodiversidad cuente con una atención integral constante por parte de profesionales de la salud, como un psiquiatra o un neurólogo, y terapias psicológicas conductivo-conductuales para fortalecer y mejorar su desarrollo en la sociedad.

Ahora bien, ya entendiendo lo que es la discapacidad, y los diferentes tipos que existen en nuestro mundo, recordemos que no se trata de la pa-

tología fisica o de la condición neurológica de la persona, sino específicamente de las barreras que impone la sociedad para su sano y correcto desarrollo. En la época actual hablamos de barreras pero en la antigüedad eran muros, que parecían imposibles de derribar. En este contexto adentrémonos a conocer un poco sobre la historia de la discapacidad y cómo la historia de la bioética ha influido en la desaparición de esos muros.

Bioética y discapacidad: historia

Durante el florecimiento de las primeras civilizaciones, los espartanos de la antigua Grecia arrojaban desde el Monte Taigeto a las personas con discapacidad, pues no querían que "en su bella y floreciente civilización" existieran personas diferentes. En la Grecia del siglo IV a. C. el eminente filósofo Aristóteles trató de interpretar algunas desviaciones.

Existen registros de estudios de las diferencias físicas y mentales realizados por Diógenes, Hipócrates y Galeno, quienes estudiaron la epilepsia y la demencia, entre otras formas atípicas.

En las antiguas culturas primitivas se abandonaba y se dejaba morir a los niños que nacían con deformidades fisionómicas o discapacitados. En algunas sociedades de la Antigüedad, el destino de las personas con discapacidad era la muerte. Era normal el infanticidio cuando se observaban anormalidades en niños y niñas. Si eran adultos se les apartaba de la comunidad, pues se les consideraba incapaces de tener una existencia acorde con las exigencias sociales establecidas.

Según datos recogidos del Antiguo Testamento en el siglo XII a. C. y los estudios de Platón, filósofo griego, en el siglo V a. C. las personas sordas se comunican mediante gestos. La época se caracterizó por la fuerza física; por lo tanto una persona con limitación física era considerada poseída o inservible. En Grecia, que prodigaba culto a la belleza y a la perfección física, a las personas con discapacidad las expulsaban de las ciudades o las exterminaban. En Atenas comenzaron a construirse lugares saludables por su clima y por sus aguas, para la estancia de enfermos o convalecientes. En la antigua Grecia, figuras como Hipócrates, considerado el padre de la medicina, establecieron principios éticos básicos para la práctica médica, como la con-

fidencialidad del paciente y la prohibición de causar daño; sin embargo, estos principios no se aplicaron en el caso de las personas con discapacidad.

En Esparta, por su carácter ofensivo, no se permitían miembros no válidos, por eso los lanzaban desde un monte.

Las leyes de Licurgo, que pretendían una mejora racial a ultranza, así como la pertenencia total del individuo al Estado, obligaban a que todo aquel que al nacer presentase una deformidad física fuese eliminado. Para ello, como es bien conocido, se recurría al despeñamiento por el Monte Taigeto. Esto cambió tras la reforma de Pericles (499-429 d. C.) cuando se comienza a atender a estas personas en centros asistenciales.

En Asia las abandonaban en el desierto y en los bosques. En la India las abandonaban en la selva y las echaban en un lugar llamado Sagrado Ganges.

En Egipto las abandonaban, o bien también las mataban. Es posible que esto sucediera de modo exclusivo con las personas reales. Existen pruebas de que se aceptaba y se trataba de mejorar al individuo con discapacidad. La representación más habitual del dios Horus era en forma de un niño débil y poco desarrollado situado sobre las rodillas de Isis, su madre. También se conserva una fractura de extremidad inferior, con una ingeniosa férula inmovilizadora, hallada en una momia de la v dinastía (unos 2500 años a. C.), lo que indica el buen desarrollo de la medicina egipcia. También se encuentran evidencias de códigos éticos para la práctica médica, como el juramento de los médicos de la escuela de Sais, que enfatiza la compasión y el cuidado de los pacientes; más evidentemente, no de todos los pacientes.

Los antiguos hebreos creían que los defectos físicos eran una marca del pecado, por eso dieron un tratamiento diferente a las personas con limitaciones, quienes podían participar en los asuntos religiosos. El judaísmo, precursor del cristianismo, al elevar la dignidad de la persona humana, hizo que se convirtiera en deber la atención a las personas con discapacidad. Constantino creó algunas instituciones: los nosocomios, una especie de hospitales donde se proporcionaba, techo, comida y ayuda espiritual. Los hebreos parecen que trataban bien a las personas con discapacidad, a las que consideraban como verdaderos hombres y, por lo tanto, hechos a imagen y semejanza de Dios.

Fue con el advenimiento del cristianismo que se inició un verdadero movimiento de asistencia y consideración hacia las personas con discapacidad motriz, marginados y desprotegidos.

Los indios masai asesinaban a sus niños con discapacidad. Los chagga de África oriental utilizaban a las personas con discapacidad para ahuyentar al demonio; los jukun de Sudán consideraban que eran obra de los malos espíritus y los abandonaban para que murieran. Los semang de Malasia consideraban a las personas con alguna discapacidad como hombres sabios. De los mayas sabemos que poseían una gran bondad de costumbres; respetaban y querían a los ancianos y les eran especialmente gratas las personas con acondroplasia y personas con discapacidad con fisonomía deforme. Para los nórdicos las personas con discapacidad eran verdaderos dioses.

Los romanos, especialmente a partir de la Ley de las Doce Tablas (540 a. C.), conceden al padre todos los derechos sobre sus hijos, la muerte incluida. En la Roma imperial, asimismo, la Roca Tarpeia cumplía igual propósito con los niños y los discapacitados congénitos y ancianos, ya que desde esa roca se les empujaba al vacío, igual que en España; pero la muerte del niño que presentaba alguna deformidad fisonómica, no era lo habitual, sino que se le abandonaba en las calles, o bien se le dejaba navegar por el río Tíber, metido en un cesto, para pasar a las manos de quien le utilizase, bien como esclavo, bien como mendigo profesional.

En Roma se inició el ejercicio de la mendicidad como oficio y nació la costumbre, tan extendida después, de aumentar las deformidades deliberadamente con el fin de que, al ser mayor la compasión, fuesen también mayores las limosnas.

Esto originó todo un comercio de niños con discapacidad y de personas con transdiscapacidad, esto es, deformados a voluntad con distintos tipos de mutilaciones, que se va a mantener prácticamente hasta nuestros días. En la época romana, el médico Galeno de Pérgamo, conocido por sus trabajos en anatomía y fisiología, también contribuyó a la ética médica. Sus escritos sobre la importancia de la observación y la experimentación sentaron las bases para el desarrollo de la medicina científica moderna.

Además, funciona por primera vez el sistema de retribución a las personas con discapacidad, si bien exclusivamente por causa bélica, a través de la entrega de tierras de labrantío, cuyo cultivo les permitiese proveer su subsistencia. Este sistema es el que dio origen indirectamente a los agrupamientos llamados *collegia*, antecedente directo de las agrupaciones gremiales de la Edad Media. Durante esa época, la religión tuvo un papel fundamen-

tal en la ética. La Iglesia católica a través de la doctrina cristiana, promovía la idea de la dignidad humana y la importancia de aliviar el sufrimiento. Este periodo se caracterizó por el desarrollo de hospitales y la atención a los enfermos, lo que sentó las bases para la ética médica moderna.

Un hecho importante en esta etapa lo constituye la aparición del cristianismo, que, en principio, consiguió la integración fraternal de todos los hombres en una sola comunidad. Esto dio origen a instituciones para la atención de las personas con discapacidad, que culminan con los "nosocomios" del emperador Constantino. Puede decirse que esta época constituye un oasis de bienestar en la odisea de las personas con discapacidad, que por lo menos ya aseguraban en primera instancia tener derecho a la vida, a una casa, a alimento y a cuidados.

El Renacimiento marcó un punto de inflexión en la historia de la ciencia y la ética. La revalorización del conocimiento científico y la exploración del cuerpo humano impulsaron el desarrollo de la anatomía, la fisiología y la medicina experimental. Esta época también vio la aparición de figuras como Leonardo da Vinci, quien a través de sus estudios anatómicos contribuyó al avance de la medicina y la ética médica.

En el siglo XVIII La Ilustración, con su énfasis en la razón y en la autonomía individual, tuvo un impacto profundo en la ética médica. Pensadores como John Locke, con su teoría de los derechos naturales, plantearon la idea de que los individuos tienen derecho a la libertad y a la autodeterminación, incluyendo el derecho a tomar decisiones sobre su salud.

Aquí quiero hacer una breve reflexión sobre la gran diferencia en la línea del tiempo en relación con la adquisición y aplicación de los derechos para las personas con discapacidad, ya que en México fue sólo hasta marzo de 2023 cuando se reconoció la capacidad jurídica de estas personas, con lo cual se extinguió el juicio de interdicción, lo que permitió a estas personas tomas de decisión sobre su salud y su vida en general.

El avance normativo de la discapacidad en la posmodernidad

La Ley de Empleo de Discapacidad de 1944 fue el primer acto significativo en Reino Unido durante la Segunda Guerra Mundial que otorgaba derechos

laborales a los discapacitados, lo que se consiguió como consecuencia de la necesidad que vio el gobierno británico de aumentar las provisiones para los militares heridos que habían vuelto de la guerra. La ley les prometía protección laboral, ocupaciones reservadas y cuotas de empleo, así como iniciativas específicas para mejorar la forma física de los veteranos, su movilidad y su moral, que comenzaron a extenderse al resto de la población con discapacidad motora. El nuevo Servicio Nacional de Salud se extendió al servicio de rehabilitación de trabajadores incapacitados por accidentes laborales, y en marzo de 1951, a ex militares con discapacidad motora, lo que dio origen a un nuevo movimiento social.

En 1951 se formó la Federación Mundial de Sordos. El Consejo Mundial para Ciegos se había fundado en 1949 y en 1951 se creó La Federación Mundial de Sordos con el objetivo de promover los derechos humanos de las personas sordas en todo el mundo. Con sede en Helsinki, Finlandia, los 11 miembros actuales de la Junta de la Federación son sordos. Sin embargo; el Real Instituto Nacional de Personas Ciegas de Gran Bretaña y la Asociación de Sordos británica tienen sus raíces en el siglo XIX. En 1924 unos 148 atletas de nueve países europeos se reunieron en París para la celebración del "Deaflympics", un evento deportivo para los atletas con discapacidad.

Los primeros Juegos Paralímpicos se celebraron en septiembre de 1960, en Roma, abiertos a todo el mundo, y no únicamente a los veteranos de guerra. Participaron unos 400 atletas de 23 países. Y 16 años más tarde, Suecia albergó los primeros Juegos Paralímpicos de Invierno. Una justa deportiva que es, ahora, la segunda más importante del mundo.

Eunice Kennedy Shriver crea en 1962 los Juegos Olímpicos Especiales. El evento fue diseñado para competidores con discapacidad intelectual y, por lo tanto, se considera diferente a los Juegos Paralímpicos, donde los competidores tienen discapacidades físicas.

La iniciativa, que comenzó como un campamento de un día, el "Camp Shriver", en el hogar de la que era hermana de John, Robert y Ted Kennedy, en Potomac (Maryland), se transformó en la mayor organización del mundo deportivo para personas con discapacidad intelectual. Los primeros Juegos Olímpicos Especiales Internacionales se llevaron a cabo en Chicago en 1968.

En septiembre de 1973 caducó la Ley de Rehabilitación de América. Esta fue la primera ley de derechos civiles aprobada en Estados Unidos para

garantizar la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad. La ley prohibía la discriminación en cualquiera de los servicios que recibiera ayuda federal monetaria estadounidense. No fue sino hasta 1990 cuando la ley amplió sus horizontes y prohibió la discriminación en cualquier lugar.

En 1974 las leyes americanas para "feos" (America's Ugly Laws) son derogadas. Chicago se convirtió en el último estado de América en eliminar estas leyes (que provenían del siglo XIX) que prohibían a "enfermos, lisiados, mutilados o de cualquier manera personas con deformidades en su fisonomía" aparecer en espacios públicos. En la práctica, estas leyes permitían a la policía arrestar y encarcelar a las personas con discapacidades visibles o aparentes, sin que hubieran cometido algún delito.

En octubre de 1981 se aprobó la Ley de Educación, la primera legislación en Reino Unido que establecía el derecho a la formación de los niños con necesidades educativas especiales y que aún se mantiene vigente 30 años después.

La década de 1980 vivió la creación de un Fondo Voluntario de la ONU sobre Discapacidad, la concesión de subvenciones a las organizaciones no gubernamentales y la intención de los gobiernos de aumentar la conciencia sobre los derechos en materia de discapacidad. En 1984 el argentino Leandro Despouy fue designado como el primer defensor de los derechos humanos y discapacidad en Estados Unidos. La ONU también presionó para una mejor educación, formación y servicios de salud mental para las personas con discapacidad e, internamente, se comprometió a no discriminar a los empleados en función de su discapacidad, aunque no todo fue tan sencillo. El Comité Asesor de las Naciones Unidas, en el Año Internacional de las Personas de Movilidad Reducida, fue criticado por tener sólo a una persona con discapacidad en su formación. Y un examen realizado por la ONU media década encontró que el ritmo de progreso no había sido cumplido.

Se organizaron dos desfiles con el objetivo de cambiar la manera de pensar acerca de la discapacidad, visibilizando las diferentes condiciones para así lograr sensibilizar y concientizar a la sociedad. El primero, en 1990, en Boston (Massachusetts), y el segundo en 1991, aunque el evento no se llevó a cabo debido a la muerte de su principal organizadora, Diana Viets. En julio de 2004 el movimiento se reavivó en Chicago, donde las estimacio-

nes en asistencia de los organizadores se superaron, pues de los 500 esperados se pasó a 2000 asistentes. Los desfiles se han extendido desde Estados Unidos y Canadá hasta Irlanda, Alemania y España.

En Palestina, la discapacidad tradicionalmente carga un estigma, pero después de la primera intifada el número de hombres jóvenes con lesiones aumentó de manera espectacular, motivo por el cual sus discapacidades fueron vistas, cada vez más como un signo de heroísmo y resistencia, según el investigador Lina Abu-Habib. Además, en ese mismo año se forma la Unión General de Palestinos de Movilidad para actuar como grupo de presión con el fin de obtener mejores condiciones y que hoy cuenta con más de 35000 miembros.

En 1991, por primera vez, se ayuda a las personas con discapacidad, tanto social como económicamente. Tendrían que pasar otros cuatro años (1995) antes de que el Reino Unido aprobara la Ley de Discriminación por Discapacidad que impide la discriminación en relación con el empleo, la provisión de bienes y servicios, la educación y el transporte. Hong Kong se sumaría a esa Ley.

Se establece el Día Internacional de la Discapacidad, que desde 1992 se celebra anualmente cada 3 de diciembre.

La Conferencia Internacional sobre la Mujer de la ONU presencia cómo el número de mujeres con discapacidad participantes crece, y en 1995, en Pekín, obtienen un registro de 200 en total. Esa fue la primera vez que se había producido una representación organizada de la mujer con discapacidad en la conferencia internacional. Durante esta década, varios países africanos comenzaron a preparar una legislación específica con el objetivo de mejorar los derechos de los ciudadanos con discapacidad; entre ellos, los de Sudáfrica (en el año 2000) y Kenia (en 2003). Túnez decreta en 2005 que todas las empresas con más de 100 empleados establezcan una cuota de 1 % para empleados con discapacidad. Hoy en día, las cuotas laborales para ese fin son comunes en varios países europeos, así como en la India, China y Japón.

En 2003 se produce un hito histórico para los derechos sobre discapacidad en África, a partir de la actuación de dos activistas que trabajaron a favor de los pacientes del Hospital Royal Victoria. En Gambia descubrieron varias violaciones a las disposiciones de la Carta Africana de Derechos Humanos en relación con las personas con discapacidad psíquica, así como su

Ley Luncatic, a la que tacharon de discriminatoria, dado que las personas de escasos recursos tenían más probabilidades de ser detenidas. A raíz de sus resultados, el gobierno de Gambia trabajó con la Organización Mundial de la Salud para elaborar una política con el fin de mejor salud mental en 2006.

Veinte años después de que la ONU ejerciera presión para mejorar los derechos de estas personas, el 13 de diciembre de 2006, se establece, en su 61ª Asamblea General, una convención específica que no entraría en vigor sino hasta el 3 de mayo de 2008 y que fue seguida por un flujo constante de legislación sobre discapacidad alrededor del mundo. En los 10 años siguientes a la adopción de esta convención de la ONU, Tailandia, Tanzania, Sierra Leona, Malawi y Suecia ya poseen una legislación aprobada para garantizar los derechos de las personas con discapacidad. México firmó esa convención en 2008, integrándose al grupo de países comprometidos con los derechos de las personas con discapacidad.

En 2012 las personas con discapacidad pueden ser testigos en juicios. El Tribunal Supremo de Canadá marcó un hito en la historia cuando un juez manifestó que los adultos con discapacidad mental eran capaces de dar testimonio veraz y fiable, incluso si no pueden hacer el juramento. La decisión se produjo después de que un hombre fuera absuelto tras abusar sexualmente de su hijastra con discapacidad, ya que se le impidió declarar, por no poder realizar el juramento.

En México existen leyes que respaldan a personas con discapacidad en varios aspectos. El 30 de mayo de 2011, durante el gobierno del presidente Felipe Calderón Hinojosa se estableció la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad. El objetivo principal de esta ley es proteger, fomentar y dar seguridad a los derechos humanos de las personas con discapacidad, así como promover su desarrollo igualitario con base en las oportunidades y el respeto. Además de reglamentar las condiciones que el Estado debe propiciar y asegurar para el pleno ejercicio de los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas con discapacidad, asegurando su plena inclusión en la sociedad con respeto e igualdad y oportunidades, tal como lo marca el artículo 1º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Los principios mediante los que se rigen este tipo de políticas públicas son: equidad, justicia social, igualdad de oportunidades, respeto a preservar

la identidad, la dignidad, la autonomía y la libertad de tomar las propias decisiones, así como respeto por las diferencias y aceptación de la discapacidad como parte de una diversidad de la condición humana. A raíz de la creación de este marco normativo se creó el Consejo Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad, el cual verifica que se hagan valer los derechos de las personas, mismos que están respaldados por los poderes Legislativo y Ejecutivo, gobiernos y entidades federativas, conforme al respeto e igualdad de oportunidades. En el artículo dos de esta ley se hace mención de que todas las zonas públicas, entornos físicos, medios de transporte e, incluso, tecnologías de la información y la comunicación, deben estar habilitados de acuerdo con las necesidades de todas las personas, sin importar su condición.

Principios éticos y bioéticos esenciales para el desarrollo de las personas con discapacidad

Los principios que cualquier política deberá aplicar son los siguientes:

- La justicia, porque es deber dar a cada cual aquello que le corresponde.
- La autonomía individual e el respeto de la dignidad inherente, incluida la libertad de tomar las propias decisiones, y la independencia de las personas.
- Beneficencia. Impulsar los derechos a la inclusión de las personas con discapacidad en nuestra sociedad trae consigo un beneficio directo individual, pero además un beneficio a la colectividad, ya que al ser debidamente incluidos e insertados son ciudadanos productivos para la sociedad.
- No maleficencia. La creación de políticas públicas incluyentes debe dejar de ser capacitista, pues las personas con discapacidad, no buscan limosna, ni ser una carga para el sistema, desean ser respetadas y que se les otorguen las oportunidades que les corresponden para su óptimo desarrollo como seres humanos.
- Igualdad de oportunidades, para que todas las personas tengan las mismas posibilidades de acceder a los derechos y al bienestar social.

- La equidad, la cual implica un trato diferenciado en cuanto a las situaciones específicas, con el fin de lograr la igualdad de derechos, adaptar los métodos y las circunstancias para el óptimo desarrollo de la persona en específico.
- Respeto a la evolución de las facultades de niños y niñas con discapacidad y a su derecho a preservar su identidad.
- La participación y la inclusión plenas y efectivas en la sociedad.
- El respeto por la diferencia y la aceptación de la discapacidad como parte de la diversidad y la condición humana.
- La no discriminación.
- La igualdad entre mujeres y hombres con discapacidad.
- La transversalidad.

La discapacidad está incluida en los 17 objetivos de desarrollo sostenible. En septiembre de 2015, la Asamblea General de la ONU hizo los siguientes compromisos con las personas con discapacidad:

- Garantizar la igualdad de acceso a todos los niveles de la educación.
- Construir instalaciones de educación que sean sensibles a la discapacidad.
- Proporcionar entornos de aprendizaje seguros.
- Alcanzar el empleo pleno y productivo.
- Promover la inclusión social, económica y política.
- Proporcionar acceso a un transporte seguro, económico y accesible.
- Aumentar significativamente la calidad y la fiabilidad de los datos sobre disgregación por la discapacidad.

Derechos de las personas con discapacidad en México

La Suprema Corte de Justicia de la Nación, a través de sus sentencias, ha logrado crear una estructura jurídica para las personas con discapacidad en México basándose en los principios rectores consagrados en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, un marco normativo necesario para que gocen plenamente de sus derechos, abordándose temas

como la obligación de pleno reconocimiento, por parte de los Estados, de la capacidad jurídica de las personas con discapacidad en igualdad de condiciones, casos relacionados con el derecho a una vida independiente, la participación en la vida pública y política, el acceso al empleo y el principio de igualdad de oportunidades, el respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones y la independencia de las personas con discapacidad, así como el derecho a la capacidad jurídica en igualdad de condiciones, derecho de audiencia, principio de autodeterminación libre de la persona e interpretación conforme del estado de interdicción.

Uno de los cambios más trascendentales de esta década ha sido la abolición de la interdicción por medio de una reforma histórica al Código Federal de Procedimientos Civiles en abril de 2023, mediante la cual se reconoce a todas las personas adultas plena capacidad jurídica y derecho a tomar decisiones con apoyos cuando así lo prefieran. Al declarar la inconstitucionalidad del estado de interdicción se otorga el ejercicio de la capacidad jurídica con acceso a apoyos para su ejercicio y proporcionando salvaguardias.

En relación con el derecho a la participación en la vida política y pública, la implementación de acciones afirmativas detona un conjunto de procesos virtuosos que impactan positivamente en el goce pleno del ejercicio de los derechos político electorales de las personas con discapacidad, ya que a través de ellas pudimos identificar en la pasada contienda electoral a varios candidatos a diferentes puestos gubernamentales pertenecientes a la comunidad de personas con dicapacidad. Asimismo, estas medidas permiten detonar acciones como procesos de sensibilización en el interior de los partidos políticos y las juntas electorales, lo que impulsa la auténtica inclusión.

La protección a la privacidad es primordial para cualquier ser humano y las personas con discapacidad son víctimas constantes de la violación de estos derechos. Esto surge directamente del capacitismo, ya que tanto las personas más allegadas a su núcleo, como algunos funcionarios de dependencias encargadas de su tutela, muchas veces los consideran incapaces de tener orden en su administración y en su documentos privados. Así de importante es la no discriminación y la igualdad de oportunidades para seguir creando un país con mejor calidad de vida; sin olvidar el derecho de tránsito que requiere de tantas adecuaciones en el tema de accesibilidad. Por su

parte, el derecho al sufragio ha sido muy relevante en las elecciones pasadas, pero aún vimos deficiencias en cuanto a la capacitación de las personas con discapacidad en las dinámicas de cómo ejercer su derecho.

La libertad de acceso al empleo se promueve mediante ferias nacionales de inclusión laboral, aunque la mayoría de los perfiles siguen siendo capacitistas y limitan el tipo de trabajo, sueldos y prestaciones fuera de equidad.

La discapacidad tiene comorbilidades como la ansiedad y la depresión que por medio de disfrutar momentos de goce en comunidad se pueden evitar. Otro de los derechos es el acceso a servicio de guardería hasta los cuatro años, donde se permite que los padres o los cuidadores principales puedan trabajar para fortalecer la economía del hogar. En dichas estancias infantiles cuentan con servicios integrales de atención a las infancias personas con discapacidad. Otro derecho que ha tenido mucha difusión, por cierto muy controvertida, es el acceso a programas sociales que han sido más que impulsados, yo diría visibilizados, por un interés político-electoral. Lo cierto es que cada día más ciudadanos son beneficiarios de este derecho.

Fortalecer la dignidad y la autoestima del ser humano es premisa para un adecuado desarrollo, por lo que se creó un lenguaje inclusivo que disminuya el estigma.

La accesibilidad es un todo en materia de discapacidad. Es la llave hacia un mundo digno, para alcanzar las metas y los sueños que tenemos todos los seres humanos. Implica adecuar cada momento, espacio y circunstancia a la necesidad de cada persona, hacer ajustes razonables en los procedimientos en relación con su derechos a la salud, a la seguridad social y al acceso a la justicia, mediante protocolos, aerolíneas y transporte de instrumentos necesarios para personas con discapacidad, derecho a la educación, derecho a la movilidad personal y a la vida independiente, a la participación y a la inclusión plenas y efectivas en la sociedad, participación en la vida cultural, actividades recreativas, esparcimiento y deporte.

Conclusiones

A partir del breve análisis que hemos realizado sobre la relación de la discapacidad y la bioética en el marco histórico de la humanidad y en la actua-

lidad, de los cambios de perspectiva hacia un mundo igualitario y anticapacitista, podemos concluir que aún nos falta mucho por trabajar a favor de este sector de la sociedad, que la deuda que tenemos con la discapacidad parte del maltrato al ser humano que la vive. El compromiso de la bioética debe de ser a favor de la creación y la implementación de protocolos en todos los ámbitos en los que el ser humano puede y debe relacionarse para su sano desarrollo.

Aprendemos la importancia de apoyar para que cada persona se acepte y asuma su condición de vida y que, partiendo del orgullo, vaya a la búsqueda de sus capacidades y sus habilidades, las cuales deberían ser el impulso para crear un mejor pronóstico hacia un futuro equitativo.

La importancia que tiene la detección y el tratamiento oportuno de la discapacidad de nacimiento, el tratamiento y el manejo del duelo del cuidador primario, la creación y el fortalecimiento de las redes de apoyo y el énfasis en la salud mental en todas sus circunstancias ayudan a combatir los estigmas de esa condición. La transversalidad de la discapacidad tiene como objetivo reconocer que las personas tienen derechos que deben ser respetados, promover el buen trato y la atención de calidad hacia las personas con discapacidad y fomentar el respeto y el conocimiento de la diversidad. Esto implica crear programas y proyectos que incluyan a estas personas y que se reconozcan sus necesidades y sus realidades; implica insertar la perspectiva de la discapacidad en todas las etapas de un proyecto, desde la identificación del problema, el diseño y la ejecución, hasta el seguimiento y la evaluación. El modelo social de discapacidad es un nuevo paradigma que considera que las causas de esa condición son principalmente sociales.

Referencias

Basado en Hechos Reales (s. f.). *Historia de la bioética: un viaje por la moralidad humana,* Argentina. http://basadoenhechosreales.com.ar/hechos.historicos-de-la-bioetica/

Cámara de Diputados del Congreso de la Unión. (2011, 30 mayo). *Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad* (última reforma publicada el 14 de junio de 2024). Diario Oficial de la Federación, pp. 1-35, México. https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGIPD.pdf

Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión (1917, 5 febrero). *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos* (texto vigente). https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPEUM.pdf

(2021). Guía técnica de políticas públicas con enfoque de derechos humanos. Dirección General de Planeación y Estrategia Institucional. https://www.google.com/search?q=https://appweb.cndh.org.mx/biblioteca/archivos/pdfs/Guia_Tecnica_Politicas.pdf

Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf

Encuesta Nacional sobre Discriminación ( ) 2022. https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enadis/2022/doc/enadis2022_resultados.pdf

Eroles, C. (2008). Naturaleza de la discriminación contra las personas con discapacidad. *En Los derechos de las personas con discapacidad. Análisis de las convenciones internacionales y de la legislación vigente que los garantiza.* Secretaría de Extensión Universitaria y Bienestar Estudiantil. https://www.cud.unlp.edu.ar/uploads/docs/libro_eroles_fiamberti.pdf

(2021). "Acciones a favor de las personas con discapacidad". Proceso electoral 2020-2021. https://igualdad.ine.mx/wp-content/uploads/2021/06/INFOGRAFIA_Elecciones_Sin_Discriminacion_Personas_Discapacidad_Correc3.pdf

Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación, última reforma, *Diario Oficial de la Federación,* 19 de enero de 2023. https://www.google.com/search?q=https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LFPED

Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad. Cámara de Diputados del Congreso de la Unión, Secretaría General, Secretaría de Servicios Parlamentarios, última reforma *Diario Oficial de la Federación,* 14 de junio de 2024. www.dof.gob.mx

Raphael, R. (2012). Reporte sobre la discriminación en México 2012: derechos políticos. y . https://sindis.conapred.org.mx/investigaciones/derechos-politicos/

Rioux, M. (2002). Disability, citizenship and rights in a changing world. En C. Barnes et al. (eds.). *Disability Studies Today.* Polity Press, pp. 210-227.

Rodríguez, J. (2011). *La otra desigualdad. La discriminación en México.* - - Instituto de Investigaciones en Innovación y Gobernanza.

Saraví, G. (2007). *De la pobreza a la exclusión. Continuidades y rupturas de la cuestión social en América Latina.* / Prometeo Libros.

(2024). Acciones afirmativas para compensar la desventaja histórica a la que se han enfrentado diversos grupos vulnerables en México. Documento técnico de trabajo. Secretaría General de Acuerdos. https://www.google.com/search?q=https://www.te.gob.mx/lineasjuris/media/pdf/b8bd2co1e7d57f6.pdf

4. La bioética en los dilemas de la maternidad postergada

DOI: 1052501/cc.307.04

Resumen

Este capítulo analiza el fenómeno de la maternidad postergada y los factores que intervienen o derivan en que cada vez más mujeres se decidan por ella, incluidos el desarrollo personal y profesional, la estabilidad económica y los cambios en el rol social de la mujer, desde una perspectiva bioética y de derechos humanos, tomando en cuenta que el avance científico ha permitido o facilitado el acceso a nuevas técnicas de reproducción asistida, como la fertilización *in vitro,* la congelación de óvulos, la congelación de embriones y la transferencia de embriones. Se analiza el cambio de paradigma que contrasta con la tradición en cuanto a la maternidad temprana y las expectativas sociales más tradicionales del rol de la mujer. También se abordan las principales problemáticas y complicaciones de salud derivadas de este fenómeno, como abortos espontáneos, preeclampsia, eclampsia, diabetes gestacional, mayores tasas de cesáreas, cambios emocionales, mayores tasas de estrés y ansiedad por las preocupaciones propias sobre la fertilidad, así como los riesgos asociados para el bebé y el impacto sobre las tasas de natalidad, envejecimiento poblacional y las políticas públicas.

Desde una perspectiva bioética, la decisión de postergar la maternidad plantea dilemas relacionados con la autonomía y los riesgos de salud, destacando la importancia de una planificación adecuada.

* Doctora en Bioética y Derechos Humanos, Preparatoria 11, Sistema de Educación Media Superior de la Universidad de Guadalajara, Jalisco, México. ORCID: https://orcid.org/0009-0001-2479-4760

Palabras clave: *maternidad postergada, bioética, derechos humanos, salud gestacional, políticas públicas.*

Introducción

La maternidad postergada se define, según Pérez (2013), como la decisión de una mujer de retrasar el embarazo, después de los 35 años, tomando en cuenta que se pospone sin consideraciones de problemas de fertilidad o de antecedentes patológicos que lo impidan.

Asimismo, excluyendo el caso de mujeres que desean tener hijos, pero se enfrentan con dificultades de infertilidad o problemas de salud, la maternidad postergada relaciona la maternidad con una elección consciente y deliberada, mediante la cual la mujer opta por elegir el momento adecuado para ser madre, teniendo presente su situación personal.

Principales razones que llevan a las mujeres a postergar su maternidad

Como menciona Pérez (2013), existen diversos factores que encaminan a la mujer a tomar la decisión de postergar un embarazo, entre las cuales podemos resaltar diversas clasificaciones que se menciona a continuación:

Personales

Actualmente, va en aumento el número de mujeres que deciden enfocarse en su desarrollo personal, incluyendo la relevancia de su formación y concluyendo sus estudios y sus carreras profesionales antes de asumir la responsabilidad de la maternidad.

En una encuesta publicada en Infobae (2014) se señala que, en un rango de 26 a 33 años, 57.4 % de las mujeres opinaron que no piensan ser mamás en un futuro cercano; mencionaron factores involucrados como con-

siderar a los hijos como un impedimento para el crecimiento profesional y personal. Además, señalan factores relacionados con la búsqueda de la estabilidad profesional y contar con un trabajo sólido.

Curiosamente, mientras las mujeres disminuyen el deseo de tener hijos a edades cercanas a los 35 años, los hombres superan el deseo de tener hijos en un futuro cercano.

También, por diversas razones relacionadas con el impedimento profesional, por no sentirse preparadas para ser madres y la imposibilidad de contar con una manutención económica.

No obstante, la doctrina social, de casarse y tener hijos antes de los 35 años, ha perdido mucha fuerza, dando paso a ideas que poten por lograr las metas personales, aunque se involucren técnicas de fertilización asistida, congelamiento de óvulos o adopción para el logro de la maternidad postergada.

Económicas

La búsqueda de estabilidad emocional y financiera es un aspecto clave en esta decisión. No obstante, dado que la idea de sentirse preparados para tener un hijo está relacionada con la capacidad económica, generalmente de una pareja, para cubrir los gastos y las necesidades económicas que conlleva, las personas con un sueldo o un empleo estable suelen mostrar estar preparadas para la llegada de un hijo.

En otras palabras, muchas parejas desean tener un bebé, pero la incertidumbre financiera o el costo de la crianza pueden llevarlas a postergar la decisión de ser padres.

En relación con la manutención de un hijo, la madre muchas veces debe valorar su situación económica para solventar los gastos que implica todo el proceso del embarazo y la crianza, ya sea que éstos dependan sólo de ella o en conjunto con su pareja.

Laborales

La presión y las expectativas en el ámbito laboral pueden llevar a las mujeres a priorizar su carrera sobre la maternidad. Una motivación común y moderna que ha surgido es la necesidad de alcanzar ciertos logros profesionales antes de formar una familia.

Cabe mencionar que el empleo y la estabilidad económica para las mujeres son prioridad sobre los deseos de la maternidad.

En algunos casos, no se les proporciona a las mujeres los recursos suficientes para apoyarlas en su transición a la maternidad, lo que obliga a las trabajadoras a retrasar su decisión de ser madres para evitar riesgos profesionales.

Además, según González y Soler (2018), muchas mujeres trabajan en sectores informales y por eso tienen menor acceso a beneficios laborales, lo que provoca que se postergue la maternidad por la falta de acceso a seguros médicos, por los permisos de maternidad o el cuidado infantil adecuado.

Cambio de rol de la mujer

El papel de la mujer en la sociedad ha evolucionado, permitiendo que cada vez más mujeres busquen cumplir sus aspiraciones personales y profesionales antes de convertirse en madres.

Este es un gran cambio cultural que ha influido en la percepción de la maternidad y de la planificación familiar.

Implicaciones sociales y culturales que se discuten en relación con la maternidad postergada

La decisión de postergar la maternidad puede alterar la estructura familiar tradicional, donde se esperaba que las mujeres tuvieran hijos a edades más tempranas, cambiando las expectativas sociales sobre el papel de la mujer en la familia y en la sociedad.

Por otra parte, a pesar de que la maternidad postergada se ha vuelto más común, algunas mujeres pueden enfrentarse a estigmas o a presiones sociales por no cumplir con las expectativas tradicionales de la maternidad temprana, generando conflictos tanto internos como externos en la mujer y en su vida personal y social.

Además, la tendencia hacia la maternidad postergada puede tener efectos en la demografía de un país, incluyendo tasas de natalidad más bajas y un envejecimiento mayor de la población. Esto puede influir en políticas públicas relacionadas con la salud, la educación y el bienestar social.

Así pues, a medida que las mujeres postergan la maternidad, se presentan riesgos asociados con la salud materna y perinatal. Las mujeres mayores de 35 años enfrentan mayores riesgos y complicaciones durante el embarazo, lo que requiere un control prenatal más riguroso.

Impacto emocional de retrasar la maternidad

Como comenta Aguirre (2020), emociones, maternidad y salud son conceptos intrínsecamente relacionados y cada vez son más estudiados en conjunto por la relevancia del desarrollo psicológico, físico y emocional tanto de la madre como del bebé.

Es importante destacar que las mujeres que deciden postergar la maternidad pueden experimentar una diversidad de emociones, que van desde la satisfacción personal hasta la ansiedad y la incertidumbre.

Por un lado, lograr las metas personales y profesionales antes de tener hijos puede generar sentimientos de realización y satisfacción; sin embargo, por el otro, esa postergación puede conllevar preocupaciones sobre la disminución de la fertilidad y sobre los riesgos relacionados con los embarazos en edades avanzadas, lo que puede generar un incremento en los niveles de estrés y ansiedad.

Diversos estudios, como el de EMN (2014), indican que la imposibilidad de tener un hijo en el momento deseado puede provocar un gran impacto emocional. Aunado a ello, con la pandemia por covid-19 muchas mujeres pospusieron sus planes de maternidad, lo que ha propiciado un aumento de los niveles de ansiedad y depresión de las mujeres según Gragera (2022).

Es importante destacar que tanto el embarazo como la maternidad son procesos que, independientemente de la edad, desencadenan cambios emocionales significativos en la vida de las mujeres. Trastornos como la depresión y la ansiedad son comunes durante la gestación, afectando a una de cada dos mujeres en esa etapa (De Salud, s. f.).

Riesgos a la salud presentes en la maternidad postergada

La maternidad postergada, aunque puede ser una elección deseada y consciente, conlleva diversos riesgos de salud que involucran tanto a la madre como al bebé.

Como comenta Paredes (2013), con el aumento de la edad, especialmente en las mujeres mayores a 40 años, existe una mayor frecuencia de abortos espontáneos, generalmente relacionados con problemas cromosómicos o con una mala división celular durante la fecundación.

En las mujeres embarazadas a edades avanzadas existe mayor propensión a desarrollar hipertensión durante el embarazo, lo que puede generar complicaciones como la preeclampsia.

Asimismo, pueden tener un mayor riesgo de desarrollar enfermedades crónicas, como diabetes gestacional o problemas cardiovasculares, las cuales pueden complicar el embarazo.

También las mujeres mayores son más propensas a requerir cesáreas, ya sea por complicaciones durante el embarazo o por garantizar la salud del bebé, lo que puede conllevar riesgos adicionales durante la cirugía y/o la recuperación.

Con la maternidad postergada hay mayor riesgo de tener un parto prematuro, lo que repercute en complicaciones para el bebé, incluyendo problemas de salud a corto o largo plazos.

Para los bebés de madres mayores existe más riesgo de padecer anomalías congénitas, derivadas, en su mayoría, de la calidad de los óvulos, y/o de sufrir alteraciones genéticas que aumentan con la edad de la madre.

Igualmente, la maternidad a una edad avanzada se asocia con el aumento de la morbimortalidad materna y perinatal, lo que significa que tanto la

madre como el bebé pueden enfrentar mayores riesgos de complicaciones graves durante el embarazo y el parto (Paredes, 2013).

En definitiva, estos riesgos resaltan la importancia de contar con un control prenatal riguroso y con una planificación adecuada para las mujeres que deciden postergar la maternidad, asegurando que se tomen las medidas necesarias para minimizar las complicaciones y promover la salud tanto de la madre como del bebé.

Políticas laborales y la maternidad postergada en México

En México, la decisión de postergar la maternidad ha generado transformaciones significativas en la estructura tradicional familiar, donde se esperaba que las mujeres continuaran teniendo hijos a edades más tempranas. Este cambio ha modificado las expectativas sociales sobre el rol de la mujer dentro y fuera de la familia, desde lo personal y social hasta lo profesional y laboral.

En este contexto, la relación de la vida laboral y familiar se ha vuelto un reto para nuestro país, donde las políticas de conciliación entre los ámbitos laboral y familiar surgieron como respuesta a los problemas y a la discriminación que enfrentan las mujeres en el mercado laboral (Herrera, 2021).

Sin embargo, en México aun no todo está equilibrado y las medidas que existen siguen colocando a las mujeres en una posición de desventaja frente a los hombres. Por ejemplo, los permisos de maternidad, de paternidad y de lactancia no siempre favorecen una verdadera conciliación entre el trabajo y la familia.

Es evidente que, en la mayoría de los casos, las responsabilidades familiares y las dificultades para hacer compatible la vida laboral con la familiar pueden influir en la decisión de postergar la maternidad.

No obstante, la construcción social de la maternidad en México es un tema con diversas implicaciones socioculturales, ya que el contexto mexicano está muy caracterizado por la familia tradicional.

Si bien, como mencionan Del Pilar Hernández y Uribe (2019), hace unas décadas, nuestro país no fomentaba la participación de las mujeres en el mercado laboral, dado que les asignaba un rol tradicionalista, el cual se ha ido modernizando y se intenta conjuntarlo con un rol laboral. Se espera que en el futuro se desarrollen mayores políticas más representativas sobre la relación de la vida familiar y laboral.

Actualmente, se reconoce a la maternidad como uno de los roles más exigentes y no remunerados de las mujeres, lo que representa grandes retos para optar por la maternidad a edades tempranas.

Asimismo, se debe poner especial atención sobre las empresas y sus obligaciones con respecto a las mujeres en su proceso de embarazo, y después del mismo, para garantizar el respeto entre la relación de la vida laboral y familiar.

Finalmente, cabe mencionar que existen diversas empresas que efectivamente implementan políticas inclusivas de maternidad, como permisos de maternidad extendidos, teletrabajo y horarios flexibles, entre otros, que generalmente mejoran la productividad de las mujeres a largo plazo. Sin embargo, en muchos casos estas políticas no se aplican de manera efectiva y esa es otra de las causas por las cuales las mujeres deciden postergar la maternidad, para evitar tener que interrumpir su carrera profesional y productiva (Gálvez y Hernández, 2019).

Implicaciones bioéticas en la maternidad postergada

El papel de la mujer se ve envuelto en dilemas personales que involucran su satisfacción como integrante de la sociedad con implicaciones de diversas índoles que van desde lo personal hasta lo profesional pasando por su papel ocupacional, de pareja y maternal.

Entonces, entra en juego la toma de decisiones en la planificación familiar, cuando principalmente la mujer debe decidir cuáles son sus prioridades entre sus deseos y sus objetivos de vida.

Entre las exigencias laborales y hogareñas algunas mujeres pueden equilibrar ambos ámbitos, mientras otras deben poner uno sobre el otro. Sin embargo, aunque se alcance el éxito en esos contextos, aunque sea de ma-

nera postergada, la complejidad de la maternidad suele traer como consecuencia frustraciones y malestares en la mujer, que debe tratar y afrontar (De Rueda, 2007).

Es evidente que se deben balancear las necesidades básicas (físicas, psicológicas, económicas, personales, etc.) y el plan de vida de cada mujer para que logre mayor estabilidad mental y mayor conciencia de las consecuencias de sus decisiones.

Ahora bien, en conjunto con el principio bioético, se debe buscar el beneficio tanto para la madre como para el bebé, con base, primordialmente, en la autonomía de la madre (Escobar, 2010), dando pie a reflexionar, como comenta Cecchin (2021), ¿a qué edad la mujer se cuestiona sobre la importancia de la maternidad para su vida?, lo que desencadenará mayores interrogantes como el debate entre el deseo y el deber de ser madre con los obstáculos, los riesgos y los estereotipos de maternidad.

Dado que las mujeres asumen los costos emocionales y físicos de la combinación de roles, muchas de ellas expresan la incertidumbre sobre el deseo de ser madres y la elección de la maternidad postergada se intensifica hacia la tercera década de vida, cuando se junta con la incertidumbre de las dificultades de concretar un embarazo.

Igualmente, las mujeres juegan un papel vital como predictoras de la salud de futuras generaciones, siendo relevantes las condiciones en las que desenvuelven su maternidad y su decisión de tener una buena etapa preconcepcional.

Por ello es fundamental contar con mujeres educadas, conscientes y motivadas sobre lo que significan sus planes de vida y establecer los tiempos en los que desea asumir la maternidad (Herrera, 2017).

Apoyos a la maternidad postergada

En la actualidad se cuenta con mayor libertad, se reconoce la maternidad como un derecho y surgen nuevos avances en el cuidado y el bienestar de la madre mayor de 35 años y su bebé, ya que las nuevas tecnologías de reproducción ofrecen novedosos tratamientos para la maternidad postergada y el deseo de ser madres.

Además, se han incrementado las propuestas relacionadas con la capacitación de médicos familiares en la atención primaria de la salud de mujeres mayores de 35 años con maternidad postergada (Del Toro Soto, et al., 2023).

Con el aumento de la esperanza de vida y el retraso de la maternidad, muchas mujeres optan por no tener hijos durante sus años fértiles debido a la incertidumbre sobre cómo equilibrar una carrera profesional prolongada con las demandas de la crianza. La maternidad postergada se ha asociado con el aumento de las tasas de fertilidad asistida y con la necesidad de políticas laborales que se adapten a estos cambios.

Por otro lado, el uso de anticonceptivos ha facilitado el control de la natalidad y ha normalizado la postergación de la maternidad o la decisión de no ser madre en una etapa determinada o como un estilo de vida.

Cambio de la fertilidad en las diferentes etapas de una mujer y tendencia en la maternidad postergada

Se tiene conocimiento, según Spies (2024), de que la fertilidad femenina varía significativamente con la edad, además de estar influida por factores biológicos que interfieren con la capacidad de concebir y llevar a buen término un embarazo.

Se estima que la edad de máxima fertilidad, naturalmente, ocurre entre los 18 y 30 años de edad, conocida como el pico de fertilidad (con una probabilidad mensual de concebir de 25 %), seguida de una disminución de 5 % entre los 30 y 35 años y un declive más significativo a partir de los 35 años con una probabilidad fertilidad de 10 % y 5 % a los 40 años, además, del aumento del riesgo de abortos espontáneos y de anomalías genéticas en el feto.

Existe una fertilidad reducida entre los 40 y 45 años, dado que la capacidad de concebir disminuye drásticamente: menor a 5 % de probabilidad mensual de embarazo y una tasa de abortos espontáneos de alrededor de 33 %. Aunado a ello, la incidencia de anomalías genéticas también es mayor, con un riesgo de 1 en 38 de procrear niños con síndrome de Down a los 40 años.

Finalmente, hay posibilidades mínimas de que se produzca un embarazo de los 45 años en adelante, ya que las probabilidades de concebir con óvulos propios son inferiores a 1 % debido a la escasez de óvulos viables y al aumento de anomalías cromosómicas. En esos casos, muchas mujeres recurren a otras alternativas, como la donación de óvulos, para lograr un embarazo exitoso.

Aunado a ello, y pese a las probabilidades de embarazo, recientemente se ha evidenciado una tendencia mundial en el aumento de la edad para concebir lo que ha propiciado incluso un récord histórico de madres primerizas mayores a 35 años (Carreiro, 2021).

Aunque por un lado actualmente hay mayor información y avances involucrados en la maternidad postergada, por otro también existen muchos conocimientos sobre las complicaciones que ello conlleva y la utilización de algún tratamiento de reproducción asistida.

No obstante, se abren nuevas ventanas para la fertilidad femenina a pesar de la edad de las mujeres. Favorablemente, existen muchos tratamientos para apoyar la maternidad postergada.

Por ejemplo, la fertilización *in vitro* ha aumentado cada vez más su tasa de éxito, en menor tiempo, aunque considera que la edad es uno de los factores más influyentes para la efectividad de esta técnica (Kushner-Dávalos, 2010).

También está la inseminación artificial, un proceso mediante el cual se introduce esperma en el útero de la mujer, de manera artificial, para facilitar la fecundación del óvulo (Johnson, 2019).

Finalmente, uno de los más mencionados es la postergación de la maternidad, con la preservación de la fertilidad mediante la congelación de óvulos y espermatozoides para su uso posterior (Goswami y Chaudhari, 2021).

Conclusiones

La maternidad postergada refleja un cambio significativo en las prioridades y en los roles de la mujer contemporánea. Si bien ofrece oportunidades para alcanzar metas personales y profesionales, también conlleva riesgos para la salud materna y perinatal, así como desafíos bioéticos y sociales.

Postergar la maternidad es una decisión personal que puede tener repercusiones emocionales complejas. Si bien permite a las mujeres alcanzar objetivos personales y profesionales, también puede generar ansiedad relacionada con la fertilidad y la salud materna. Es fundamental que las mujeres que consideran posponer la maternidad cuenten con apoyo emocional y acceso a información pertinente para tomar decisiones informadas y equilibradas sobre su salud reproductiva y su bienestar emocional.

La maternidad postergada en México refleja un cambio significativo en las dinámicas familiares y laborales, pero aún enfrenta desafíos en términos de políticas laborales adecuadas.

Es esencial fomentar la educación y la planificación familiar, junto con el acceso a tecnología reproductiva y al apoyo médico especializado. Este enfoque asegura que las mujeres podrán tomar decisiones informadas sobre su maternidad, conciliando sus objetivos personales con las implicaciones biológicas y sociales de la postergación de su embarazo.

Referencias

Aguirre Burdain, J. (2020). *Emociones y maternidad. La educación emocional en la mejora del bienestar de madres recientes* (trabajo final de posgrado). Universitat de Barcelona, Institut de Ciènces d'Educació i el Grup de Recerca en Orientació Psicopedagògica, pp. 1-198.

Carreiro, E. M. (2021, 26 agosto). *Edad y fertilidad femenina* [tesis de pregrado], Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad Abierta Interamericana, pp. 1-48, Argentina. https://repositorio.uai.edu.ar/items/e9e17cbb-a7bd-4a3f-a98a-d45c29040603

Carreiro, E. M. (2023, 25 septiembre). *Edad y fertilidad femenina: ¿hasta qué edad puedo quedar embarazada?* Vida Fertility [blog]. https://www.youtube.com/watch?v=cm4ehbyKUGE

Cecchin, A. M. (2021). Las mujeres ante la maternidad: elección de ser madre (tesis de doctorado, Universidad Nacional de Luján).

(2014, 16 julio). No tener hijos supone un impacto emocional importante. Estudio Médico Navarro.

Escobar-Picasso, E., y Escobar-Cosme, A. L. (2010). Principales corrientes filosóficas en bioética. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México, 67*(3), 196-203.

Gálvez, C., y Hernández, P. (2019). Políticas laborales y maternidad: retos y oportunidades en el contexto mexicano. *Revista de Políticas Sociales y Laborales, 8*(2), 45-60.

González, E., y Soler, C. (2018). Condiciones laborales y su impacto en la maternidad

postergada en el sector informal en México. *Revista Mexicana de Estudios del Trabajo, 19*(1), 12-30

Goswami, S. K., y Chaudhari, S. (2021). Fertility preservation in oncology: Current advances and future directions. *Cancer Treatment Reviews,* 91, 102086.

Gragera, T. (2022, 11 julio). Las mujeres obligadas a retrasar su maternidad sufren ansiedad y depresión. *¡Hola!*

Herrera, C. A. H. (2021). La maternidad: percepción universitaria sobre sus efectos en el ámbito laboral, académico y social. *Nova Scientia,* 13(26).

Herrera-Cuenca, M. (2017). Mujeres en edad fértil: etapa crucial en la vida para el desarrollo óptimo de las futuras generaciones. En *Anales Venezolanos de Nutrición* (vol. 30, núm. 2, pp. 112-119).

Infobae (2014, 29 septiembre). Encuesta: son más las mujeres que priorizan su carrera profesional por sobre el deseo de tener hijos. Infobae.

Johnson, A. (2019). Artificial insemination: Techniques and success rates. *Fertility and Sterility, 111*(3), 635-644.

Kushner-Dávalos, L. (2010). La fertilización *in vitro:* beneficios, riesgos y futuro. *Revista Científica Ciencia Médica, 13*(2), 77-80.

Pérez, N. P. (2013). Maternidad postergada. *Horizonte Médico, 13*(1), 45-50.

Pilar Hernández Limonchi, M., y Uribe, L. M. I. (2019). Conciliación de la vida familiar y laboral. Un reto para México. Iztapalapa (en Línea). *Iztapalapa,* 86, 159-184.

Rueda, M. D. C. B. de (2007). Maternidad y modernidad. *Avances en Psicología, 15*(1), 31-48.

Secretaría de Salud. (2024, 30 abril). *Embarazo y maternidad: procesos críticos que generan cambios emocionales en las mujeres.* Gobierno de México. https://www.gob.mx/salud/prensa/165-embarazo-y-maternidad-procesos-criticos-que-generan-cambios-emocionales-en-las-mujeres?idiom=es

Spies, K. (2024, 9 febrero). *Edad y fertilidad femenina: ¿hasta qué edad puedo quedar embarazada?* Vida Fertility [blog]. Madrid, España. https://vidafertility.com/edad-fertilidad-femenina/

Toro Soto, M. del, Cabrera, J. H., y Sánchez, L. J. (2023). La capacitación en escenarios laborales innovadores. Experiencias y retos. *Atenas,* (61 [enero-diciembre]).

5. Donación de cuerpo a la ciencia; una mirada en México y el mundo

DOI: 1052501/cc.307.05

Resumen

En este capítulo se realiza un análisis del marco normativo y bioético sobre la donación de cuerpo a la ciencia, el cual es un tema fundamental en el ámbito de la salud, la bioética y el derecho, que aunque comenzó hace varias décadas, sigue siendo poco conocido en la actualidad.

La donación de cuerpo a la ciencia es una acción altruista que apoya el desarrollo de la ciencia y beneficia a la sociedad; los programas de donación de cuerpos han nacido con el objetivo de fortalecer la investigación, la enseñanza y el entendimiento de las diferentes poblaciones. Las normativas internacionales han establecido directrices para garantizar la protección de las personas, especialmente en cuanto a su autonomía y el consentimiento respecto de los tratamientos, investigaciones y experimentos a los que puedan ser sometidas.

La donación en todas sus formas es imprescindible para mejorar la calidad de vida en general y el campo de las ciencias de la salud en particular.

Palabras clave: *Donación, cuerpo, bioética, marco normativo.*

* Maestro en Bioética y Derecho. Instituto Mexicano del Seguro Social y Sistema de Tren Eléctrico Urbano, Jalisco, México. ORCID: https://orcid.org/0009-0008-8855-1128

** Maestra en Bioética y Derecho. Sistema de Tren Eléctrico Urbano, Jalisco, México. ORCID: https://orcid.org/0009-0009-9082-6319

Introducción

En este capítulo se revisa un tema de gran importancia en el área de la salud, de la ética y del derecho, que aun habiendo tenido sus inicios hace varias décadas, en la actualidad es poco conocido: la donación de cuerpo a la ciencia.

La donación es un acto completamente libre, que transfiere una pertenencia de alguien en beneficio de otra(s) persona(s) que la recibe. Es un hecho altruista, que en el caso de la donación de cuerpo apoya a la ciencia en beneficio de la sociedad.

Es mundialmente conocido el valor del conocimiento adquirido en el ámbito de las ciencias de la salud, ya que de ello depende la calidad en la atención médica de la sociedad. Esta información es adquirida mediante el manejo de material cadavérico y de la disección. La necesidad de cadáveres para el estudio de la anatomía en investigaciones y en escuelas de medicina en México derivó en que estos análisis se realizaran en cuerpos de personas fallecidas en establecimientos asistenciales y que no fueran reclamados dentro del plazo reglamentario; sin tener mayor impedimento al respecto.

Es preciso mencionar que la normativa internacional ha marcado directrices para asegurar la protección de las personas respecto de la autonomía y el consentimiento sobre el tratamiento, investigación y experimentación a la que se puedan someter, tomando en consideración también los casos de donación de cuerpo.

Por otro lado, los varios programas de donación de cuerpo que han surgido en el mundo nacieron en un intento por fortalecer la investigación, la docencia y el entendimiento de las diversas poblaciones, así como reforzar el conocimiento y aplicarlo para la mejora general de la calidad de vida de las personas y de todo el ámbito de las ciencias de la salud. Además, estos programas fortalecen la solidaridad humana y el respeto por la vida y por la muerte.

Según Montes Bracchini, "la donación de cuerpos para la investigación y docencia médicas es ya una realidad en México, es una práctica innovadora en cuanto a la sistematización tecnológica que su proceso conlleva, pero ya está expresamente regulada en un ordenamiento jurídico propio de nuestro derecho positivo".

¿Qué es la donación?

Se entiende como *donación* a la remoción de órganos o tejidos del cuerpo de una persona que ha muerto recientemente, o de un donante vivo, con el propósito de realizar un trasplante (Rachen, 2012).

El contrato es un acuerdo de voluntades, verbal o escrito, manifestado en común entre dos o más personas con capacidad, que se obligan en virtud del mismo, regulando sus relaciones relativas a una determinada finalidad o cosa y a cuyo cumplimiento pueden compelerse de manera recíproca, si el contrato es bilateral, o compelerse una parte a la otra, si el contrato es unilateral (Rachen, 2012).

La donación del cuerpo a la ciencia es un acto voluntario, personal y altruista mediante el cual la persona cede su cuerpo después de la muerte con una finalidad docente y/o de investigación en el ámbito de la anatomía humana. Esta disciplina se aboca al estudio de las estructuras del cuerpo humano y constituye la base práctica del grado de medicina y de otros grados de las ciencias de la salud. Toda persona mayor de edad puede donar su cuerpo (Donación de cuerpos para investigación y docencia, s. f.).

La donación de cuerpo es, por lo tanto, un contrato unilateral, ya que el donante expresa su voluntad a favor del donatario sin recibir nada a cambio y sin cargo, porque decide el destino de su cuerpo después de la muerte. Por lo tanto, se trata de una donatio *mortis causa* que se cumple sólo después de la muerte de la persona donante (Brigidi S, 2020).

Importancia de la donación de cuerpo a la ciencia

La necesidad de contar con material cadavérico, y de la disección, para la docencia-aprendizaje de la anatomía normal, no está a discusión a nivel mundial, aun disponiendo de los recursos tecnológicos más avanzados y complejos para el estudio de esa materia. Son muchos los estudios científicos que avalan la importancia de este recurso para la formación médica y las diferencias significativas resultantes de su carencia (Biasutto).

El material anatómico comprendía mayormente a los cuerpos no reclamados en las instituciones de salud, los cuales eran recibidos entre uno y tres meses posteriormente al deceso, en estado de rigidez, con una apariencia acartonada; además, se debía competir con otras instituciones de enseñanza que imparten la carrera de medicina, que demandaban también este recurso. Esta condición relegó su utilización exclusivamente para la docencia a nivel de grado (Alfaro González et al., 2020).

Para la enseñanza de la anatomía humana diversos autores afirman que la base del conocimiento del cuerpo humano es el cadáver. La anatomía es una de las asignaturas más atractivas para el estudiante durante su primer curso de medicina, pero, a la vez, es la primera de una larga serie de encuentros con la muerte. Las clases en la sala de disección, con el cadáver, no son sólo una práctica, sino que implican una serie de experiencias que a menudo son incómodas y no placenteras para el alumno (Collipal Larre y Silva Mella, 2011, 1184).

En el contexto de la utilización de imágenes anatómicas computacionales, éstas representan un apoyo importante a las actividades prácticas; aunque existe el problema de la concepción tridimensional de la estructura anatómica, la utilización de modelos anatómicos representa una posibilidad para aprender.

La actitud de los estudiantes frente a la disección humana estimula el claro deseo de mantener una actitud humanitaria en la práctica de la medicina; además potencia la idea de trabajar unidos, en grupos, recurriendo al humor en la sala de disección para evitar el estrés que les provoca este procedimiento.

Aspectos bioéticos

La bioética no deberá limitarse a la descripción del comportamiento, del cómo, ni configurarse como preceptos deducidos de principios abstractos, sino que deberá constituirse como una "lectura" significativa que revalore la globalidad de los hechos vitales y de las intervenciones sobre la vida del hombre a la luz de todos sus valores (Sgreccia, 1996, 89).

Al desplegarse en multitud de formas en el mundo, el fenómeno "vida" alcanza su vértice en la existencia del hombre. Ante los ojos del biólogo y del naturalista, el hombre representa la forma más rica, más autónoma y más activa de vida, por encima del reino de los seres vivos y de la culminación de la historia natural del universo (Sgreccia, 1996, 107).

La biología se ocupa de la vida del hombre, al igual que de las otras formas de vida infrahumana; pero no puede dejar de tener en cuenta —especialmente en su fase de aplicación, de diagnóstico o tecnológicas— las peculiaridades de la vida humana; el hombre difiere de los animales y de los primates no sólo por el número de cromosomas o por la morfología.

La medicina, por su parte, tiene como tarea principal servir al hombre y a su salud. Y aunque el contacto inmediato del médico es con la corporeidad humana, ningún doctor puede hacer abstracción de la libertad-responsabilidad del individuo, de la personalidad del paciente ni de su totalidad, como tampoco del conjunto de la comunidad humana y del ambiente social.

En la actualidad se habla de "humanización de la medicina". Pero este término encierra conceptos diversos, o, si se prefiere, complementarios entre sí; hay quien con este término pretende destacar la relación intersubjetiva entre el paciente y el personal sanitario frente a la invasión de la tecnología o la masificación de los hospitales. Y hay quien, en cambio, entiende por este término la inclusión de los estudios humanísticos. Pero el significado más profundo de esta instancia, que resume de algún modo las precedentes, consiste en el reconocimiento de la dignidad de persona en todo sujeto humano, desde el momento mismo de su concepción hasta el momento de la muerte, y con la conciencia incluso de su espiritualidad y de su inmortalidad.

Es imposible trazar lineamientos éticos en el campo biomédico, hacer bioética, sin aclarar antes el valor que encierra la corporeidad humana, y, por esto, la relación de cuerpo y espíritu en la unidad de la persona. Ya la escuela de Cos, en el siglo v a. C., recordaba en la obra *Los lugares en el hombre* que "la naturaleza del cuerpo es el principio del razonamiento en medicina". Cualquier médico sabe intuitivamente que, acercándose al cuerpo del enfermo, se acerca en realidad a su persona y que el cuerpo del enfermo no es, propiamente, "objeto" de la intervención médica o quirúr-

gica, sino "sujeto" de la misma. Pero hay que profundizar en esta relación cuerpo-persona vinculándola con el problema del inicio de la vida embrionaria y con los temas también de la salud, de la enfermedad y de la muerte (Sgreccia, 1996, 114).

Los significados personalistas y humanos del cuerpo se pueden resumir con estas expresiones y estos valencias: encarnación espacio-temporal, diferenciación individual, expresión y cultura, relación con el mundo y con la sociedad, instrumentalidad y principio de la tecnología. Recuérdese que la técnica no es otra cosa que potenciación del cuerpo muscular (la máquina) y del cerebro (informática).

Pero el cuerpo es también límite, signo del límite espacio-temporal, y este límite, puesto en evidencia en particular por el existencialismo y el personalismo, comporta los conceptos de dolor, de enfermedad y de muerte (Sgreccia, 1996, 123).

La muerte está vinculada biológicamente con la individualidad del hombre, ya que el nacer inevitablemente está relacionado con el morir. Sin embargo, es inexcusable el temor a perecer, ya que éste atenta contra nuestro instinto básico de conservación y hace que la individualidad que tanto defendemos se vuelva completamente efímera (Vázquez Parra, 2013, 97).

Espinoza afirma que meditar sobre la vida nos lleva inevitablemente a meditar sobre la muerte, aunque la sabiduría debiese ser un meditar de vida y no de muerte. Para Heidegger, la muerte es la última manifestación de la individualidad, ya que ningún individuo puede morir en lugar de otro.

Hans Jonas consideraba que el ser está relacionado plenamente con el actuar, por lo que dejar de actuar significa a su vez dejar de ser. Por otro lado, para el utilitarismo, la muerte es el mayor de los males, en contraposición de que la vida es el mayor de los bienes.

Pasando de la muerte al tema del cuerpo muerto, es decir del cadáver, la antropología entra en un claro conflicto, ya que hablar del cuerpo que soy al cuerpo que poseo implica una problemática entre las distintas dimensiones humanas. Sartre propondría tres dimensiones corporales, que le darían un nuevo sentido a la consideración de cadáver: el ser para sí (en el que el cuerpo no puede ser objeto pues yo soy él), el ser para otro (en el que el

cuerpo es visto como objeto para el otro) y el ser para sí y ser para otro (en el que el cuerpo es visto como sujeto para mí y como objeto para el otro).

Con ello, generar una noción de cadáver comienza a ser desafiante, ya que conocer tales dimensiones obliga a determinar si son únicamente del cuerpo vivo o también del cuerpo muerto. Los griegos ya habían logrado fijar una postura en cuanto a este tema, pues tenían dos conceptos para cuerpo; sin embargo, para hablar de cadáver usaban únicamente el término *soma*, ya que de ese modo respetaban su característica intrínseca como humano y no solamente como *sars*, es decir, como carne. Los griegos veían en el cadáver a toda la unidad humana y no únicamente a la unión de órganos.

El cuerpo no es un objeto, pues desde él se siente, se desea, se proyecta o se atiende a algo es imposible distanciarse de él y, por ende, no puede reducirse a algo simplemente corporal, ya que contituye la presencia plena de todas las experiencias de la persona. Desde esta perspectiva, el cuerpo, sea vivo o muerto, no puede dejar atrás la experiencia de vida de la persona; por lo que sea, nunca podrá ser denigrado a *sars*, ya que siempre será *soma* (Vázquez Parra, 2013, 98).

El manejo del cadáver, o bien, del *cadáscien*, es una actividad que se reserva a científicos, médicos o personas dedicadas a la academia; se presume un nivel social y/o un estatus agraciado, lo cual, da una dignidad especial y obliga a dirigirse conforme a ella.

En los "tratados hipocráticos", en el apartado "Sobre la decencia", el médico es colocado como un ser con una dignidad particular, del cual se espera decencia y decoro y tener plena compostura en su actuar, así como fortalecerse en el juicio, la integridad, el conocimiento útil y la excelencia de vida. Por ello, para efectos académicos, el manejo de *cadásciens* pone en entredicho el papel que juega la dignidad del estudiante de medicina, así como el de su profesor, ya que, independientemente de sustentar o no la dignidad en el cuerpo muerto, también se debe analizar la dignidad de aquellos que se relacionan con éste (Vázquez Parra, 2013, 99).

Marco normativo

Internacional

La normativa internacional marca las pautas respecto de la protección de las personas físicas en lo referente al consentimiento, al someterse a tratamientos, experimentación o investigación biomédica:

Artículo 3.a de la Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea. En el marco de la medicina y la biología se respetarán, en particular, el consentimiento libre e informado de la persona de que se trate, de acuerdo con las modalidades establecidas por la ley.

Artículo 5 de la Declaración Universal de Bioética de la UNESCO. Se habrá de respetar la autonomía de la persona en lo que se refiere a la facultad de adoptar decisiones, asumiendo la responsabilidad de éstas y respetando la autonomía de las demás.

Artículo 2 de la Ley de Autonomía del Paciente. Toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios. El consentimiento, que debe obtenerse después de que el paciente reciba una información adecuada, se hará por escrito en los supuestos previstos en la ley.

Artículo 4 de la Ley de Investigación Biomédica 1. Se respetará la libre autonomía de las personas que puedan participar en una investigación biomédica o que puedan aportar a ella sus muestras biológicas, para lo que será preciso que hayan prestado previamente su consentimiento expreso y escrito una vez recibida la información adecuada (Casado y López Baroni, 2018, 66-67).

Por otro lado, en la normativa existen ciertos aspectos legales que prohíben el lucro de las partes del cuerpo humano.

El marco normativo nacional e internacional coloca bajo un manto general de gratuidad y solidaridad las transacciones sobre el cuerpo humano y sus partes. En principio, puede decirse que, invocando la dignidad humana, deberían tener precio solamente las cosas, por lo que el cuerpo humano

y sus componentes deben estar fuera del mercado. Pero este punto de partida, que generalmente es aceptado, entra en colisión abierta con la realidad de prácticas que se llevan a cabo en el ámbito de la salud y de la investigación (Casado y López Baroni, 2018, 77).

El Convenio sobre Derechos Humanos y Biomedicina del Consejo de Europa establece en su artículo 2 la primacía del ser humano, indicando que "el interés y el bienestar del ser humano deberán prevalecer sobre el interés exclusivo de la sociedad o de la ciencia", y, de forma inequívoca, en su artículo 21 instituye la prohibición del lucro: "El cuerpo humano y sus partes, como tales, no deberán ser objeto de lucro" (Casado y López Baroni, 2018, 78).

Por otro lado, la Declaración Universal sobre Derechos Humanos y Bioética de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) indica en su artículo 21.5, al tratar sobre las prácticas transnacionales, que "los Estados deberán tomar las medidas adecuadas en los planos nacional e internacional para luchar [...] contra el tráfico ilícito de órganos, tejidos, muestras, recursos genéticos y materiales relacionados con la genética" (Casado y López Baroni, 2018, 78).

Sobre donación de cuerpos

En la actualidad, la utilización de cuerpos no reclamados no es bien considerada por la Federación Internacional de Asociaciones de Anatomistas y se contrapone a los derechos humanos de las personas (título sexto, "Del trabajo y de la previsión social" [Biasutto]).

Nacional (México)

En México, los programas de donación de cuerpo se fundamentan en los siguientes artículos:

Artículo 3 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, fracciones V y VII:

v. Toda persona tiene derecho a gozar de los beneficios del desarrollo de la ciencia y la innovación tecnológica. El Estado apoyará la investigación e innovación científica, humanística y tecnológica, y garantizará el acceso abierto a la información que derive de ella, para lo cual deberá proveer recursos y estímulos suficientes, conforme a las bases de coordinación, vinculación y participación que establezcan las leyes en la materia; además alentará el fortalecimiento y difusión de nuestra cultura (Congreso de la Unión, 2024, 11).

VII. Las universidades y las demás instituciones de educación superior a las que la ley otorgue autonomía, tendrán la facultad y la responsabilidad de gobernarse a sí mismas; realizarán sus fines de educar, investigar y difundir la cultura de acuerdo con los principios de este artículo, respetando la libertad de cátedra e investigación y de libre examen y discusión de las ideas; determinarán sus planes y programas; fijarán los términos de ingreso, promoción y permanencia de su personal académico, y administrarán su patrimonio (Congreso de la Unión, 2024, 11).

Por su parte, la Ley General de Salud establece:

Artículo 314. Para efectos de este título se entiende por: VI. Donador o disponente, al que tácita o expresamente consiente la disposición en vida, o para después de su muerte, de su cuerpo, o de sus órganos, tejidos y células, conforme a lo dispuesto por esta ley y demás disposiciones jurídicas aplicables (Congreso de la Unión, 2024).

Artículo 320. Toda persona es disponente de su cuerpo y podrá donarlo, total o parcialmente, para los fines y con los requisitos previstos en el presente título (Congreso de la Unión, 2024).

Artículo 321. La donación en materia de órganos, tejidos, células y cadáveres consiste en el consentimiento tácito o expreso de la persona para que, en vida o después de su muerte, su cuerpo o cualquiera de sus componentes se utilicen para trasplantes (Congreso de la Unión, 2024).

Artículo 322. La donación expresa podrá constar por escrito y ser amplia cuando se refiera a la disposición total del cuerpo o limitada cuando sólo se otorgue respecto de determinados componentes.

En la donación expresa podrá señalarse que ésta se hace a favor de determinadas personas o instituciones. También podrá expresar el donante las circunstancias de modo, lugar y tiempo y cualquier otra que condicione la donación.

En todos los casos se deberá cuidar que la donación se rija por los principios de altruismo, ausencia de ánimo de lucro y factibilidad, condiciones que se deberán manifestar en el acta elaborada para tales efectos por el comité interno respectivo (Congreso de la Unión, 2024).

Artículo 324. Habrá consentimiento tácito del donante cuando no haya manifestado su negativa a que su cuerpo o componentes sean utilizados para trasplantes, siempre y cuando se obtenga también el consentimiento de cualquiera de las siguientes personas que se encuentren presentes: el o la cónyuge, el concubinario, la concubina, los descendientes, los ascendientes, los hermanos, el adoptado o el adoptante. Si se encontrara presente más de una de las personas mencionadas, se aplicará la prelación señalada en este artículo (Congreso de la Unión, 2024).

Artículo 326. El consentimiento tendrá las siguientes restricciones respecto de las personas que a continuación se indican: I. El tácito o expreso otorgado por menores de edad, incapaces o por personas que por cualquier circunstancia se encuentren impedidas para expresarlo libremente, no será válido (Congreso de la Unión, 2024).

Artículo 346. Los cadáveres no pueden ser objeto de propiedad y siempre serán tratados con respeto, dignidad y consideración (Congreso de la Unión, 2024).

Artículo 349. El depósito y manejo de cadáveres deberán efectuarse en establecimientos que reúnan las condiciones sanitarias que fije la Secretaría de Salud. La propia secretaría determinará las técnicas y los procedimientos que deberán aplicarse para la conservación de cadáveres (Congreso de la Unión, 2024).

Artículo 350 bis 3. Para la utilización de cadáveres o parte de ellos de personas conocidas, con fines de docencia e investigación, se requiere el consentimiento del disponente. Tratándose de cadáveres de personas desconocidas o no identificadas se estará a lo dispuesto en la Ley General en Materia de Desaparición Forzada de Personas, Desaparición Cometida por

Particulares y del Sistema Nacional de Búsqueda de Personas (Congreso de la Unión, 2024).

Artículo 350 Bis 4. Las instituciones educativas sólo podrán utilizar cadáveres respecto de los que tengan el consentimiento, *ante mortem* de la persona fallecida o de sus familiares después de su muerte.

Las instituciones educativas que reciban cadáveres para efectos de investigación o de docencia deberán tener un registro que contenga, por lo menos:

I. Nombre completo de la persona fallecida.
II. El domicilio en el que habitaba la persona fallecida.
III. Edad que tenía la persona al fallecer.
IV. Sexo de la persona fallecida.
V. Estado civil de la persona fallecida.
VI. Nombre y domicilio del cónyuge, concubina o concubinario.
VII. Nombre y domicilio de los padres y, en caso de haber fallecido éstos, la mención de este hecho.
VIII. En caso de no tener cónyuge, concubina o concubinario, o padres, el señalamiento del nombre y domicilio de alguno de sus familiares más cercanos.
IX. El nombre de la institución educativa beneficiaria del cadáver (Congreso de la Unión, 2024).

Artículo 350 Bis 5. Los cadáveres que se hayan destinado para fines de docencia e investigación serán inhumados o incinerados (Congreso de la Unión, 2024).

Programas de donación de cuerpos

Situación a nivel mundial

Los programas institucionalizados de donación de cuerpos con finalidades de investigación y docencia médica han proliferado en el mundo y la legislación de aquellos países donde han sido formalizados ha intentado avanzar

para regular en todos los sentidos, no obstante que es una constante generalizada la falta de visión jurídica en cuanto se refiere a la garantía de derechos humanos, como la privacidad y la protección de los datos personales de donantes, cuando éstos fallecen y se dispone de sus cuerpos, privilegiando el valor benéfico que conlleva la disposición de un cadáver para fines científicos (Montes Bracchini, 2020).

El reconocimiento de la importancia de los cuerpos para la docencia-aprendizaje de la anatomía por estudiantes y profesionales de la salud y la voluntad para donar el propio cuerpo de estos grupos y de la población general de la ciudad de Córdoba como contribución a la docencia y a la investigación, permitieron fundamentar la propuesta para la creación del Programa de Procuración y Donación de Cuerpos de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba. En abril de 2021 se aprobó la creación del programa y la constitución de un comité que hiciera cumplir las normas de ética y organizará las actividades tendientes a dar cumplimiento a su finalidad (Biasutto, 2021, 56).

Desde hace más de 40 años algunos países de Europa y Canadá cuentan con modernos programas y leyes para la procuración y la donación de cuerpos y tejidos para docencia e investigación universitaria. Las cátedras o centros de anatomía de estos países son los que disponen de cuerpos más que suficientes para los requisitos de pre y posgrado, que pueden ser selectivos y aun rechazar donaciones (Biasutto, 2021, 55).

A diferencia de otras realidades internacionales, donde el número de cadáveres no es suficiente (Boulware, Ratner, Cooper, LaVeist y Power, 2004; Garment, Lederer, Rogers y Boult, 2007; Lagwinski, Bernard, Keyser y Dluzen, 1998; McHanwell, Brenner, Chirculescu, Drukker, Van Mameren, Mazzotti et al., 2008; Sehirli, Saka y Ozlem, 2004), Barcelona, al igual que Holanda (Bolt, Venbrux, Eisinga, Kuks, Veening y Gerrits, 2010), cuenta con un elevado número de donantes, que cada año eligen una solución alternativa al entierro o a la cremación. Como escribe Sirvent (2013), el cambio se desarrolla en 1966, fecha que coincide con la creación por el doctor Ruano de un servicio de donación del cuerpos en la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Barcelona, donde implementó el modelo de donación parisino. Así, los cadáveres han pasado de uno o dos al año, a unos 120-150, con 15 000 donantes potenciales (Sirvent, 2013; Brigidi, 2020).

En 1943, la Escuela de Otago, en Dunedin, Nueva Zelanda, creó su primer Programa de Donación de Cuerpos y en 2008 dicho país emitió la Ley para la Regulación de la Donación de Tejidos a partir de fallecidos: Human Tissue Act 18, que establece los requisitos y las condiciones para la donación y el consentimiento informado del donante para la investigación y la docencia (Montes Bracchini, 2020).

En 1948, en el Reino Unido se creó el Servicio Nacional de Salud, donde por primera vez se registró la donación de un cuerpo antes de morir por motivos altruistas. Su legislación actualmente no contempla el derecho a la protección de datos personales de personas fallecidas, al igual que la que existe en Alemania, donde incluso se va más allá de la disección de cadáveres para fines de investigación (Montes Bracchini, 2020).

En 1971 las universidades de Medicina y Odontología de Japón crearon la Confederación Nacional de Donación de Cuerpos que implementó programas relativos a esa práctica y promocionó la donación de cuerpos. En 1983, el Ministerio de Leyes de ese país reconoció de manera oficial la donación de cuerpos con fines de docencia, aumentando de forma abismal el número de donadores de cuerpos (Montes Bracchini, 2020).

China implementó su programa de donación de cuerpos desde 2010 y en 2015 ya tenía 4933 casos exitosos de donación, no obstante que la mayoría de su población no conocía el proceso de la entrega del cuerpo. Los donadores son llamados "maestros silenciosos" y se les brinda tributo un día al año durante el ciclo escolar de las escuelas de medicina (Montes Bracchini, 2020).

Sudamérica es la región con mayor retraso en el desarrollo de políticas en este sentido. Aunque Brasil y Chile han elaborado algunos programas locales, aún no han logrado superar la dificultad causada por la carencia de cuerpos (Biasutto, 2021, 55).

Argentina carece de una ley específica para la donación de cuerpos. A diferencia de los programas de donación de órganos para trasplante, la donación de cuerpos se basa en programas locales, en torno de una universidad a la cual se realiza la donación (Biasutto, 2021, 55).

Programas de donación de cadáveres con el propósito de investigación en antropología forense han sido iniciados en los Estados Unidos. El primero fue la conocida "Granja de Cuerpos" en Knoxville, Tennessee, en 1987,

nombre que se otorga en forma corriente al Complejo de Antropología Forense de la Universidad de Tennessee que realiza estudios sobre la descomposición de cuerpos humanos en escenarios completamente naturales (Montes Bracchini, 2020).

África no fue la excepción y en 2011 Nigeria estableció el Primer Programa de Donación de Cuerpos en ese continente. El Estado no reconoce el derecho a la protección de datos personales de los fallecidos. Por el contrario, abre la posibilidad de obtener el consentimiento de un representante para la revelación de información de un paciente imposibilitado para emitirla de forma personal, sin hacer ninguna referencia específica a personas fallecidas (Montes Bracchini, 2020).

Situación a nivel nacional (México)

Desde las disecciones de cadáveres de criminales ejecutados, hechas por Andreas Vesalius durante la impartición de sus clases en la Universidad de Padua en el siglo XVI, el uso de cadáveres con fines educativos en el área médica es parte de la cotidianidad, por lo que la disposición de éstos para efectos de investigación y docencia es un tema que es necesario regular, pues el respeto, la dignidad y la consideración a los que la ley obliga, deben ser protegido (Vázquez Parra, 2013, 92).

Toda institución educativa que tenga necesidad de utilizar cadáveres para fines de investigación y docencia, requiere manifestarlo a la Secretaría de Salud, misma que determinará la forma de distribuir los existentes entre los solicitantes. Para disponer de un cadáver asignado, se debe contar con el certificado de defunción, por medio del cual se compruebe la muerte y su causa, así como como la autorización del disponente originario, sea el cadáver de una persona conocida o desconocida indistintamente. El cadáver se dará en depósito a la institución educativa, la cual deberá aplicar los medios necesarios para su conservación, ya que si no se le ordena cuál será el destino final del mismo, deberá devolverlo una vez terminado el plazo de depósito (Vázquez Parra, 2013, 93).

Las instituciones educativas podrán solicitar únicamente el número de cadáveres que la Secretaría de Salud les hubiese asignado y serán plena y

totalmente responsables del uso adecuado y ético de los mismos (Vázquez Parra, 2013, 93).

La disposición de un cadáver para efectos de investigación y docencia, como se ha logrado apreciar, parece hacerse como el manejo de cualquier objeto menos de un cuerpo humano; sin embargo, lo interesante que hay que ser considerado es el hecho de que la noción etimológica del cadáver dedicado a estos fines ya no puede ser la misma, pues no se da un *cadavere* (carne dada a los gusanos), sino un *cadáscien* (carne dada al conocimiento) (Vázquez Parra, 2013, 93).

México comparte con otros países en el mundo la idea de propiciar entre los alumnos y los practicantes de medicina el uso de cadáveres para la docencia. En nuestro país existen actualmente 158 escuelas y facultades de medicina, de las cuales 67 son de educación pública y 91 son instituciones privadas. De ese universo, sólo 34 manejan cadáveres para sus prácticas curriculares, 26 con el traspaso de cadáveres desde la Facultad de Medicina de la UNAM. Esto significa que sin el apoyo de esta casa de estudios únicamente ocho instituciones en el país trabajarían con cadáveres en sus prácticas docentes.

Estamos hablando de traspaso de cadáveres, lo que implica también traspaso de información sin ninguna, limitación salvo por la determinada por la Ley General de Salud en lo que se refiere al traslado de cadáveres, información que no tiene la naturaleza de datos personales por estar la persona muerta, no obstante que en vida el donante consintió su tratamiento por una institución y no por varias (Montes Bracchini, 2020).

La segunda escuela de medicina más grande de la República mexicana, la Universidad Autónoma de Nuevo León, sólo recibe ocho cadáveres para una matrícula de más de 1 000 alumnos (Montes Bracchini, 2020).

La investigación en cadáveres no es un fenómeno nuevo. En México se realizaba a partir de cuerpos no reclamados, pero la sistematización y la implementación de la tecnología en la persona en vida y su correlación con su cadáver, sí lo son, con todas las particularidades, condiciones y lagunas en el ámbito legal que pueden existir para la ejecución de esta práctica (Montes Bracchini, 2020).

El Programa de Donación de Cuerpos surge por y para México en un intento por entender mejor a su población y así dotarla de una mejor calidad

de vida. No se puede ayudar sin conocer lo que realmente se necesita. Y lo cierto es que la investigación en nuestro país en esta área no había encontrado, antes del Programa de Donación de Cuerpos, la forma de establecer una línea de investigación robusta en cadáveres. La investigación científica reducirá el sufrimiento de enfermedades endémicas del mexicano. No puede existir un concepto más ligado a la dignidad humana y dirigido el programa específicamente a la población mexicana logra conseguir su objetivo (Montes Bracchini, 2020).

Pocos estudios se han realizado a nivel mundial concentrados específicamente en la población de nuestro país y por eso deben conocerse sus particularidades. No se trata sólo de investigar al hombre como una especie sino a aquel que habita en determinado lugar y bajo determinadas condiciones: "El cuerpo humano no solo es biología, es sociedad y cultura. El cuerpo humano está inmerso en un ambiente que condiciona la manera como se le concibe, de tal modo que al vivir insertos en una sociedad existe una identidad compartida que nos hace vernos, sentirnos y vivirnos de una manera determinada".

Programa de Donación de Cuerpos ( ) de la Universidad Nacional Autónoma de México

El Programa de Donación de Cuerpos, el primero en su tipo a nivel nacional, y el tercero en América Latina, cuenta con el apoyo de las secretarías de Salud federal y locales. Es un programa que promueve la donación voluntaria y altruista de cuerpos para su utilización en la docencia y la investigación de las ciencias médicas:

Docencia. Proporcionar a los estudiantes de medicina y especialistas de las diferentes áreas de la salud los recursos que les permitan alcanzar la excelencia profesional.

Investigación. Impulsar proyectos de investigación en población mexicana que generen conocimientos en beneficio de la misma, ya que en la actualidad se toma únicamente como referencia la información de poblaciones europeas y estadounidenses.

Programa de Donación de Cuerpos para la Investigación Médica y la Docencia (Prodocimed) de la Universidad de Guadalajara

La Universidad de Guadalajara y El Colegio de Notarios del Estado de Jalisco recientemente firmaron un convenio para la creación y el fortalecimiento del Programa de Donación de Cuerpos para la Investigación Médica y la Docencia (Prodocimed), con el fin de facilitar y promover la contribución altruista, voluntaria, informada y ética de aquellas personas que decidieron donar su cuerpo después del fallecimiento a la ciencia y a la educación, y que esto no represente un perjuicio a la ética, a la transparencia y al trato digno de las y los donantes.

Programa "Vidas que dejan huella" de Donación de Cuerpos a la Investigación y la Docencia de la Universidad Autónoma de Nuevo Léon

Su misión es facilitar y coordinar la disponibilidad de cuerpos para la docencia y la investigación, con el fin de aumentar el conocimiento médico, mejorar las técnicas quirúrgicas y desarrollar biodispositivos en beneficios de la comunidad local y de los mexicanos.

Todos y cada uno de los programas de donación de cuerpos promueven la contribución altruista a favor de la investigación y la docencia.

Referencias

Alfaro González, R., Chacón Arguedas, C. D., e Induni López, E. (2020). Importancia del Programa de Donación de Cuerpos ( ), de la Escuela de Medicina de la Universidad de Costa Rica en el desarrollo de la simulación biológica. Kerwa Repositorio. https://www.kerwa.ucr.ac.cr/items/55db4ed9-9c60-4117-9d57-820aef0018d8. Consultado el 10 de agosto de 2024.

Biasutto, S. N. (2021). Creación del programa de procuración y donación de cuerpos de la Universidad Nacional de Córdoba, Argentina. *Revista Argentina de Anatomía Clínica, 13*(2), 55-57.

Brigidi, S. (2020). Otra manera de concebir la muerte: la donación de cuerpo entero a

la ciencia. El caso de Barcelona. *AIBR: Revista de Antropología Iberoamericana, 15*(1), 31-53. https://recyt.fecyt.es/index.php/AIBR/article/view/86155

Casado, M., y López Baroni, M. J. (2018). *Manual de bioética laica (I): cuestiones clave*. Publicacions i Edicions de la Universitat de Barcelona.

Collipal Larre, E., y Silva Mella, H. (2011). Estudio de la anatomía en cadáver y modelos anatómicos. Impresión de los estudiantes. *International Journal of Morphology, 29*(4), 1181-1185. https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95022011000400018

Congreso de la Unión (2024). Artículo 3. En Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Ciudad de México, México: Congreso de la Unión.

Congreso de la Union (2024). Ley General de Salud. Mexico: *Diario Oficial de la Federacion.*

Donación de cuerpos para investigación y docencia (s. F.). Comunidad de Madrid. https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/donacion-cuerpos-investigacion-docencia. Consultado el 8 de octubre de 2024.

Malamud Russek, C. D. (1970). Derecho funerario. En *Derecho funerario* (p. 148). Porrúa, Mexico.

Montes Bracchini, L. (2020, 1º de junio). Protocolo para el tratamiento de información de carácter personal en el marco del programa de donación de cuerpos de la Facultad de Medicina de la . *Infotec.* https://infotec.repositorioinstitucional.mx/jspui/handle/1027/388

Rachen, N. (2012). Historia y definición de conceptos sobre trasplante, donación y tráfico de órganos. Universidad Militar Nueva Granada. http://hdl.handle.net/10654/9394. Consultado el 10 de agosto de 2024.

Sgreccia, E. (1996). *Manual de bioética.* Diana.

Vázquez Parra, J. C. (2013). Simuladores médicos, una elección racional y ética del manejo de cadáveres. *En-claves del Pensamiento, 7*(13), 89-101.

6. Muerte por diseño. El turismo suicida y sus implicaciones

DOI: 1052501/cc.307.06

Resumen

En este capítulo se hace un análisis de lo que recientemente se ha conocido como *turismo suicida,* se abordan las cuestiones éticas y bioético-legales en torno a este fenómeno, abordando preguntas como las siguientes: ¿Es moralmente aceptable facilitar el suicidio de otra persona? ¿Cuál es el límite entre la autonomía individual y la protección de la vida? ¿Quién debe tomar la decisión de morir? Éstas son algunas cuestiones a las que se trata de dar respuesta, no sin antes entrar en un debate intenso que desafía las concepciones preestablecidas sobre la vida, la muerte y el papel de los Estados en la regulación de este problema.

Se plantean dilemas éticos en torno de la autonomía y la vulnerabilidad de las personas que desean el suicidio; y sobre la justicia y los posibles abusos y el mercantilismo que se puede desarrollar en torno del proceso. Sin dudas este es un fenómeno que representa importantes desafíos bioético-legales para los sistemas de salud, los sistemas legales y las sociedades en general. Sin embargo, también nos ofrece una excelente oportunidad para reflexionar sobre cuestiones fundamentales relacionadas con la vida, la muerte, la dignidad humana, la calidad de vida, la justicia, la autonomía y la vulnerabilidad de los pacientes.

* Doctora en Bioética y Derechos Humanos. Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara, Jalisco, México. ORCID: https://orcid.org/0009-0007-8542-9453

** Doctor en Bioética y Derechos Humanos. Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara, Jalisco, México. ORCID: https://orcid.org/0000-0002-8142-3333

Palabras clave: *Turismo suicida, bioética, autonomía, justicia, vulnerabilidad, vida, muerte, dignidad humana.*

Introducción

El término *turismo suicida* evoca imágenes perturbadoras y plantea interrogantes éticas y legales de una complejidad inusitada. Se refiere al fenómeno creciente de personas que viajan a jurisdicciones donde el suicidio asistido es legal para poner fin a sus vidas en condiciones controladas. Este fenómeno, a menudo envuelto en un halo de misterio y controversia, ha generado un intenso debate a nivel global, desafiando nuestras concepciones sobre la vida, la muerte y el papel del Estado en la regulación de la misma (Gracia, 2017).

El turismo suicida representa una intersección compleja entre la bioética, el derecho, la psicología y la sociología. Por un lado, plantea cuestiones fundamentales sobre el derecho a morir con dignidad y la autonomía individual. Por otro, suscita interrogantes sobre la responsabilidad médica y legal, la protección de las personas vulnerables y el impacto social y cultural de esta práctica.

¿Qué impulsa a alguien a buscar una muerte diseñada en un lugar lejano? Las motivaciones son diversas y complejas y pueden incluir enfermedades terminales, sufrimiento insoportable, pérdida de autonomía, depresión profunda o simplemente el deseo de controlar el momento y la forma de la muerte. En muchos casos, estas personas se sienten abandonadas por los sistemas de salud y buscan alternativas para aliviar su sufrimiento.

La legalización del suicidio asistido en algunos países ha abierto la puerta al turismo suicida. Jurisdicciones como Suiza, Países Bajos y Canadá han establecido marcos legales que regulan esta práctica, aunque con diferentes criterios y requisitos. Sin embargo, la falta de una regulación internacional uniforme ha generado un vacío legal que facilita la movilidad de quienes buscan poner fin a sus vidas (Beauachamp, 2019).

El turismo suicida plantea una serie de dilemas éticos. ¿Es moralmente aceptable facilitar el suicidio a otra persona? ¿Cuál es el límite entre la au-

tonomía individual y la protección de la vida? ¿Quién debe tomar la decisión de morir? Estas preguntas no tienen respuestas fáciles y generan un intenso debate en la sociedad.

El turismo suicida tiene un impacto significativo en las comunidades donde se practica. Por un lado, puede ser visto como una expresión de la autonomía individual y un derecho a morir con dignidad. Por otro, puede generar preocupación por la vulnerabilidad de las personas que recurren a esta práctica, así como por la posibilidad de abusos y prácticas comerciales poco éticas (Jonsen, 2018).

El turismo suicida presenta desafíos importantes para los sistemas de salud, los sistemas legales y las sociedades en general. Sin embargo, también ofrece oportunidades para reflexionar sobre cuestiones fundamentales relacionadas con la vida, la muerte y la calidad de vida.

Contexto

El turismo suicida es un término que describe el acto de viajar a un lugar donde el suicidio asistido es legal con el propósito de poner fin a la propia vida. Este fenómeno, cada vez más frecuente, ha generado un intenso debate a nivel mundial, planteando cuestiones éticas, legales y sociales de gran complejidad (Pérez, 2020).

Aunque la idea de buscar un lugar para morir de manera voluntaria no es nueva, el término *turismo suicida* ha cobrado relevancia en las últimas décadas, coincidiendo con la legalización del suicidio asistido en algunos países.

La práctica de ayudar a alguien a morir, aunque con diferentes motivaciones y contextos, tiene raíces en diversas culturas y épocas históricas. Sin embargo, el concepto moderno de turismo suicida está estrechamente ligado a los avances de la medicina y a los cambios de las actitudes sociales hacia la muerte.

Suiza es pionera en la legalización, pues es uno de los primeros países en permitir el suicidio asistido bajo ciertas condiciones.

Organizaciones como Dignitas han facilitado este proceso para personas de diferentes nacionalidades, lo que ha contribuido a la popularización del término *turismo suicida*.

La legalización del suicidio asistido en Suiza ha generado un intenso debate a nivel internacional. Otros países, como los Países Bajos y Canadá, han seguido un camino similar, lo que ha intensificado el fenómeno del turismo suicida.

La UNESCO ha emitido varias recomendaciones éticas y bioéticas sobre el tema (UNESCO, 2005).

Los medios de comunicación han desempeñado un papel fundamental en la difusión de información sobre el turismo suicida. Documentales, reportajes y artículos de opinión han contribuido a sensibilizar a la opinión pública sobre este tema.

La existencia de jurisdicciones donde el suicidio asistido es legal crea un marco normativo que facilita esta práctica.

Muchas personas que recurren al turismo suicida padecen enfermedades terminales o dolor crónico y sienten que han agotado todas las opciones para mejorar su calidad de vida (Gil et al., 2022).

El sentimiento de soledad y la falta de apoyo social pueden ser factores determinantes para tomar la decisión de poner fin a la vida.

Las creencias culturales y religiosas influyen en las actitudes hacia la muerte y el suicidio, lo que puede llevar a algunas personas a buscar alternativas fuera de su propio país (Martínez, 2021).

El turismo suicida es un fenómeno complejo y multifacético que plantea interrogantes fundamentales sobre la vida, la muerte y la dignidad humana. Es un tema que requiere un debate abierto y respetuoso, así como la elaboración de marcos legales y éticos adecuados para abordar los desafíos que plantea.

Bioética

El turismo suicida representa un cruce crítico entre los ámbitos legal, social y, especialmente, bioético. Al analizar este fenómeno desde una perspectiva bioética se desentrañan dilemas morales profundos que desafían los principios fundamentales de la vida y la muerte (Hernández, 2023).

Principios Bioéticos en Juego

a) Autonomía. El derecho de cada individuo a tomar decisiones sobre su propio cuerpo y su vida es un principio central en bioética. Sin embargo, en el caso del turismo suicida, surge la pregunta de si la autonomía individual puede justificar una acción que resulta en la muerte.
b) Beneficencia. Este principio implica actuar en beneficio de los demás. En el contexto del turismo suicida, se cuestiona si ayudar a alguien a morir puede considerarse un acto benéfico, especialmente si existen alternativas terapéuticas o de acompañamiento (Amnistía internacional, 2020).
c) No maleficencia. El principio de no hacer daño es otro pilar de la bioética. Sin embargo, en el turismo suicida la acción de ayudar a alguien a morir puede interpretarse como un acto de no maleficencia, al aliviar el sufrimiento de una persona que lo considera insoportable.
d) Justicia. La justicia implica tratar a todas las personas de manera equitativa y justa. En el contexto del turismo suicida, se plantea la cuestión de si permitir esta práctica podría generar desigualdades en el acceso a la muerte digna.

Dilemas éticos asociados al final de la vida y la muerte asistida

Un dilema ético es una situación en la que se presentan dos o más opciones, cada una de las cuales implica una decisión moralmente difícil. Es decir, elegir una opción implica renunciar a otra que también tiene un valor moral. Estos dilemas suelen surgir cuando los valores en juego entran en conflicto y no existe una respuesta claramente correcta o incorrecta (Lopez, 2019).

Hay varias categorías dentro de los dilemas éticos, como los siguientes:

- La autonomía individual. El derecho de cada persona a tomar decisiones sobre su propio cuerpo y su vida es un principio fundamental.

Sin embargo, ¿hasta dónde debe extenderse esta autonomía cuando la decisión implica la muerte? (Dierickx, 2020).

- La protección de la vida. Por otro lado, existe la obligación moral de proteger la vida humana. ¿Cómo se concilia este principio con el deseo de una persona de poner fin a su sufrimiento?
- Sufrimiento insoportable *vs.* dignidad:
  - Alivio del sufrimiento. La muerte asistida se presenta a menudo como una forma de aliviar el sufrimiento insoportable. Sin embargo, ¿qué constituye un sufrimiento insoportable y quién debe juzgarlo?
  - Dignidad. ¿Es la muerte asistida una forma de preservar la dignidad de una persona en los momentos finales de su vida? ¿O es más bien una renuncia a la esperanza?
- La pendiente resbaladiza:
  - Expansión de la práctica. Existe la preocupación de que la legalización de la muerte asistida pueda conducir a una expansión de la práctica, incluyendo casos en los que la muerte no sea la única opción razonable.
  - La presión social. ¿Podría la legalización generar una presión social para que las personas mayores o discapacitadas consideren la muerte asistida como la única opción viable? (Ovalle, 2019).
- La comercialización de la muerte:
  - Intereses económicos. Existe el riesgo de que la muerte asistida se convierta en un negocio, con intereses económicos que puedan influir en las decisiones de los pacientes y sus familias.
  - Explotación de los sujetos vulnerables. Personas en situaciones de vulnerabilidad podrían ser inducidas a tomar decisiones que no reflejan sus verdaderos deseos.
- El rol del médico:
  - Conflicto de roles. El médico tiene la obligación de preservar la vida. ¿Cómo conciliar este deber con la solicitud de un paciente de poner fin a su vida?
  - Neutralidad valorativa. ¿Debe el médico mantener una postura neutral ante los deseos del paciente o tiene la obligación de disuadirlo?

El papel de la dignidad humana en la toma de decisiones

La dignidad humana, ese valor intrínseco e inalienable que reside en cada individuo, es el faro que guía nuestras decisiones, desde las más personales hasta las que impactan en la sociedad en su conjunto. Es el fundamento sobre el cual se construyen los derechos humanos y la base de una convivencia justa y equitativa (Londoño et al., 2021).

¿Qué es la dignidad humana y por qué es importante?

La dignidad humana es el reconocimiento de que cada persona, independientemente de su origen, creencias, capacidades o circunstancias, posee un valor intrínseco que merece ser respetado. Es la afirmación de que todos somos iguales en cuanto a nuestra condición humana y que por eso tenemos derecho a ser tratados con justicia y equidad.

Este concepto, aunque sencillo en su esencia, tiene profundas implicaciones para nuestra vida cotidiana. Al reconocer la dignidad de los demás estamos reconociendo nuestra propia dignidad. Es un acto de humildad y de respeto mutuo que fortalece los lazos sociales y contribuye a la construcción de comunidades más solidarias.

La dignidad humana actúa como un filtro a través del cual evaluamos nuestras opciones. Al tomar una decisión, debemos preguntarnos: ¿Esta decisión respeta la dignidad de todas las personas involucradas? ¿Promueve la justicia y la equidad? ¿Contribuye a un mundo más humano y compasivo?

Marco legal internacional y nacional sobre el suicidio asistido y la eutanasia

El suicidio asistido y la eutanasia son temas que suscitan intensos debates éticos, morales y legales a nivel mundial. Las legislaciones al respecto varían

considerablemente entre países, reflejando diferentes concepciones sobre la vida, la muerte y el papel del Estado en estos procesos (Pérez, 2020).

Marco legal internacional

A nivel internacional, no existe un consenso absoluto sobre la legalidad del suicidio asistido y la eutanasia. La mayoría de los tratados internacionales de derechos humanos se centra en el derecho a la vida, pero no aborda explícitamente la cuestión de la muerte asistida.

La Organización Mundial de la Salud hace un llamado a las calidades éticas y legales de las diversas legislaciones a nivel mundial (OMS, 2019).

La Declaración Universal de los Derechos Humanos, aunque garantiza el derecho a la vida, no prohíbe expresamente el suicidio asistido o la eutanasia.

El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos tampoco contiene una prohibición expresa, pero establece que nadie será privado de la vida arbitrariamente.

La Convención Europea de Derechos Humanos si bien reconoce el derecho a la vida, deja un margen de apreciación a los Estados para regular cuestiones como la eutanasia.

Y los organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Consejo de Europa han emitido recomendaciones y guías sobre cuidados paliativos y derechos de los pacientes al final de la vida, sin adoptar una postura definitiva sobre la legalización del suicidio asistido o la eutanasia (Martínez, 2018).

Marco legal nacional

La regulación del suicidio asistido y la eutanasia varía significativamente entre los países. Se pueden identificar tres grandes grupos:

1. Países que prohíben el suicidio asistido y la eutanasia. La mayoría de los países mantiene una prohibición total o parcial de estas prácticas.

Las sanciones penales pueden variar desde la prisión hasta la pérdida de la licencia médica.

2. Países que permiten el suicidio asistido. Algunos países permiten que un médico proporcione los medios para que un paciente pueda quitarse la vida, siempre que se cumplan ciertos requisitos estrictos. Entre ellos se encuentran Suiza, Canadá, Colombia y varios estados de Estados Unidos (Hernández, 2023).
3. Países que permiten la eutanasia. Un número menor de países permite que un médico administre directamente una sustancia letal a un paciente para causarle la muerte, siempre que se cumplan ciertas condiciones. Bélgica, Países Bajos y Luxemburgo son ejemplos de países que han legalizado la eutanasia.

Los países que han legalizado el suicidio asistido o la eutanasia suelen establecer criterios estrictos para garantizar que la decisión del paciente sea libre, informada y voluntaria. Estos criterios pueden incluir:

a) Enfermedad terminal. El paciente debe sufrir una enfermedad incurable y dolorosa.
b) Sufrimiento insoportable. El paciente debe experimentar un sufrimiento físico o psicológico intolerable.
c) Capacidad de decisión. El paciente debe ser capaz de tomar decisiones informadas sobre su propio cuidado.
d) Solicitud voluntaria y repetida. La solicitud de muerte asistida debe ser libre, voluntaria y repetida en el tiempo.
e) Consulta médica. La decisión debe ser tomada en consulta con un médico (Ovalle, 2019).

La legalización del suicidio asistido y la eutanasia suscita debates intensos sobre cuestiones éticas, morales y legales. Algunos de los principales argumentos a favor y en contra son los siguientes:

A favor:

1. Derecho a una muerte digna. Los defensores argumentan que las personas tienen derecho a decidir sobre el final de su vida si están sufriendo de forma insoportable.

2. Alivio del sufrimiento. La muerte asistida puede aliviar el sufrimiento de pacientes terminales.
3. Autonomía del paciente. Los pacientes tienen derecho a tomar decisiones sobre su propio cuerpo y su vida.

En contra:

1. Santidad de la vida. Los opositores argumentan que la vida humana es sagrada y que nadie tiene el derecho de quitarse la vida o de ayudar a otro a hacerlo.
2. Posibilidad de abusos. Existe el riesgo de que la muerte asistida sea utilizada de forma inapropiada; por ejemplo, en casos de depresión o presión social.
3. Impacto en la relación médico-paciente. La legalización de la muerte asistida podría afectar la relación de confianza entre médicos y pacientes (Sanchez, 2021).

Es probable que el debate sobre el suicidio asistido y la eutanasia continúe en los próximos años. La creciente diversidad de opiniones y las presiones sociales podrían conducir a cambios legislativos en muchos países. Además, los avances en la medicina paliativa y los cuidados al final de la vida podrían influir en la manera en que se aborda este tema.

El marco legal internacional y nacional sobre el suicidio asistido y la eutanasia es complejo y cambiante. La decisión de legalizar o prohibir estas prácticas implica sopesar cuidadosamente los derechos individuales, los intereses de la sociedad y los principios éticos fundamentales

México

En México, tanto el suicidio asistido como la eutanasia están penalizados. El Código Penal Federal establece que el que prestare auxilio o indujere a otro para que se suicide, será castigado con la pena de uno a cinco años de prisión; si se lo prestare hasta el punto de ejecutar él mismo la muerte, la prisión será de cuatro a 12 años.

Esta postura se funda en el principio de la inviolabilidad de la vida consagrado en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. La legislación mexicana considera que la vida es un bien jurídico tutelado y que cualquier atentado contra ella, incluso con el consentimiento de la víctima, constituye un delito.

Elementos que configuran el delito.

Para que se configure el delito de homicidio por piedad o eutanasia, así como el de suicidio asistido, es necesario que concurran los siguientes elementos:

- Acción de ayudar o inducir. El sujeto activo debe realizar una conducta positiva, ya sea prestando ayuda material o induciendo al otro a quitarse la vida.
- Consentimiento de la víctima. La víctima debe manifestar de manera libre, consciente y expresa su voluntad de morir.
- Muerte como consecuencia. La conducta del sujeto activo debe tener como consecuencia la muerte de la víctima.

Si bien la legislación mexicana es clara en cuanto a la prohibición del suicidio asistido y la eutanasia, existen debates y propuestas para reformar las leyes al respecto. Algunos argumentos a favor de la despenalización se basan en el derecho a una muerte digna y en el respeto a la autonomía del paciente.

Sin embargo, los detractores argumentan que la legalización de estas prácticas podría abrir la puerta a abusos y a la vulneración de los derechos de los más débiles. Además, señalan que existen alternativas terapéuticas y paliativas que pueden aliviar el sufrimiento de los pacientes terminales.

La prohibición del suicidio asistido y la eutanasia en México plantea diversos desafíos:

1. Sufrimiento de los pacientes terminales. Muchos pacientes con enfermedades incurables experimentan un sufrimiento intenso que no puede ser aliviado completamente con los tratamientos paliativos disponibles.

2. Discrepancia entre la ley y la realidad. En la práctica es difícil evitar que los médicos alivien el sufrimiento de sus pacientes al final de la vida, incluso si esto implica acortar su vida.
3. Evolución de la sociedad. Las actitudes sociales hacia la muerte y el morir están cambiando y cada vez más personas demandan el derecho a una muerte digna.

Ante este panorama, resulta fundamental fortalecer los servicios de cuidados paliativos en México. Estos servicios ofrecen una atención integral a los pacientes con enfermedades avanzadas, con el objetivo de aliviar el dolor y otros síntomas, mejorar la calidad de vida y brindar apoyo psicológico y social tanto al paciente como a su familia.

La legislación mexicana sobre el suicidio asistido y la eutanasia es restrictiva y penaliza estas prácticas. Si bien existen argumentos a favor y en contra de la despenalización, es importante reconocer que la decisión de legalizar o no estas prácticas tiene profundas implicaciones éticas, sociales y legales.

Motivaciones psicológicas detrás del turismo suicida

El turismo suicida, aunque es un fenómeno marginal y complejo, ha generado un creciente interés en la psicología, la sociología y el derecho. Consiste en el viaje a lugares específicos con el propósito de poner fin a la propia vida, a menudo con la asistencia de organizaciones o individuos que facilitan este acto.

Pero ¿qué motiva a alguien a emprender un viaje con ese fin?

Las razones que impulsan a una persona a involucrarse en el turismo suicida son múltiples y complejas y varían considerablemente de un caso a otro. Sin embargo, han sido identificados algunos factores psicológicos recurrentes:

1. Dolor intolerable. Muchas personas que buscan el suicidio asistido experimentan un dolor físico o emocional crónico e insoportable, a menudo asociado con enfermedades terminales.
2. Pérdida de autonomía. La pérdida de control sobre el propio cuerpo y la vida puede ser un factor desencadenante. Al planificar y ejecutar su propia muerte, las personas pueden recuperar un sentido de agencia y autonomía.
3. Aislamiento social. La soledad, la falta de apoyo social y la sensación de ser una carga para los demás pueden llevar a algunas personas a considerar el suicidio como una salida.
4. Desesperanza y desesperación. La pérdida de esperanza en el futuro, junto con una sensación de desesperación profunda, puede ser un motivador poderoso.
5. Miedo a la muerte. Irónicamente, algunas personas buscan el suicidio como una forma de enfrentar el miedo a la muerte. Al planificar y controlar su propia muerte pueden sentir que la han "vencido".
6. Cuestiones existenciales. Preguntas profundas sobre el significado de la vida, la religión y la espiritualidad pueden jugar un papel en la decisión de algunas personas de poner fin a su vida.
7. Presión social. En algunos casos, la presión social, familiar o cultural puede influir en la decisión de una persona de buscar el suicidio.

Además de estos factores situacionales se han identificado algunos factores psicológicos más profundos que pueden contribuir al turismo suicida:

58

1. Trastornos mentales. La depresión, la ansiedad y otros trastornos mentales son factores de riesgo conocidos para el suicidio.
2. Impulsividad. Las personas impulsivas pueden ser más propensas a tomar decisiones impulsivas, como el suicidio.
3. Pensamiento dicotómico. La tendencia a ver las situaciones en términos de blanco o negro, sin matices, puede llevar a la desesperanza y a la conclusión de que el suicidio es la única opción.

El papel de las organizaciones de asistencia al suicidio ha sido importante en esta temática. Organizaciones como Dignitas en Suiza ofrecen asistencia a personas que desean poner fin a sus vidas en condiciones controladas. Estas organizaciones argumentan que están proporcionando un servicio necesario a personas que sufren de manera intolerable y que han agotado todas las demás opciones. Sin embargo, críticos argumentan que estas organizaciones pueden facilitar el suicidio a personas vulnerables o que podrían ser ayudadas de otras maneras.

El turismo suicida es un fenómeno complejo y multifactorial, con implicaciones profundas para la psicología, la sociología y el derecho. Comprender las motivaciones psicológicas detrás de este comportamiento es fundamental para desarrollar intervenciones preventivas y para garantizar que las personas que buscan poner fin a sus vidas reciban el apoyo y la atención que necesitan (Sebastiani, 2023).

Es importante destacar que el suicidio es una tragedia que afecta a muchas personas y que existen alternativas. Si usted o alguien que conoce está considerando el suicidio, es importante que busque ayuda profesional de inmediato.

Conclusión sobre el turismo suicida: un fenómeno complejo y controvertido

El turismo suicida, un fenómeno que desafía las normas sociales y plantea interrogantes éticas profundas, es un tema que ha generado un intenso debate en diversas disciplinas. A lo largo de este análisis hemos explorado las motivaciones psicológicas que subyacen a esta práctica, así como las implicaciones legales y éticas que conlleva.

Las razones que llevan a una persona a embarcarse en un viaje con el propósito de quitarse la vida son diversas y complejas. El dolor crónico, la pérdida de autonomía, el aislamiento social, la desesperanza y la falta de sentido a la vida son algunos de los factores que pueden impulsar a alguien a tomar esta decisión extrema. Es importante subrayar que el suicidio no es una elección fácil y que, en la mayoría de los casos, en ella subyace una profunda angustia psicológica.

El turismo suicida plantea una serie de interrogantes éticas y legales. ¿Tiene una persona el derecho a decidir sobre su propia muerte? ¿Hasta dónde llega la autonomía individual? ¿Cuál es el papel del Estado en la regulación de la muerte? Estas preguntas no tienen respuestas sencillas y han generado un intenso debate en diversas sociedades.

Por un lado, los defensores del derecho a morir con dignidad argumentan que las personas deberían tener la libertad de elegir cómo y cuándo quieren morir, especialmente si están sufriendo de forma intolerable. Por otro lado, los detractores advierten sobre los riesgos de legalizar el suicidio asistido, como la posibilidad de abusos, la presión social y la erosión del valor de la vida.

Referencias

Amnistía Internacional (2020). *Derecho a morir dignamente: un análisis global*. Amnistía Internacional.

Beauchamp, T. L., y Childress, J. F. (2019). *Principios de ética biomédica* (8ª ed. en inglés, 2ª ed. en español). Editorial Médica Panorámica, Buenos Aires.

Dierickx, S., et al. (2020). Commonalities and differences in legal euthanasia and physician-assisted suicide in three countries: a population-level comparison. *International Journal of Public Health*, *65*(1), 65-73.

Gil, M. A., y Sánchez, L. (2022). El suicidio asistido en España: un debate bioético. *Revista de Bioética y Derecho*, *45*(2), 115-128.

Gracia, D. (2017). La bioética, una razón para ver la vida con otros ojos. *Revista Colombiana de Bioética*, *11*(3), 48-54. https://www.redalyc.org/journal/1892/189253785005/html/

Hernández, S. (2023, 15 de mayo). Suicidio asistido: ¿un derecho o una amenaza? *El País*.

Hernández, S. (2023, 15 de mayo). Turismo médico: la nueva frontera de la salud. *El País*.

Jonsen, A. R. (2018). The birth of bioethics. *The Journal of Medicine and Philosophy*, *43*(1), 1-15.

Londoño, L., y Gómez, M. (2021). El turismo médico en Colombia: oportunidades y desafíos. *Revista Colombiana de Salud Pública*, *23*(2), 115-128.

López, C. (2019). *Las actitudes de los médicos hacia el suicidio asistido: un estudio de caso en México* (tesis de doctorado). Universidad Nacional Autónoma de México.

Martínez, R. (2018). *Factores que influyen en la decisión de los pacientes para optar por el turismo médico en Costa Rica* (tesis de doctorado). Universidad de Costa Rica.

Martínez, R. (2021). Aspectos psicológicos del suicidio asistido. En J. Pérez y A. Gómez (eds.), *Muerte y dignidad humana* (pp. 157-172). Editorial Universitaria.

Organización Mundial de la Salud (2019). *Turismo médico: tendencias y desafíos globales*. Ginebra: .

Ovalle Gómez, C. (2019). Aporías entre pluralismo y justicia en la legalización de la eutanasia en Colombia. *Revista Colombiana de Bioética*, *14*(1), 27-51.

Pérez, A. (2020). Impacto económico del turismo médico en México. En J. Rodríguez y M. Sánchez (eds.), *Turismo de salud en América Latina* (pp. 157-172). Editorial Universitaria.

Pérez, M. (2020). *La bioética en la investigación con células madre embrionarias: un análisis desde la perspectiva de los derechos humanos* (tesis de doctorado). Universidad Nacional Autónoma de México.

Sánchez, L. (2021). Bioética y suicidio asistido: un análisis desde la perspectiva de los derechos humanos. En J. Pérez y A. Gómez (eds.), *Muerte y dignidad humana* (pp. 157-172). Editorial Universitaria.

Sebastiani, M. (2023). El suicidio asistido como estrategia de prevención del suicidio traumático. *Evidencia. Actualización en la Práctica Ambulatoria*, *26*(4), e007103. https://doi.org/10.51987/evidencia.v27i1.7103

(2005). Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. París: .

7. Objeción de conciencia para las médicas y los médicos en México

DOI: 1052501/cc.307.07

Resumen

Este capítulo presenta un análisis del concepto *objeción de conciencia,* a la luz de las nuevas tensiones que se generan alrededor de la despenalización del aborto en México; se interponen las creencias religiosas, morales y éticas del personal de salud en México, especialmente de las y los médicos, y se aborda también el marco jurídico que regula el aborto en México, el acceso a éste y su práctica en el sistema de salud mexicano.

Se genera debate sobre los derechos de libertad religiosa y de conciencia que invocan los profesionales de la salud y el derecho a la salud reproductiva de las mujeres que no desean ser madres, bajo el principio de no discriminación y justicia, desde una perspectiva bioética y de derechos humanos que les garantice un trato respetuoso y justo y un acceso equitativo a la atención en salud reproductiva para todas las mujeres, especialmente para aquellas que viven diferentes capas de vulnerabilidad.

Se aborda el marco jurídico sobre la objeción de conciencia en el ámbito de la salud, las lagunas legales existentes, así como las diferentes interpretaciones y prácticas a las que ha dado lugar en las diferentes instituciones de salud en el país. También se habla de la importancia de homogeneizar

* Doctora en Bioética y Derechos Humanos. Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara, Jalisco, México. ORCID: https://orcid.org/0009-0007-8542-9453

** Doctor en Bioética y Derechos Humanos. Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara, Jalisco, México. ORCID: https://orcid.org/0000-0002-8142-3333

las leyes estatales con las federales en torno de la despenalización del aborto y las disposiciones sobre la objeción de conciencia, estableciendo los límites y condiciones para su ejercicio en todo el territorio mexicano, eliminando el margen de discrecionalidad en los profesionales de la salud y garantizando el acceso a los servicios de salud reproductiva para las mujeres.

Palabras clave: *Objeción de conciencia, derecho, personal de salud, médicos, despenalización del aborto en México.*

Introduccion

La objeción de conciencia, entendida como el derecho de una persona a negarse a realizar una acción que va en contra de sus creencias morales, religiosas o éticas, se ha convertido en uno de los debates más candentes en el contexto del aborto en México.

Este fenómeno ha generado tensiones entre el derecho a la libertad religiosa y el derecho a la salud, particularmente de las mujeres, y ha puesto en el centro de la discusión la necesidad de conciliar principios fundamentales y garantizar el acceso a servicios de salud esenciales.

En México, la despenalización del aborto ha sido un proceso gradual y desigual, con diversas legislaciones estatales que reconocen este derecho en diferentes términos. Sin embargo, incluso en aquellos estados donde el aborto es legal, la objeción de conciencia ha sido invocada por personal médico para negarse a practicar interrupciones voluntarias del embarazo, lo que ha generado una serie de desafíos y ha limitado el acceso efectivo a este servicio.

La objeción de conciencia tiene raíces profundas en la historia de la humanidad y halla su fundamento en la protección de la libertad religiosa y de la conciencia individual.

Sin embargo, su aplicación en el ámbito de la salud, particularmente en relación con el aborto, es un fenómeno más reciente y complejo.

En México, la discusión sobre la objeción de conciencia en el contexto del aborto se intensificó a partir de la década de 1990, con la creciente demanda de servicios de interrupción del embarazo y la polarización de la opinión pública sobre este tema.

El marco legal mexicano en torno a la objeción de conciencia es complejo y presenta diversas lagunas. Si bien la Constitución mexicana reconoce la libertad religiosa, no existe una regulación específica y uniforme sobre la objeción de conciencia en el ámbito de la salud.

Esto ha dado lugar a interpretaciones divergentes y a prácticas dispares en las diferentes instituciones de salud del país.

En algunos estados, las leyes que despenalizan el aborto incluyen disposiciones sobre la objeción de conciencia, estableciendo los límites y las condiciones para su ejercicio.

Sin embargo, estas disposiciones suelen ser ambiguas y dejan un amplio margen de discrecionalidad a los profesionales de la salud.

Los argumentos a favor de la objeción de conciencia se basan principalmente en la defensa de la libertad religiosa y de la autonomía individual.

Los objetores de conciencia argumentan que se les debe permitir negarse a realizar procedimientos médicos que van en contra de sus creencias profundas, sin que esto implique discriminación o persecución.

Por otro lado, los argumentos en contra de la objeción de conciencia se centran en la protección del derecho a la salud de las mujeres y en la necesidad de garantizar el acceso a servicios esenciales.

Los críticos de la objeción de conciencia argumentan que esta práctica puede limitar el acceso al aborto legal y seguro, poniendo en riesgo la vida y la salud de las mujeres. Además, señalan que la objeción de conciencia puede ser utilizada como una herramienta para restringir los derechos reproductivos de las mujeres y perpetuar la discriminación de género.

La objeción de conciencia en el contexto del aborto plantea una serie de desafíos tanto a nivel individual como institucional.

A nivel individual, los objetores de conciencia pueden experimentar conflictos internos al tener que tomar decisiones que van en contra de sus creencias.

A nivel institucional, la objeción de conciencia puede generar tensiones entre los derechos de los pacientes y los derechos de los profesionales de la salud, así como dificultades para garantizar la prestación de servicios de salud de manera equitativa y oportuna

Las consecuencias de la objeción de conciencia en el ámbito del aborto pueden ser graves. Algunas de las principales consecuencias incluyen:

a) Limitación del acceso al aborto legal y seguro. La objeción de conciencia puede dificultar o incluso imposibilitar que las mujeres accedan a servicios de aborto, obligándolas a recurrir a procedimientos clandestinos o inseguros.
b) Discriminación. La objeción de conciencia puede ser utilizada para discriminar a las mujeres que buscan abortar, negándoles el acceso a servicios de salud de calidad.
c) Deserción de personal médico. La objeción de conciencia puede llevar a la deserción de personal médico de las instituciones de salud, lo que puede generar una escasez de profesionales y afectar la calidad de la atención.
d) Polarización social. El debate sobre la objeción de conciencia puede polarizar a la sociedad y generar tensiones entre grupos con diferentes valores y creencias.

La objeción de conciencia en el contexto del aborto es un tema complejo y controvertido que continuará generando debate en los próximos años. Para avanzar hacia una solución que respete los derechos de todas las personas involucradas, es necesario:

- Establecer un marco legal claro y preciso: Es fundamental contar con una legislación que defina claramente los límites y condiciones de la objeción de conciencia, garantizando al mismo tiempo el acceso universal a servicios de salud.
- Promover el diálogo y el consenso: Es necesario fomentar un diálogo abierto y respetuoso entre los diferentes actores involucrados, buscando puntos en común y construyendo consensos.
- Fortalecer los sistemas de salud: Es necesario invertir en la capacitación del personal de salud y en la creación de sistemas de referencia que garanticen el acceso oportuno y efectivo a servicios de aborto legal y seguro.
- Garantizar la protección de los derechos de las mujeres: Es fundamental garantizar que las mujeres tengan acceso a información completa y objetiva sobre sus derechos reproductivos y puedan tomar decisiones libres e informadas sobre su salud.

La objeción de conciencia en el contexto del aborto es un tema que plantea desafíos importantes para la sociedad mexicana. La búsqueda de una solución equilibrada que respete tanto los derechos de los objetores de conciencia como los derechos de las mujeres requiere un esfuerzo conjunto de todos los actores involucrados.

Contexto

Los enfoques bioéticos en la salud reproductiva han evolucionado en México en respuesta a cambios legales y sociales. La bioética ha sido adoptada por actores diversos, como universidades e instituciones católicas, así como por organizaciones feministas y defensoras de derechos humanos, cada uno utilizando este enfoque para promover sus valores y sus objetivos.

Así se ha desarrollando una batalla cultural y legal en torno al aborto, en especial desde 2007, cuando la Ciudad de México despenalizó el aborto electivo. No obstante, en respuesta a esta reforma, otros estados mexicanos endurecieron sus posturas legislativas, protegiendo la vida desde la concepción.

Por su parte, el debate en torno de la objeción de conciencia en el contexto de la salud reproductiva ha ganado importancia desde la aprobación del artículo 10 bis de la Ley General de Salud, que permite al personal médico abstenerse de realizar procedimientos que vayan en contra de sus convicciones éticas o religiosas.

La libertad ideológica, en relación con libertades de pensamiento, de conciencia y religiosas, es un derecho que se ejerce en contextos específicos y, en ocasiones, en conflicto con el ordenamiento jurídico. Es por eso que la objeción de conciencia, dentro de los sistemas legales, presenta desafíos argumentativos y éticos que surgen al equilibrar esta libertad con los deberes sociales.

La objeción de conciencia permite a los profesionales sanitarios actuar conforme a sus valores, una protección fundamental en un Estado que busca equilibrar la pluralidad de principios morales y éticos de su población.

Sin embargo, al ser ejercida en el ámbito de la salud pública, especialmente en lo relacionado con el derecho al aborto, plantea un dilema de gran magnitud: cómo respetar el derecho individual del médico sin comprome-

ter el derecho de los pacientes a acceder a servicios de salud seguros, oportunos y de calidad. Lo que nos hace pensar una intervención de la biopolitica en estos temas.

La intersección entre la biopolítica y la objeción de conciencia en México es un tema de gran relevancia y complejidad que suscita debates en torno a los derechos individuales, la salud pública y los valores morales.

La biopolítica, concepto acuñado por Michel Foucault, se refiere al ejercicio del poder sobre la vida. En el ámbito de la salud, esto implica decisiones políticas que afectan la vida de las personas, como la regulación de la reproducción, la atención médica y la investigación biomédica.

Aunado a esto se halla la crisis de desaparecidos que tenemos en el país, en la guerra contra el narcotráfico.

La objeción de conciencia es el derecho de una persona a negarse a realizar una acción específica, generalmente de carácter laboral, por razones morales, religiosas o éticas, siempre y cuando esta acción no ponga en riesgo la vida de otra persona. En el contexto mexicano, este derecho se ha discutido principalmente en el ámbito de la salud, especialmente en relación con procedimientos como el aborto y la eutanasia.

La biopolítica busca garantizar el bienestar de la población a través de políticas públicas basadas en evidencia científica. Sin embargo, la objeción de conciencia puede entrar en conflicto con estos objetivos cuando un profesional de la salud se niega a realizar un procedimiento legal y médicamente indicado, alegando que contraviene sus creencias personales.

En México, la objeción de conciencia en el ámbito de la salud ha sido objeto de diversas regulaciones y debates. La Suprema Corte de Justicia de la Nación ha emitido diversas sentencias al respecto, estableciendo límites y alcances a este derecho.

La biopolítica y la objeción de conciencia plantean desafíos complejos para la sociedad mexicana. Es necesario encontrar un equilibrio entre el respeto a los derechos individuales y la garantía del bienestar de la población.

La biopolítica y la objeción de conciencia en México son temas que requieren un análisis profundo y multidisciplinario. Es fundamental promover un diálogo abierto y respetuoso entre diferentes actores sociales para

encontrar soluciones que garanticen tanto los derechos individuales como el bienestar de la comunidad.

Esta disyuntiva ha llevado a muchos países a desarrollar regulaciones específicas que no sólo protejan la conciencia de los profesionales de la salud, sino que también aseguren la provisión de servicios médicos esenciales, especialmente en procedimientos legalmente amparados, como el aborto.

Casos en los que se aplica la objeción de conciencia

La objeción de conciencia en México se ha manifestado de manera más evidente en ciertos ámbitos, especialmente en el sector salud. A continuación se detallan algunos de los casos más comunes:

1. Servicios de salud sexual y reproductiva:
   - Aborto. Este es, sin duda, el caso más emblemático. La despenalización del aborto en diversas entidades federativas ha generado un intenso debate en torno a la objeción de conciencia. Muchos profesionales de la salud, por razones religiosas o morales, se niegan a practicar abortos, incluso cuando están legalmente permitidos.
   - Anticoncepción de emergencia. Médicos y enfermeras han invocado la objeción de conciencia para negarse a suministrar informar sobre métodos anticonceptivos de emergencia, argumentando que éstos podrían considerarse abortivos en algunos casos.
   - Esterilización. La objeción de conciencia también se ha presentado en casos de esterilización voluntaria, especialmente cuando se trata de mujeres jóvenes o personas con discapacidad.

2. Transfusiones sanguíneas:
   - Testigos de Jehová. Miembros de esta religión se niegan a recibir transfusiones sanguíneas por motivos religiosos, lo que genera dilemas éticos y legales cuando se trata de pacientes menores de edad o incapaces de tomar sus propias decisiones.

3. Investigación con células madre:
   - Investigadores y personal de laboratorio. Algunos científicos y técnicos de laboratorio se han negado a participar en investigaciones que involucran la utilización de células madre embrionarias, argumentando que esto equivale a atentar contra la vida humana.

4. Eutanasia y cuidados paliativos:
   - Eutanasia. Aunque la eutanasia no está legalizada en México, la objeción de conciencia se ha planteado como un posible obstáculo para su implementación en el futuro.
   - Cuidados paliativos. En algunos casos, profesionales de la salud se han negado a administrar ciertos medicamentos o tratamientos paliativos, argumentando que podrían acelerar el proceso de muerte.

En consecuencia se genera una tensión entre el derecho de los profesionales de la salud a la libertad de conciencia y el derecho de los pacientes a acceder a servicios de salud seguros y oportunos.

La objeción de conciencia puede limitar el acceso de ciertas personas a servicios de salud esenciales, especialmente en comunidades marginadas o con pocos proveedores de salud.

El Estado tiene la obligación de garantizar el acceso a servicios de salud, pero también debe respetar la libertad de conciencia. Encontrar el equilibrio entre estos dos principios es un gran desafío.

En México, la Suprema Corte de Justicia de la Nación ha emitido diversas sentencias relacionadas con la objeción de conciencia, estableciendo límites y alcances a este derecho. Sin embargo, aún existen vacíos legales y la interpretación de estos casos puede variar según el tribunal.

Es importante destacar que la objeción de conciencia no es un derecho absoluto. Existen límites a este derecho cuando la negativa a prestar un servicio pone en riesgo la vida o la salud de otra persona.

El aborto actualmente es un derecho en varios estados de México: Puebla, Nayarit, Ciudad de México, Baja California, Baja California Sur, Colima, Hidalgo, Oaxaca, Veracruz, Quintana Roo, Jalisco, Aguascalientes y Sinaloa, impulsado por una serie de fallos históricos de la Suprema Corte de Justicia

de la Nación (SCJN), que ha declarado inconstitucional la criminalización del aborto y ha destacado la obligación del Estado de proporcionar acceso seguro a este servicio.

No obstante, en algunos estados la objeción de conciencia ha sido utilizada como una barrera para el acceso efectivo a la interrupción voluntaria del embarazo, dejando a muchas mujeres y personas gestantes sin la posibilidad de ejercer su derecho en condiciones dignas.

La objeción de conciencia debe ser regulada para que el ejercicio de este derecho individual no se convierta en una negación del derecho a la salud de los pacientes, especialmente en casos de aborto. Para ello, se exploran las limitaciones, las regulaciones y las compensaciones necesarias para que el marco regulatorio mexicano garantice tanto el respeto a la conciencia de los médicos como el derecho de los pacientes a recibir atención médica.

La objeción de conciencia y el aborto en México

La objeción de conciencia en México ha sido reconocida en el marco jurídico nacional principalmente a través de la Ley General de Salud. El artículo 10 bis, aprobado en 2018, establece el derecho de los profesionales de la salud a abstenerse de participar en actos o servicios que vayan en contra de sus principios personales.

Este artículo, aunque actualmente es inválido, representa un avance en el reconocimiento de los derechos de los profesionales de la salud, en particular en relación con procedimientos que pueden generar dilemas éticos y morales, como la eutanasia, el aborto y la reproducción asistida.

Sin embargo, la implementación de esta disposición requiere una regulación cuidadosa para asegurar que los derechos de los pacientes, especialmente en contextos vulnerables, no se vean comprometidos.

Se reconoce que la medicina debe ser imparcial y orientada al bienestar del paciente, evitando que la objeción de conciencia se convierta en una barrera para el acceso a la salud. Argumentar irresponsablemente este derecho puede deteriorar la confianza del paciente, desviando la práctica médica hacia prejuicios y afectando la laicidad del Estado.

En este sentido, sólo se permite objetar a quienes participen directa-

mente en el acto y la objeción debe presentarse de manera anticipada. Las objeciones indirectas o mal fundamentadas, como negarse a remitir al paciente o expresar opiniones personales que impidan su acceso a la salud, se consideran ilegítimas y discriminatorias.

Las instituciones deben garantizar que los derechos de los pacientes sean atendidos adecuadamente, aun si eso requiere contratación de nuevo personal o referencia a otras unidades de atención.

Desde 2021, con la sentencia de la SCJN que declara inconstitucional la penalización del aborto, México ha visto cambios significativos en la legislación sobre salud reproductiva y la despenalización ha comenzado a expandirse en diversas entidades.

Este fallo representó un hito en la historia jurídica mexicana, pues obliga a las entidades federativas a eliminar la criminalización del aborto y a garantizar el acceso a este servicio en las instituciones de salud pública. Así, aunque el artículo 10 bis se ha consolidado como un derecho importante para los profesionales de la salud, su aplicación en procedimientos como el aborto suscita controversias.

La SCJN ha puesto énfasis en la necesidad de que el derecho a la objeción de conciencia no interfiera con el derecho de los pacientes a recibir servicios de salud básicos y con las obligaciones del Estado de prestar atención sanitaria sin discriminación ni barreras.

A nivel mundial, la objeción de conciencia en el ámbito de la salud ha sido ampliamente discutida y regulada en países como España, Argentina y Estados Unidos, donde la libertad de conciencia de los médicos se ve limitada en ciertos casos para garantizar el acceso de los pacientes a servicios de salud esenciales.

En estos países se han implementado medidas que exigen a los objetores derivar al paciente a otro profesional o institución para asegurar que el servicio no se interrumpa. Estas regulaciones son un ejemplo de cómo el derecho a la objeción de conciencia puede coexistir con el derecho de los pacientes a recibir atención sin discriminación.

En el caso de México, donde el sistema de salud presenta desigualdades regionales, esta regulación se vuelve aún más necesaria para asegurar que la objeción de conciencia no se convierta en un impedimento para el acceso a la salud.

Por otro lado, la objeción de conciencia en la práctica médica responde a uno de los derechos fundamentales de las sociedades democráticas y pluralistas: el derecho a actuar conforme a las propias creencias morales y religiosas. Este derecho, en términos éticos, permite a los profesionales de la salud preservar su integridad moral al evitar la participación en procedimientos que consideren incompatibles con sus principios.

En el ámbito médico, existen procedimientos que pueden implicar dilemas éticos profundos, como el aborto, la eutanasia o la manipulación genética, donde la objeción de conciencia es particularmente importante.

Para algunos médicos, realizar procedimientos como el aborto puede considerarse incompatible con su juramento de "no hacer daño" *(primum non nocere)* y con su compromiso ético de proteger la vida. De este modo, la objeción de conciencia actúa como una salvaguarda para los profesionales que desean mantener su coherencia moral en una práctica donde las exigencias médicas en ocasiones pueden entrar en conflicto con sus valores personales.

No obstante, el derecho a la objeción de conciencia no debe ser absoluto, especialmente en el contexto de la salud pública. Diversas organizaciones internacionales, como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) han subrayado la necesidad de que el derecho a la salud sea garantizado sin discriminación.

En el caso del aborto, la OMS ha advertido que la objeción de conciencia puede convertirse en un obstáculo para el acceso al aborto seguro, un procedimiento que consideran esencial para la protección de la salud de las mujeres y las personas gestantes. En este sentido, el derecho a la objeción de conciencia debe encontrar límites cuando su ejercicio implique un menoscabo al derecho de los pacientes a recibir un tratamiento legal y de calidad.

En el caso de México, donde la criminalización del aborto fue declarada inconstitucional, el Estado tiene la obligación de asegurar que el personal de salud que objete conciencia no impida a los pacientes acceder al aborto, particularmente en aquellas zonas con menor acceso a servicios de salud. Esto hace evidente la necesidad de regulaciones que establezcan mecanismos de derivación o sustitución cuando un médico objete conciencia en un procedimiento legalmente amparado.

La despenalización del aborto en varios estados de México, sumada a la sentencia de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, plantea un desafío para la implementación del artículo 10 bis. En el caso del aborto, la objeción de conciencia puede convertirse en un obstáculo significativo para el ejercicio de un derecho reproductivo fundamental. En este sentido, la objeción de conciencia no debería ser utilizada para negar el acceso al aborto en instituciones públicas de salud, sino para permitir al profesional de salud manifestar su postura ética sin comprometer el derecho del paciente.

La SCJN ha dejado claro que la obligación de proporcionar servicios de salud en el caso del aborto recae en el Estado. Por lo tanto, es fundamental que el sistema de salud cuente con protocolos que garanticen la derivación o sustitución de personal objetor de conciencia sin que esto afecte la atención al paciente.

Un aspecto relevante es que la objeción de conciencia no debe servir como excusa para el abandono de las obligaciones profesionales. En situaciones de emergencia, en las que la vida del paciente esté en riesgo, la objeción de conciencia no debería ser aplicable, pues el deber de proteger la vida prevalece sobre las convicciones individuales.

En el contexto del aborto, esto implica que, en casos en que la continuación del embarazo represente un riesgo para la vida de la persona gestante, el personal de salud debería estar obligado a proporcionar el servicio o, en su defecto, a asegurar su derivación inmediata a un profesional dispuesto a realizarlo.

Es fundamental implementar mecanismos de derivación y compensación que aseguren el acceso continuo a los servicios de salud, para que la objeción de conciencia y el derecho al aborto coexistan de forma equitativa.

Las compensaciones pueden incluir incentivos o beneficios para los profesionales de salud que se especialicen en realizar procedimientos de aborto, especialmente en aquellas zonas donde la objeción de conciencia sea alta y la disponibilidad de profesionales sea limitada. Estos incentivos no sólo ayudarían a cubrir la demanda de servicios, sino que también reducirían el impacto de la objeción de conciencia en el acceso a la salud reproductiva.

Asimismo, la regulación debe incluir protocolos claros para la derivación de pacientes en caso de objeción de conciencia. Estos protocolos deberían establecer plazos específicos para la derivación y un seguimiento para ase-

gurar que el paciente reciba el servicio sin demoras innecesarias. Además, los mecanismos de derivación podrían incluir la creación de una base de datos de profesionales dispuestos a realizar el procedimiento, lo cual facilitaría el proceso de derivación en aquellas zonas con mayor prevalencia de objeción de conciencia.

También es importante que el sistema de salud implemente políticas de capacitación continua para el personal médico en temas de derechos reproductivos y ética médica. La capacitación en estos temas no sólo permitiría a los profesionales de salud comprender mejor las implicaciones de su objeción de conciencia, sino que también los prepararía para abordar situaciones complejas donde los derechos de los pacientes y las creencias personales pueden entrar en conflicto.

En un país donde la desigualdad en el acceso a la salud es significativa, es esencial que los profesionales de la salud cuenten con las herramientas y el conocimiento necesarios para garantizar que su objeción de conciencia no menoscabe el derecho de los pacientes a recibir atención médica.

Para que la objeción de conciencia en el ámbito de la salud pública en México cumpla con los principios de equidad y justicia, es fundamental contar con un marco regulatorio que contemple los derechos tanto de los profesionales de la salud como de los pacientes.

Existen varios modelos internacionales que pueden ser tomados como referencia adaptándolos a la realidad mexicana. Países como Italia, Uruguay y Canadá han implementado regulaciones en las que la objeción de conciencia es permitida, pero bajo condiciones estrictas que aseguran el acceso de los pacientes a servicios de salud fundamentales.

Modelos internacionales

En Italia, donde la objeción de conciencia en el aborto es común, el sistema de salud ha implementado políticas para asegurar que cada hospital cuente con un mínimo de profesionales no objetores, lo que garantiza que el servicio esté disponible en cada institución.

Esta política permite un balance entre el derecho del profesional a objetar y la responsabilidad del hospital de ofrecer el servicio, sin que esto se

convierta en una carga excesiva para un solo grupo de médicos. Para México, una regulación similar podría ser eficaz, especialmente en hospitales públicos donde la falta de profesionales dispuestos a realizar abortos puede ser un obstáculo en zonas con altos índices de objeción de conciencia.

Uruguay, por su parte, exige que los profesionales de la salud que se declaren objetores de conciencia se registren en un listado oficial y presenten su objeción formal ante las autoridades de salud. Esto permite que el sistema cuente con un registro actualizado y público, de modo que los pacientes puedan prever si el hospital de su elección cuenta con el personal adecuado.

Además, la ley establece que las instituciones de salud deben garantizar un médico disponible para cada turno que no sea objetor de conciencia. Este modelo podría adaptarse en México, promoviendo la transparencia y asegurando que la objeción no resulte en una barrera para el acceso a la atención médica.

En Canadá, donde la objeción de conciencia también es reconocida, la regulación establece que los médicos tienen la obligación de referir a los pacientes a otro profesional que esté dispuesto a brindar el servicio solicitado. Esta política de derivación obligatoria asegura que, incluso si el médico objeta conciencia, el paciente no queda desatendido.

Este mecanismo de derivación es particularmente relevante para México, donde una medida similar permitiría que los pacientes reciban atención en tiempo y forma, sin que la objeción de conciencia se convierta en un obstáculo insalvable.

Criminalización de las médicas y los médicos

La criminalización de médicos y médicas en México se ha convertido en una problemática que trasciende los ámbitos jurídico y médico, impactando directamente en la calidad y la accesibilidad de los servicios de salud. Este fenómeno, caracterizado por la tendencia a imputar penalmente a profesionales de la salud por complicaciones o resultados adversos en procedimientos médicos, ha generado un clima de incertidumbre y desconfianza que afecta tanto a los profesionales como a los pacientes.

Las raíces de esta problemática se encuentran en diversos factores: la cultura de la denuncia, la creciente cultura de la denuncia, impulsada por la búsqueda de justicia y la reparación por daños, ha llevado a que cualquier complicación médica sea interpretada como negligencia o mala praxis.

La legislación mexicana en materia de responsabilidad médica no siempre es clara y precisa, lo que genera ambigüedades en la interpretación de los casos y facilita la criminalización.

La presión social y mediática, a través de campañas y noticias sensacionalistas, puede influir en la percepción pública sobre los errores médicos y generar una demanda de castigo para los profesionales involucrados.

La falta de recursos, infraestructura y personal en el sistema de salud mexicano puede contribuir a errores médicos y aumentar la vulnerabilidad de los profesionales a denuncias. La criminalización de médicos y médicas tiene graves consecuencias para la sociedad en su conjunto.

Los profesionales de la salud, ante el temor de ser criminalizados, pueden volverse más reacios a tomar decisiones clínicas arriesgadas, incluso cuando sean necesarias para el bienestar del paciente. Esto puede llevar a una práctica médica más defensiva y menos innovadora.

La criminalización puede disuadir a jóvenes talentos de estudiar medicina y a los profesionales de ejercer en México, lo que agrava la escasez de personal médico en muchas regiones del país.

La necesidad de protegerse legalmente puede llevar a los médicos a contratar seguros costosos y a realizar más pruebas diagnósticas de lo necesario, lo que encarecería los servicios de salud.

La criminalización erosiona la relación de confianza entre médicos y pacientes, dificultando la comunicación y la colaboración necesarias para una atención médica efectiva.

Para garantizar el cumplimiento de estas regulaciones es fundamental que el sistema de salud mexicano cuente con mecanismos de supervisión y sanciones para los profesionales y las instituciones que no respeten las políticas de derivación o que se nieguen a atender situaciones de emergencia.

La Secretaría de Salud, en coordinación con las autoridades estatales, debería establecer un órgano de control específico encargado de supervisar

el cumplimiento de las normativas de objeción de conciencia en el ámbito de la salud. Las sanciones podrían incluir la suspensión temporal del derecho a objetar para el profesional infractor, así como sanciones económicas para las instituciones que no garanticen el acceso al aborto.

La objeción de conciencia en la Ley General de Salud de México representa un derecho legítimo para los profesionales de la salud, pero también plantea retos significativos cuando se enfrenta al derecho de los pacientes a recibir atención médica integral, particularmente en casos de aborto.

Para que estos derechos puedan coexistir de manera armónica es necesario establecer un marco regulatorio robusto y detallado que contemple tanto la libertad de los profesionales de la salud para actuar conforme a sus principios éticos como la obligación del Estado de garantizar el acceso a la salud de los ciudadanos.

La implementación de políticas de derivación, registros de objetores y la obligatoriedad de contar con profesionales no objetores en cada institución pública de salud son elementos clave para evitar que la objeción de conciencia se convierta en una barrera de acceso a servicios de salud esenciales.

Además, la creación de incentivos y la exclusión de la objeción en situaciones de emergencia constituyen medidas que permitirán una mejor organización del sistema de salud y una mayor protección para los pacientes.

En un contexto en que el derecho al aborto ha sido legalizado y despenalizado en varias entidades de México, el Estado tiene la responsabilidad de asegurar que todas las personas, sin importar su ubicación geográfica, tengan acceso a este servicio sin sufrir discriminación o demoras.

La objeción de conciencia debe ser vista como un derecho personal y no como un pretexto para negar el acceso a servicios de salud reproductiva. Sólo a través de una regulación que contemple estos aspectos se logrará construir un sistema de salud justo y equitativo que respete tanto la autonomía de los profesionales de la salud como el derecho de los pacientes a decidir sobre su propio cuerpo y bienestar.

Este marco regulatorio no sólo busca proteger los derechos de las personas gestantes, sino que también ofrece una solución justa para los profesionales de la salud que desean ejercer su objeción de conciencia sin desatender las necesidades de sus pacientes. En una sociedad plural y democrática, es

posible armonizar estos derechos y construir un sistema de salud que respete tanto la autonomía moral de los profesionales como el derecho a la salud de todos los ciudadanos.

Referencias

Alín, P. (2024, 11 octubre). Mapa del aborto en México: estados que han despenalizado la interrupción voluntaria del embarazo. *El País México*. https://elpais.com/mexico/2024-10-11/mapa-del-aborto-en-mexico-estados-que-han-despenalizado-la-interrupcion-voluntaria-del-embarazo.html

Amnistía Internacional (2020). *Derecho a morir dignamente: un análisis global*. Amnistía Internacional.

Beauchamp, T. L., y Childress, J. F. (2019). *Principios de ética biomédica* (8ª ed. en inglés 2ª ed. en español). Editorial Médica Panamericana, Buenso Aires.

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (2022). *Lineamiento técnico para la atención del aborto seguro en México*. Secretaría de Salud.

Comisión Nacional de Bioética (2022). *Pronunciamiento sobre la objeción de conciencia* [en línea]. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/765656/Pronunciamiento_Objecioon_Conciencia_Ago2022.pdf

Comisión Nacional de Derechos Humanos ( ) (2023). llama a autoridades del Estado mexicano a garantizar la autonomía reproductiva de las mujeres, mediante el acceso al aborto legal, seguro y gratuito. https://www.cndh.org.mx/documento/cndh-llama-autoridades-del-estado-mexicano-garantizar-la-autonomia-reproductiva-de-las

Dierickx, S. et al. (2020). Commonalities and differences in legal euthanasia and physician-assisted suicide in three countries: A population-level comparison. *International Journal of Public Health*, *65*(1), 65-73.

Fernández, A. M. (2018). Objeción de conciencia: un análisis desde el derecho fundamental a la libertad religiosa. *Revista de Derecho*, *38*(1), 115-132.

García-Ramos, F., y Martínez-Torres, M. J. (2016). Algunos problemas de la objeción de conciencia. *Medicina y Ética*, *27*(1), 137-147.

Gil, M. A., y Sánchez, L. (2022). El suicidio asistido en España: un debate bioético. *Revista de Bioética y Derecho*, *45*(2), 115-128.

Gómez, J. A., y Rodríguez, M. (2021). Objeción de conciencia y derechos humanos: un análisis comparado. *Revista Iberoamericana de Bioética*, *17*(2), 77-92.

Gracia, D. (2017). La bioética, una razón para ver la vida con otros ojos. *Revista Colombiana de Bioética*, *11*(3), 48-54. https://www.redalyc.org/journal/1892/189253785005/html/

Hernández, S. (2023, 15 de mayo). Suicidio asistido: ¿un derecho o una amenaza? *El País*.

Hernández, S. (2023, 15 de mayo). Turismo médico: la nueva frontera de la salud. *El País*.

Jonsen, A. R. (2018). The birth of bioethics. *The Journal of Medicine and Philosophy*, *43*(1), 1-15.

Londoño, L., y Gómez, M. (2021). El turismo médico en Colombia: oportunidades y desafíos. *Revista Colombiana de Salud Pública*, *23*(2), 115-128.

López, C. (2019). *Las actitudes de los médicos hacia el suicidio asistido: un estudio de caso en México* (tesis de doctorado). Universidad Nacional Autónoma de México.

López, M. T., y Sánchez, J. L. (2019). Objeción de conciencia en el personal sanitario: un dilema ético. *Revista Bioética*, *15*(2), 55-68.

Martínez, R. (2018). *Factores que influyen en la decisión de los pacientes para optar por el turismo médico en Costa Rica* (tesis de doctorado). Universidad de Costa Rica.

Martínez, R. (2021). Aspectos psicológicos del suicidio asistido. En J. Pérez y A. Gómez (eds.), *Muerte y dignidad humana* (pp. 157-172). Editorial Universitaria.

Organización Mundial de la Salud (2019). *Turismo médico: tendencias y desafíos globales*. Ginebra: .

Organización Mundial de la Salud ( ) (2015). *Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems*. World Health Organization. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/173586/WHO_RHR_15.04_eng.pdf?sequence=1

Ortiz-Millán, G., y Kissling, F. (2024). Capacitación bioética en salud reproductiva en México. En *Derechos reproductivos: reflexiones interdisciplinarias* (Pública Género; 4, pp. 23-40).

Ovalle Gómez, C. (2019). Aporías entre pluralismo y justicia en la legalización de la eutanasia en Colombia. *Revista Colombiana de Bioética*, *14*(1), 27-51.

Pérez, A. (2020). Impacto económico del turismo médico en México. En J. Rodríguez y M. Sánchez (eds.), *Turismo de salud en América Latina* (pp. 157-172). Editorial Universitaria.

Pérez, C. (2020). La objeción de conciencia como límite a la libertad religiosa. *Revista de Filosofía del Derecho*, *32*(1), 15-32.

Pérez, M. (2020). *La bioética en la investigación con células madre embrionarias: Un análisis desde la perspectiva de los derechos humanos* (tesis de doctorado). Universidad Nacional Autónoma de México.

Puig, M. (2024). *Libertad ideológica: sobre el uso, su ejercicio y las objeciones*.

Sánchez, L. (2021). Bioética y suicidio asistido: un análisis desde la perspectiva de los derechos humanos. En J. Pérez y A. Gómez (eds.), *Muerte y dignidad humana* (pp. 157-172). Editorial Universitaria.

Secretaría de Salud, *Diario Oficial de la Federación* (1992). Ley General de Salud, artículo 10 bis, 14 de junio de 1992.

Sebastiani, M. (2023). El suicidio asistido como estrategia de prevención del suicidio traumático. *Evidencia. Actualización en la práctica Ambulatoria*, *26*(4), e007103. https://doi.org/10.51987/evidencia.v27i1.7103

Suprema Corte de Justicia de la Nación (2022). *Objeción de Conciencia: Su Regulación en Materia Sanitaria Debe Armonizar la Protección de los Derechos Humanos Caso* [en línea]. https://www.scjn.gob.mx/derechos-humanos/sites/default/files/sentencias-emblematicas/resumen/2022-06/Resumen%20AI54-2018%20DGDH.pdf

(2005). *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos*. París: .

El imperativo bioético: navegando los límites de la vida y la muerte, de Omar Fernando Becerra Partida (coord.), publicado por Ediciones Comunicación Científica, S. A. de C. V., se terminó de imprimir en enero de 2025, Litográfica Ingramex, S. A. de C. V., Centeno 162-1, Granjas Esmeralda, 09810, Ciudad de México. El tiraje fue de 200 ejemplares impresos y en versión digital para acceso abierto en los formatos PDF, EPUB y HTML.

El imperativo bioético: navegando los límites de la vida y la muerte

INFORME DE ORIGINALIDAD

26%
ÍNDICE DE SIMILITUD

FUENTES PRIMARIAS

1	revistademedicinayhumanidadesmedicas.cl Internet	3301 palabras — 7%
2	www.scielo.org.mx Internet	857 palabras — 2%
3	infotec.repositorioinstitucional.mx Internet	851 palabras — 2%
4	ipap.chaco.gov.ar Internet	827 palabras — 2%
5	noticiasdata.com.ar Internet	548 palabras — 1%
6	archive.org Internet	520 palabras — 1%
7	www.uib.cat Internet	501 palabras — 1%
8	ofb-fernando.blogspot.com Internet	467 palabras — 1%
9	mley.mx Internet	394 palabras — 1%
10	vsip.info Internet	383 palabras — 1%

11	es.wikipedia.org Internet	302 palabras — 1 %
12	basadoenhechosreales.com.ar Internet	281 palabras — 1 %
13	issuu.com Internet	239 palabras — 1 %
14	politica.expansion.mx Internet	235 palabras — < 1 %
15	docplayer.es Internet	194 palabras — < 1 %
16	pdffox.com Internet	166 palabras — < 1 %
17	www.aibr.org Internet	155 palabras — < 1 %
18	revcmpinar.sld.cu Internet	142 palabras — < 1 %
19	libertynews.cl Internet	112 palabras — < 1 %
20	archivos.juridicas.unam.mx Internet	90 palabras — < 1 %
21	www.sitios.scjn.gob.mx Internet	90 palabras — < 1 %
22	infosen.senado.gob.mx Internet	85 palabras — < 1 %
23	sitiosfuente.info Internet	79 palabras — < 1 %

24	www.cndh.org.mx Internet	79 palabras — < 1%
25	conacyt.repositorioinstitucional.mx Internet	77 palabras — < 1%
26	www.comunidad.madrid Internet	76 palabras — < 1%
27	comunicacion-cientifica.com Internet	70 palabras — < 1%
28	miabogadoenlinea.net Internet	67 palabras — < 1%
29	es.unionpedia.org Internet	63 palabras — < 1%
30	www.coursehero.com Internet	57 palabras — < 1%
31	www.academia.porteoadaptado.com Internet	56 palabras — < 1%
32	tured.capital Internet	55 palabras — < 1%
33	repositorio.utn.edu.ec Internet	53 palabras — < 1%
34	www.iksadamerica.org Internet	49 palabras — < 1%
35	www.apta.com.mx Internet	43 palabras — < 1%
36	revista.cnic.cu Internet	39 palabras — < 1%

37	sintesis.com.mx Internet	35 palabras — < 1%
38	www.veracruz.gob.mx Internet	31 palabras — < 1%
39	repositorio.puce.edu.ec Internet	30 palabras — < 1%
40	1library.co Internet	29 palabras — < 1%
41	www.medicina.uanl.mx Internet	26 palabras — < 1%
42	dof.gob.mx Internet	25 palabras — < 1%
43	es.scribd.com Internet	25 palabras — < 1%
44	fesmex.org Internet	25 palabras — < 1%
45	Amado Enrique Navarro-Frómeta, José Luis Marrugo-Negrete, Josep María Bayona-Termens. "Presence of Organic Micropollutants in Agricultural Waters and Soils", REVISTA TERRA LATINOAMERICANA, 2024 Crossref	24 palabras — < 1%
46	ddd.uab.cat Internet	23 palabras — < 1%
47	www.yucatan.com.mx Internet	23 palabras — < 1%
48	revistas.unal.edu.co Internet	22 palabras — < 1%

49	dgsa.uaeh.edu.mx:8080 Internet	20 palabras — < 1%
50	www.diputados.gob.mx Internet	20 palabras — < 1%
51	Manuel Martinez Gutierrez, Jose Rafael Rojano Caceres. "Evaluating the Effectiveness of Accessible web Sites for Deaf users", 2019 International Conference on Inclusive Technologies and Education (CONTIE), 2019 Crossref	19 palabras — < 1%
52	es.slideshare.net Internet	19 palabras — < 1%
53	html.rincondelvago.com Internet	19 palabras — < 1%
54	mediacioncomunicativapal.blogspot.com Internet	19 palabras — < 1%
55	congresopuebla.mx Internet	18 palabras — < 1%
56	ojs.diffundit.com Internet	18 palabras — < 1%
57	data.consejeria.cdmx.gob.mx Internet	17 palabras — < 1%
58	repository.libertadores.edu.co Internet	17 palabras — < 1%
59	theibfr.com Internet	17 palabras — < 1%
60	view.genial.ly Internet	17 palabras — < 1%

61	www.ejecentral.com.mx Internet	17 palabras — < 1%
62	elpopular.mx Internet	16 palabras — < 1%
63	eusal.es Internet	16 palabras — < 1%
64	hdl.handle.net Internet	16 palabras — < 1%
65	mimesisbooks.com Internet	16 palabras — < 1%
66	noticiasya.co Internet	16 palabras — < 1%

EXCLUIR CITAS	ACTIVADO	EXCLUIR FUENTES	DESACTIVADO
EXCLUIR BIBLIOGRAFÍA	ACTIVADO	EXCLUIR COINCIDENCIAS	< 16 PALABRAS