

El derecho a morir bajo el prisma del derecho a disponer
del propio cuerpo en el suicidio asistido por un médico
*The right to die through the prism of the right to dispose
of one's body in Physician-Assisted Suicide*

Maroun Badr

¿Prejuicios en la IA? Análisis del sesgo algorítmico y una propuesta de solución
Biases in AI? An analysis of algorithmic bias and a proposed solution

Pablo de Robina Duhart

Medicina & ética

Revista internacional de bioética, deontología y ética médica



2025 / 4

Octubre - Diciembre

October - December

ISSN revista digital
2594-2166

Hacia una ética del cuidado en hospitales públicos:
revisión crítica de la deshumanización estructural

*Towards an Ethics of Care in Public Hospitals:
A Critical Review of Structural Dehumanization*

Andherson Jhordan Aguirre-Lanegra

Reflexiones desde la bioética sobre el cáncer de cavidad oral
avanzado en cirugía oral y maxilofacial. Revisión sistemática

*Bioethical reflections on advanced oral cavity cancer in
oral and maxillofacial surgery. Systematic review*

Martín Fernández Ferro

Aplicación del enfoque de acción sin daño en el consentimiento
informado de mujeres con discapacidad intelectual en Colombia

*Application of the do no-harm approach to informed consent
among women with intellectual disabilities in Colombia*

Inés Yohanna Pinzón Marín

Reconocer y potenciar la dimensión humanística en el acto médico
Recognizing and strengthening the humanistic dimension of the medical act

María de la Victoria Rosales, Rubén Oscar Revello

Nudges, paternalismo, el paciente y la ética en medicina

Nudges, paternalism, the patient and ethics in medicine

Alejandro Weber Sánchez

La vida humana naciente

Nascent human life

José Alberto Castilla Barajas



Facultad de Bioética

Instituto de Humanismo
en Ciencias de la Salud

Facultad de Ciencias de la Salud

Centro de Investigación
en Ciencias de la Salud



Red de Universidades
Anáhuac

**Centros de
Bioética**



@medicinayetica

<https://revistas.anahuac.mx/bioetica>

www.anahuac.mx/mexico/EscuelasyFacultades/bioetica/revista-medicina-y-etica

RECTOR

Dr. Cipriano Sánchez García, L.C.

VICERRECTORES ACADÉMICOS

Dra. Lorena Rosalba Martínez Verduzco

Dr. Jose Pozón López

DIRECTOR DE LA FACULTAD DE BIOÉTICA

Dr. José Alberto Castilla Barajas

DIRECTOR DE INVESTIGACIÓN

Dra. Rebeca Illiana Arévalo Martínez

EDITOR DE REVISTAS ACADÉMICAS

Lic. Alexander Ramírez López

Medicina y Ética está incluida en Scielo México, en el Directorio de Latindex, en el Catálogo Latindex 2.0, en el Directory of Open Access Journals (DOAJ), en Dialnet, en la base de datos Sherpa Romeo, en Bibliografía Latinoamericana en revistas de investigación científica y social (BIBLAT), en The Philosopher's Index, en MIAR y en European Reference Index for the Humanities and Social Science (ERIH PLUS). Asimismo, en las Top 100 Bioethics Journals in the World de la Bioethic Research Library, Georgetown University (Washington D.C., USA).

EDITOR EN JEFE

María Elizabeth de los Ríos Uriarte, PhD

EDITOR ASOCIADO

Dominique Monlezun, PhD

DISEÑO DE PORTADA

Priscilla Camargo Bacha

TRADUCCIÓN

Sara Palatchi

COMPOSICIÓN TIPOGRÁFICA

Casa Aldo Manuzio

MEDICINA Y ÉTICA

Revista Internacional de Bioética, Deontología y Ética Médica

MEDICINE AND ETHICS

The International Journal of Bioethics, Deontology and Medical Ethics

Volumen XXXVI

2025/4

Octubre - Diciembre

October - December

Consejo Científico

Agazzi Evandro, Aznar Lucea Justo (†), Carrillo José Damián, Ferrer Jorge (†), García Gómez Alberto, Colleen M. Gallagher, León Francisco, Miranda Gonzalo, Ramos Paulina, Revello Rubén, Ruiz de Chávez Manuel Hugo, Serra Van Dunem José Octavio, Simpore Jacques, Ten Have Henk, Tham Joseph, Viesca Treviño Carlos.

Lista de revisores

García Fernández Dora, Hall Robert, Jiménez Piña Raúl, Kalkach Mariel, Llaca Elvira, Lunstroth John, Marcó Bach Francisco Javier, Muñoz Torres Antonio, Palazzani Laura, Postigo Solana Elena, Ruiz Claudia, Tarasco Michel Martha, Templos Luz Adriana, Velázquez González Lourdes.

Medicina y Ética. Revista Internacional de Bioética, Deontología y Ética Médica, Vol. XXXVI, Octubre-Diciembre 2025, es una publicación trimestral editada por Investigaciones y Estudios Superiores (conocida como Universidad Anáhuac México), a través de las Facultades de Bioética y Ciencias de la Salud.

Av. Universidad Anáhuac núm. 46, Colonia Lomas Anáhuac,
C.P. 52786, Huixquilucan, Estado de México. Tel.: 55 5627 0210.

<https://www.anahuac.mx/mexico/>

Editora responsable: Dra. María Elizabeth de los Ríos Uriarte.

Reserva de Derechos al Uso Exclusivo del Título:

04-2021-061709595900-102, ISSN electrónico: 2594-2166,
otorgados por el Instituto Nacional del Derecho de Autor.

Responsable de la última actualización de este número,
Facultad de Bioética, Dra. María Elizabeth de los Ríos Uriarte,
Av. Universidad Anáhuac núm. 46, Colonia Lomas Anáhuac,
C.P. 52786, Huixquilucan, Estado de México. Tel.: 55 5627 0210,
Fecha de la última modificación: 30 de septiembre de 2025

El contenido de los artículos es total responsabilidad
de los autores y no refleja el punto de vista del
Editor ni de la Universidad Anáhuac México.

Se autoriza la reproducción total o parcial de los textos
aquí publicados siempre y cuando se cite la fuente
completa y la dirección electrónica de la publicación.

Todo el contenido intelectual que se encuentra en la presente
publicación periódica se licencia al público consumidor bajo la figura
de Creative Commons®, salvo que el autor de dicho contenido hubiere
pactado en contrario o limitado dicha facultad a "Medicina y Ética®" o
"Universidad Anáhuac México®" por escrito y expresamente.

Medicina y Ética se distribuye bajo una Licencia Creative Commons
Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional.



Índice

Editorial	1235
Introduction	1241

Artículos:

El derecho a morir bajo el prisma del derecho a disponer del propio cuerpo en el suicidio asistido por un médico	1246
<i>The right to die through the prism of the right to dispose of one's body in Physician-Assisted Suicide</i>	1270
Maroun Badr	

¿Prejuicios en la IA? Análisis del sesgo algorítmico y una propuesta de solución	1293
<i>Biases in AI? An analysis of algorithmic bias and a proposed solution</i>	1316
Pablo de Robina Duhart	

Hacia una ética del cuidado en hospitales públicos: revisión crítica de la deshumanización estructural	1337
<i>Towards an Ethics of Care in Public Hospitals: A Critical Review of Structural Dehumanization</i>	1356
Andherson Jhordan Aguirre-Lanegra	

Reflexiones desde la bioética sobre el cáncer de cavidad oral avanzado en cirugía oral y maxilofacial. Revisión sistemática	1374
<i>Bioethical reflections on advanced oral cavity cancer in oral and maxillofacial surgery. Systematic review</i>	1398
Martín Fernández Ferro	

Aplicación del enfoque de acción sin daño en el consentimiento informado de mujeres con discapacidad intelectual en Colombia	1421
<i>Application of the do no-harm approach to informed consent among women with intellectual disabilities in Colombia</i>	1452
Inés Yohanna Pinzón Marín	

Reconocer y potenciar la dimensión humanística en el acto médico	1481
<i>Recognizing and strengthening the humanistic dimension of the medical act</i>	1496
María de la Victoria Rosales, Rubén Oscar Revello	

Nudges, paternalismo, el paciente y la ética en medicina	1510
<i>Nudges, paternalism, the patient and ethics in medicine</i>	1524
Alejandro Weber Sánchez	

Reseña:

La vida humana naciente	1538
<i>Nascent human life</i>	1544
José Alberto Castilla Barajas	

EDITORIAL

Comenzamos este último número del año con una serie de artículos que presentan perspectivas diferentes y novedosas sobre temas cumbre en bioética rescatando la urgente necesidad de una práctica médica humanística.

Así, el doctor Badr en el primer artículo, analiza los dilemas jurídicos y éticos que plantea el reconocimiento del “derecho a morir” en Francia, especialmente a partir de la reciente aprobación de una ley que contempla la ayuda médica para morir. El autor examina cómo la medicalización, la institucionalización y la autonomía han transformado la manera en que se entiende el final de la vida. Además, distingue entre varias interpretaciones del derecho a morir: el derecho a no sufrir, a rechazar tratamientos o la obstinación terapéutica, y a la interpretación más estricta de solicitar la eutanasia o el suicidio asistido, resaltando con ello, la ambigüedad de dicho derecho.

Además, en su arista filosófica y jurídica, el autor profundiza en el concepto de disponer del propio cuerpo, analizando su fundamento y sus límites tales como la obligación moral hacia la vida, la imposibilidad de considerar el cuerpo como una simple propiedad y el principio de indisponibilidad del cuerpo humano. Estos límites cuestionan la legitimidad de legalizar el suicidio asistido.

Finalmente, el doctor Badr concluye que el derecho a morir no puede establecerse sin contradecir el derecho a la vida, que constituye el fundamento de todos los demás derechos.

El doctor Pablo de Robina, en el segundo artículo de este número plantea que la Inteligencia Artificial (IA), pese a sus beneficios en eficiencia, medicina, educación, etcétera, enfrenta un problema estructural: el sesgo algorítmico. Dicho sesgo se origina porque los algoritmos son diseñados y entrenados con datos provenientes de humanos, lo que traslada prejuicios conscientes e inconscientes a los sistemas. Esto genera decisiones discriminatorias que afectan por

género, raza, clase u otros factores, amplificando desigualdades ya existentes. El artículo subraya que este fenómeno no solo tiene implicaciones técnicas, sino profundas consecuencias éticas y bioéticas, pues atenta contra la dignidad y la equidad en una sociedad que busca la justicia.

A lo largo del texto se examinan los orígenes y manifestaciones del sesgo algorítmico, desde la subrepresentación de ciertos grupos en bases de datos hasta errores en el diseño de los sistemas de IA que reproducen estereotipos culturales y sociales. Finalmente, el artículo propone soluciones para mitigar el sesgo algorítmico, centradas en la transparencia por diseño, la interdisciplinariedad de los equipos de desarrollo, la implementación

El doctor Andherson, en la misma línea, analiza cómo los avances tecnológicos aplicados a la medicina y al cuidado de la salud, si bien han generado progresos notables en diagnóstico, tratamiento y monitoreo, también han introducido un riesgo creciente de deshumanización en la práctica clínica. El autor expone que la excesiva confianza en las máquinas puede desplazar la atención de la persona hacia el dato, reduciendo al paciente a un conjunto de indicadores biomédicos. Este fenómeno genera una relación médico-paciente menos responsable en la que los aspectos emocionales, psicológicos y espirituales quedan relegados, debilitando la visión integral del ser humano.

El autor recuerda que, desde Hipócrates, la medicina no solo consiste en curar enfermedades sino a atender personas concretas en su sufrimiento. Ignorar esta dimensión relacional y ética del cuidado implica un retroceso en los fundamentos humanistas de la medicina, con consecuencias negativas para la confianza y el acompañamiento que requieren los pacientes.

Finalmente, el artículo propone reorientar la práctica sanitaria hacia un modelo centrado en la persona. Para ello, sugiere integrar la tecnología como herramienta auxiliar y no como sustituto de la presencia humana, reforzar la formación de profesionales en habilidades de comunicación y empatía, y promover una bioética que promueva los valores de dignidad, vulnerabilidad y solidaridad. De

este modo, se busca un equilibrio entre innovación tecnológica y humanismo médico.

El doctor Fernández Ferro en su artículo “Cáncer en cavidad oral: retos y perspectivas” presenta una revisión sobre el cáncer en cavidad oral, destacando su alta incidencia y su impacto en la salud pública a nivel mundial. El texto resalta que este tipo de cáncer no solo amenaza la vida del paciente, sino que también afecta funciones básicas como el habla, la alimentación y la estética, comprometiendo gravemente la calidad de vida. Además, subraya que el diagnóstico suele hacerse en etapas avanzadas, lo cual disminuye las tasas de supervivencia.

El análisis revisa las modalidades de diagnóstico y tratamiento, que incluyen la exploración clínica, biopsias y tecnologías de imagen, así como la cirugía, radioterapia y quimioterapia. No obstante, el autor enfatiza que estas alternativas, si bien han avanzado, todavía presentan limitaciones frente a la detección temprana y la reducción de secuelas. En conclusión, el artículo plantea que el cáncer oral constituye un reto tanto biomédico como social, que exige la integración de distintas disciplinas médicas, políticas públicas de prevención y una visión centrada en el paciente. El autor propone reforzar los programas de educación en salud y la investigación sobre terapias más efectivas y menos invasiva y exhorta a garantizar un acompañamiento humano que atienda el sufrimiento del paciente.

El artículo de Inés Pinzón, acompañando la línea humanista de los artículos anteriores, reflexiona sobre la centralidad de la dignidad humana en la atención sanitaria, especialmente en pacientes en situación de vulnerabilidad. La autora subraya que la dignidad no depende de la funcionalidad de la persona, sino que es inherente a su condición de ser humano. En este sentido, se advierte contra las prácticas que reducen al paciente a un objeto de intervención biomédica, ya que ello invisibiliza su dimensión integral y profundiza su fragilidad y que afecta de manera particular a los pacientes con enfermedades crónicas, terminales o discapacidades, quienes a menudo sufren discriminación, abandono o trato paternalista. La autora expone que la

verdadera humanización de la medicina requiere un cambio de paradigma que supere la visión utilitarista y devuelva protagonismo a la persona asegurando su derecho al consentimiento informado y a la participación activa en su propio proceso de atención.

Finalmente, el artículo propone que la bioética, inspirada en una visión de justicia y solidaridad, debe servir como brújula para guiar la práctica médica hacia un cuidado más humano.

Los doctores Rosales y Revello, por su parte, defienden la importancia de rescatar y fortalecer la dimensión humanística en la práctica médica, en un contexto donde la tecnificación y la presión por la eficiencia tienden a reducir la atención al paciente a procedimientos estandarizados. La autora explica que el acto médico no puede limitarse a la aplicación de conocimientos científicos y técnicas diagnósticas, sino que debe ser un encuentro humano donde se reconozca al paciente como sujeto con dignidad, historia y valores propios. Esta perspectiva recupera la visión clásica de la medicina como ciencia y arte, orientada no solo a curar, sino también a cuidar y acompañar.

Los autores critican la tendencia a priorizar indicadores de productividad sobre la calidad del vínculo interpersonal, lo que lleva a prácticas despersonalizadas y a un debilitamiento del sentido ético de la profesión. Asimismo, subrayan que reconocer la vulnerabilidad del paciente implica también reconocer la del propio médico, lo cual abre la posibilidad de un encuentro auténtico y solidario.

Finalmente, el artículo propone que para potenciar esta dimensión humanística es necesario integrar en la formación médica espacios de reflexión ética, filosofía, antropología y humanidades, junto con habilidades comunicativas.

El doctor Alejandro Weber examina el papel de los *nudges* o “empujones” en la práctica médica, entendidos como estrategias sutiles de persuasión que orientan las decisiones del paciente sin recurrir a la imposición directa. El autor plantea que estas prácticas, inspiradas en la economía del comportamiento, buscan guiar al paciente hacia elecciones consideradas beneficiosas para su salud, como la adherencia a tratamientos o la adopción de estilos de vida saludables. Sin embargo,

advierte que el uso de *nudges* introduce un debate ético complejo, pues, aunque se presentan como respetuosos de la autonomía, en la práctica pueden ocultar formas de paternalismo encubierto.

El análisis se centra en la tensión entre autonomía y beneficencia: por un lado, los *nudges* pueden mejorar los resultados médicos y prevenir daños; por otro, corren el riesgo de manipular al paciente, limitando su libertad real de decisión. El autor revisa ejemplos de aplicación en la medicina clínica, desde la forma en que se presentan las opciones terapéuticas hasta el diseño de entornos hospitalarios que favorecen ciertas conductas. Se señala que estas estrategias pueden degradar la confianza en la relación médico-paciente.

En conclusión, Weber sostiene que la aplicación ética de los *nudges* en medicina solo es posible si se respeta la autonomía del paciente, se promueve la información clara y se fomenta la corresponsabilidad en la toma de decisiones.

Finalmente presentamos en este número la reseña elaborada por el Dr. José Alberto Castilla Barajas sobre el libro de Justo Aznar *La vida humana naciente*. Esta obra coordinada por Justo Aznar es un compendio interdisciplinar estructurado en doscientas preguntas y respuestas que buscan ofrecer claridad pedagógica sobre el valor de la vida humana. El texto se conforma de autores médicos, filósofos, juristas, biólogos y teólogos, y se organiza en torno a cuatro ejes: la dignidad intrínseca de la vida, la relación entre amor conyugal y fecundidad, las amenazas contra la vida humana naciente y las cuestiones biomédicas vinculadas a la medicina regenerativa.

En el desarrollo, se destacan argumentos filosóficos, biológicos y jurídicos en defensa de la vida desde el momento de la concepción, refutando posturas que reducen al embrión a un “ser en potencia”. El libro también examina los retos asociados a la fecundidad y la regulación de la fertilidad, subrayando los riesgos de desinformación sobre los métodos anticonceptivos y resaltando los beneficios de los métodos naturales, tanto en términos de salud como de comunicación y responsabilidad conyugal. Asimismo, se hace una crítica

profunda a la reproducción asistida y a las prácticas que instrumentalizan al embrión, planteando que estas técnicas generan dilemas éticos al reducir la vida a criterios de utilidad o calidad.

Esta reseña señala que la obra dedica una atención especial a los ataques contemporáneos contra la vida naciente, desde la anticoncepción de emergencia y la farmacología abortiva hasta la clonación, el diagnóstico genético preimplantacional y la experimentación con embriones congelados. Frente a estas amenazas, el libro reivindica el deber de proteger la vida en todas sus etapas como un bien fundamental para la humanidad.

Dra. María Elizabeth de los Ríos Uriarte

Editor en jefe

Universidad Anáhuac México, Facultad de Bioética, México

<https://orcid.org/000000019600445X>

INTRODUCTION

We begin this last issue of the year with a series of articles that present different and innovative perspectives on key issues in bioethics, highlighting the urgent need for a humanistic approach to medical practice.

In the first article, Dr. Badr analyzes the legal and ethical dilemmas raised by the recognition of the “right to die” in France, especially following the recent passage of a law that provides for medical assistance in dying. The author examines how medicalization, institutionalization, and autonomy have transformed the way the end of life is understood. He also distinguishes between various interpretations of the right to die: the right not to suffer, to refuse treatment or therapeutic obstinacy, and the stricter interpretation of requesting euthanasia or assisted suicide, thereby highlighting the ambiguity of this right.

Furthermore, from a philosophical and legal perspective, the author delves into the concept of disposing of one’s own body, analyzing its basis and limits, such as the moral obligation to life, the impossibility of considering the body as mere property, and the principle of the unavailability of the human body. These limits question the legitimacy of legalizing assisted suicide.

Finally, Dr. Badr concludes that the right to die cannot be established without contradicting the right to life, which is the foundation of all other rights.

Dr. Pablo de Robina, in the second article in this issue, argues that Artificial Intelligence (AI), despite its benefits in efficiency, medicine, education, etc., faces a structural problem: algorithmic bias. This bias arises because algorithms are designed and trained with data from humans, which transfers conscious and unconscious prejudices to the systems. This leads to discriminatory decisions that affect gender, race, class, or other factors, amplifying existing inequalities. The article

emphasizes that this phenomenon not only has technical implications, but also profound ethical and bioethical consequences, as it undermines dignity and equity in a society that seeks justice.

Throughout the text, the origins and manifestations of algorithmic bias are examined, from the underrepresentation of certain groups in databases to errors in the design of AI systems that reproduce cultural and social stereotypes. Finally, the article proposes solutions to mitigate algorithmic bias, focusing on transparency by design, interdisciplinary development teams, implementation

Dr. Andherson, along the same lines, analyzes how technological advances applied to medicine and healthcare, while generating remarkable progress in diagnosis, treatment, and monitoring, have also introduced a growing risk of dehumanization in clinical practice. The author argues that excessive reliance on machines can shift attention away from the person and toward data, reducing the patient to a set of biomedical indicators. This phenomenon creates a less responsible doctor-patient relationship in which emotional, psychological, and spiritual aspects are neglected, weakening the holistic view of the human being.

The author recalls that, since Hippocrates, medicine has not only consisted of curing diseases but also of caring for specific people in their suffering. Ignoring this relational and ethical dimension of care implies a step backward in the humanistic foundations of medicine, with negative consequences for the trust and support that patients require.

Finally, the article proposes reorienting healthcare practice towards a person-centered model. To conclude, it suggests integrating technology as an auxiliary tool rather than a substitute for human presence, strengthening the training of professionals in communication and empathy skills, and promoting a bioethics that fosters the values of dignity, vulnerability, and solidarity. In this way, a balance between technological innovation and medical humanism is sought.

Dr. Fernández Ferro, in his article “Oral cavity cancer: challenges and perspectives,” presents a review of oral cavity cancer, highlighting its high incidence and impact on public health worldwide. The

text emphasizes that this type of cancer not only threatens the patient's life but also affects basic functions such as speech, eating, and aesthetics, seriously compromising quality of life. In addition, it stresses that diagnosis is often made at advanced stages, which lowers survival rates.

The analysis reviews diagnostic and treatment modalities, including clinical examination, biopsies, and imaging technologies, as well as surgery, radiotherapy, and chemotherapy. However, the author emphasizes that these alternatives, while advanced, still have limitations in terms of early detection and reduction of sequelae. In conclusion, the article argues that oral cancer is both a biomedical and social challenge that requires the integration of different medical disciplines, public prevention policies, and a patient-centered approach. The author proposes strengthening health education programs and research on more effective and less invasive therapies and calls for ensuring humane care that addresses the suffering of patients.

The article by Inés Pinzón, in line with the humanistic approach of the previous articles, reflects on the centrality of human dignity in healthcare, especially in vulnerable patients. The author emphasizes that dignity does not depend on a person's functionality but is inherent to their condition as a human being. In this sense, she warns against practices that reduce patients to objects of biomedical intervention, as this renders their integral dimension invisible and deepens their fragility, particularly affecting patients with chronic or terminal illnesses or disabilities, who often suffer discrimination, abandonment, or paternalistic treatment. The author argues that the true humanization of medicine requires a paradigm shift that goes beyond the utilitarian view and restores the central role of the person, ensuring their right to informed consent and active participation in their own care process.

Finally, the article proposes that bioethics, inspired by a vision of justice and solidarity, should serve as a compass to guide medical practice toward more humane care.

Doctors Rosales and Revello, for their part, defend the importance of rescuing and strengthening the humanistic dimension in

medical practice, in a context where technification and pressure for efficiency tend to reduce patient care to standardized procedures. The author explains that the medical act cannot be limited to the application of scientific knowledge and diagnostic techniques but must be a human encounter where the patient is recognized as a subject with dignity, history, and values of their own. This perspective recovers the classical view of medicine as a science and an art, oriented not only toward healing, but also toward caring and accompanying.

The authors criticize the tendency to prioritize productivity indicators over the quality of interpersonal relationships, which leads to depersonalized practices and a weakening of the ethical sense of the profession. They also emphasize that recognizing the vulnerability of the patient also implies recognizing that of the physician, which opens up the possibility of an authentic and supportive encounter.

Finally, the article proposes that in order to enhance this humanistic dimension, it is necessary to integrate spaces for ethical reflection, philosophy, anthropology, and the humanities into medical training, along with communication skills.

Dr. Alejandro Weber examines the role of *nudges* in medical practice, understood as subtle persuasion strategies that guide patient decisions without resorting to direct imposition. The author argues that these practices, inspired by behavioral economics, seek to guide patients toward choices considered beneficial to their health, such as adherence to treatments or the adoption of healthy lifestyles. However, he warns that the use of *nudges* introduces a complex ethical debate because, although they are presented as respectful of autonomy, in practice they can conceal forms of covert paternalism.

The analysis focuses on the tension between autonomy and beneficence: on the one hand, *nudges* can improve medical outcomes and prevent harm; on the other, they risk manipulating patients by limiting their real freedom of choice. The author reviews examples of applications in clinical medicine, from the way therapeutic options are presented to the design of hospital environments that favor certain behaviors. It is pointed out that these strategies can undermine trust in the doctor-patient relationship.

In conclusion, Weber argues that the ethical application of *nudges* in medicine is only possible if patient autonomy is respected, clear information is promoted, and shared responsibility in decision-making is encouraged.

Finally, in this issue we present a review by Dr. José Alberto Castilla Barajas of Justo Aznar's book *La vida humana naciente (The Emerging Human Life)*. This work, coordinated by Justo Aznar, is an interdisciplinary compendium structured in two hundred questions and answers that seek to offer pedagogical clarity on the value of human life. The text is written by medical authors, philosophers, jurists, biologists, and theologians, and is organized around four themes: the intrinsic dignity of life, the relationship between conjugal love and fertility, threats to nascent human life, and biomedical issues related to regenerative medicine.

The book highlights philosophical, biological, and legal arguments in defense of life from the moment of conception, refuting positions that reduce the embryo to a "potential being." The book also examines the challenges associated with fertility and fertility regulation, highlighting the risks of misinformation about contraceptive methods and emphasizing the benefits of natural methods, both in terms of health and marital communication and responsibility. It also offers a profound critique of assisted reproduction and practices that instrumentalize the embryo, arguing that these techniques generate ethical dilemmas by reducing life to criteria of utility or quality.

This review notes that the book devotes special attention to contemporary attacks on nascent life, from emergency contraception and abortion drugs to cloning, preimplantation genetic diagnosis, and experimentation with frozen embryos. In the face of these threats, the book asserts the duty to protect life at all stages as a fundamental good for humanity.

Dr. María Elizabeth de los Ríos Uriarte
Editor-in-Chief

Universidad Anáhuac México, Facultad de Bioética, México

<https://orcid.org/000000019600445X>

El derecho a morir bajo el prisma del derecho a disponer del propio cuerpo en el suicidio asistido por un médico

The right to die through the prism of the right to dispose of one's body in Physician-Assisted Suicide

Maroun Badr*

Cátedra UNESCO de Bioética y Derechos Humanos, Roma, Italia

<https://doi.org/10.36105/mye.2025v36n4.01>

Resumen

Este artículo analiza los retos jurídicos y éticos asociados al reconocimiento del “derecho a morir” en Francia tras la aprobación en primera lectura del proyecto de ley que consagra el “derecho a la ayuda para morir”, es decir, el suicidio asistido por un médico (PAS). El artículo examina cómo la medicalización, las normas institucionales y la autonomía individual han redefinido la experiencia del final de la vida. El análisis se centra en las interpretaciones del “derecho a morir” y el

* Doctor en Bioética, Investigador. Cátedra UNESCO de Bioética y Derechos Humanos, Via degli Aldobrandeschi 190, Roma, Italia. Correo electrónico: contact@marounbadr.fr <https://orcid.org/0000-0001-9378-6273>

Recepción: 03/07/2025 Aceptación: 26/07/2025

CÓMO CITAR: Badr, M. (2025). El derecho a morir bajo el prisma del derecho a disponer del propio cuerpo en el suicidio asistido por un médico. *Medicina y ética*, vol. 36, núm. 4. DOI: <https://doi.org/10.36105/mye.2025v36n4.01>



Esta obra está protegida bajo una Licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 4.0 Internacional.

“derecho a disponer del propio cuerpo”, así como en sus fundamentos jurídicos. Pone de manifiesto importantes limitaciones relacionadas con la dignidad humana, la responsabilidad moral y la participación de terceros. El estudio sostiene que establecer el “derecho a morir” socavaría los fundamentos del “derecho a la vida”. En lugar de presentar la muerte como un derecho, el artículo propone reforzar los cuidados paliativos y desarrollar enfoques jurídicos y éticos que respeten la vulnerabilidad y la solidaridad humana.

Palabras clave: eutanasia, suicidio asistido, autonomía, cuidados al final de la vida.

1. Introducción

La vida y la muerte “ya no son hechos naturales, sino objetos de decisiones médicas” (1) que dependen de la voluntad. En el contexto de los cuidados al final de la vida (CFV), estas decisiones se toman en tres ámbitos (2). El primero es el ámbito personal, donde la única medida de cualquier derecho es el deseo y la determinación de tomar el control. La segunda es la esfera social, que impone sus propias normas y valores a los individuos. Estas normas y valores se basan en ideologías más que en la razón objetiva. La tercera es la esfera política. Esta transforma los deseos y las ideologías en leyes, ya que los políticos tienen “el poder de crear y derogar leyes, [...] que también influyen en la forma de pensar de los ciudadanos” (2). Así, el 17 de mayo de 2025, la Asamblea Nacional francesa aprobó (3) la creación de un “derecho a la asistencia para morir” durante el examen de la ley propuesta por Olivier Falorni (4). Según esta última, “el derecho a la muerte asistida consiste en autorizar y ayudar a una persona que ha solicitado una sustancia letal [...], para que pueda administrársela ella misma o que se la administre un médico o una enfermera”. En otras palabras, se trata del suicidio asistido por un médico (PAS) o la muerte asistida por un médico (PAD). A la luz del biopoder y la biopolítica como culminación de la voluntad de controlar la vida y

la muerte, el PAS implica el “derecho a morir” (5). Sin embargo, surge una pregunta fundamental: ¿es pertinente invocar el derecho a morir? El análisis de los conceptos de derecho a morir [2] y derecho a disponer del propio cuerpo, como expresiones de la autonomía del paciente [3], puede aportar elementos fundamentales para responder a esta pregunta.

2. Hermenéutica del derecho a morir

El análisis del concepto de derecho a morir es inseparable de los factores que han contribuido a su aparición [2.1] y de las interpretaciones que puede tener [2.2].

2.1. *El surgimiento del derecho a morir*

Cuatro factores principales han contribuido a la demanda del derecho a morir: la medicalización del final de la vida y la muerte [2.1.1], la institucionalización de la muerte [2.1.2], la relación con la muerte [2.1.3] y los movimientos por los derechos [2.1.4].

2.1.1. *La medicalización del final de la vida y la muerte*

Desde mediados del siglo XX, los avances tecnocientíficos han permitido controlar la vida y, en consecuencia, la muerte. La medicalización del proceso del final de la vida ha llevado a la medicalización de la muerte (6) en tres niveles:

- a) Prolongar la vida posponiendo la muerte, sin curar pero sin sufrir, como en el caso de los cuidados paliativos;
- b) Prolongar la vida posponiendo la muerte, pero causando sufrimiento, como en el caso de la obstinación terapéutica;
- c) Anticipar la muerte para “liberarse” del sufrimiento, como en la muerte asistida, que incluye la eutanasia y el suicidio asistido.

2.1.2. *La institucionalización de la muerte*

La medicalización de la muerte conduce a su institucionalización. En Francia, el número de muertes que se producen en un centro sanitario supera con creces el de las que se producen en el domicilio (7). Según el Instituto Nacional de Estadística y Estudios Económicos (INSEE) de Francia, en 2024, el 28,4 % de las muertes se produjeron en el hogar, frente al 52,09 % en centros sanitarios, el 16,3 % en residencias para personas mayores dependientes (EHPAD) y el 3,2 % en residencias de ancianos (8). Sin embargo, un estudio de 2015 reveló que la mayoría de las personas al final de su vida desean morir en su domicilio, pero solo una cuarta parte lo consigue (9). Este deseo de morir en casa está estrechamente relacionado con la experiencia existencial de la muerte.

2.1.3. *La relación con la muerte*

La medicalización y la institucionalización de la muerte han cambiado radicalmente nuestra relación con ella. Por un lado, la tensión entre el pensamiento tecnocientífico y la subjetivación de la muerte despoja a “los moribundos de su propia muerte” (10). Por otro lado, la desaparición de los ritos religiosos que acompañaban a los moribundos ha creado un vacío simbólico y existencial. Estos ritos han sido sustituidos por un aspecto puramente médico-social, como el consentimiento, los protocolos sanitarios y la retirada del cuerpo de una “sala impersonal” tan pronto como se declara la muerte. Aparte de los ritos religiosos, los aspectos familiares, fraternos e interpersonales que consideraban al moribundo como un individuo han dado paso a simples gestos hacia el paciente moribundo. La muerte ya no es una “experiencia rica, social, simbólica y profundamente humana” (11), sino un acontecimiento individual. En este sentido, “aprender sobre nuestra muerte significa admitir que el mundo nos sobrevivirá y que nuestra vida está sujeta a limitaciones que nos superan. Significa comprender el concepto de normalidad” (12, p. 42).

2.1.4. *Movimientos por los derechos*

El individualismo que caracteriza a nuestras sociedades se centra en la libertad personal y la autodeterminación. Por ello, muchos movimientos y asociaciones reclaman el derecho a morir. El derecho a morir con acceso a la eutanasia (incluida la PAS) está presente en Estados Unidos desde 1938, con la creación de la Euthanasia Society of America por Charles Francis Potter (13). Sin embargo, el concepto cobró mayor relevancia entre 1967 y 1969, con Luis Kutner (14), quien estuvo en el origen del testamento vital (directivas anticipadas). Desde entonces, se han desarrollado diversos movimientos a favor del derecho a morir, como la Asociación Francesa por el Derecho a Morir con Dignidad (ADMD) desde 1980 (15), la Federación Mundial de Sociedades por el Derecho a Morir desde 1980 (16), la Asociación Americana por una Muerte Digna desde 1997 (17) y muchos otros. Según estos movimientos, el derecho a morir, a elegir la propia muerte, a programarla, es la expresión perfecta de la realización última de la libertad individual.

2.2. *Diversas interpretaciones del derecho a morir*

La expresión “derecho a morir”¹ (15,18) no parece ser inequívoca. Puede tener tres interpretaciones amplias, el derecho a no sufrir [2.2.1], el derecho a rechazar un tratamiento [2.2.2] y el derecho a rechazar la obstinación terapéutica [2.2.3], y una interpretación estricta, el derecho a ser asesinado o a recibir ayuda para suicidarse [2.2.4].

2.2.1. *El derecho a no sufrir*

El derecho a morir puede entenderse como el derecho a morir sin sufrir. En Francia, desde la ley Neuwirth del 4 de febrero de 1995

¹ En francés, existen dos expresiones diferentes para este derecho: “droit à mourir” y “droit de mourir”.

(19), el tratamiento del dolor forma parte integrante de los cuidados. Este enfoque evolucionó con la introducción, en 1999, del derecho al acceso a los cuidados paliativos (20). El Código de Salud Pública francés (FPHC) establece lo siguiente:

Toda persona enferma cuyo estado lo requiera tiene derecho a acceder a cuidados paliativos y a recibir apoyo” (art. L. 1110-9). Desde la Ley Kouchner del 4 de marzo de 2002 (21), el CPSS establece que “los profesionales de la salud utilizarán todos los medios a su alcance para garantizar que toda persona viva con dignidad hasta su muerte (art. L. 1110-5).

2.2.2. *El derecho a rechazar el tratamiento*

Otra interpretación del derecho a morir está relacionada con la negativa a recibir tratamiento y cuidados. Aunque la ley Kouchner consagra el derecho a rechazar o interrumpir un tratamiento, no hay ninguna indicación sobre las cuestiones relacionadas con el final de la vida. El artículo L. 1111-4 del FPHC establece que “toda persona tiene derecho a rechazar o no recibir un tratamiento. No obstante, los cuidados del paciente siguen siendo responsabilidad del médico, en particular los cuidados paliativos”. No obstante, el equipo médico está obligado a informar al paciente de las consecuencias de su decisión y a intentar convencerlo de que no la lleve a cabo si la negativa pone en peligro su vida. En este caso, el paciente debe reafirmar su decisión en un “plazo razonable”. En todos los casos, queda claro que no se puede llevar a cabo ningún acto médico ni tratamiento sin el consentimiento libre e informado del paciente. Cuando una persona es incapaz de expresar su voluntad, cualquier intervención o decisión de interrumpir un tratamiento que ponga en peligro su vida debe respetar el procedimiento colegiado (que implica al médico responsable del paciente y a todos los profesionales sanitarios implicados en su atención), las instrucciones anticipadas o la consulta de la persona de confianza, la familia o los amigos cercanos (FPHC, art. L. 1111-4).

2.2.3. El derecho a rechazar la obstinación terapéutica

Una tercera interpretación del derecho a morir es la que expresa el rechazo de la obstinación terapéutica. En Francia, la Ley Leonetti del 22 de abril de 2005 (22) prohíbe esta práctica. También conocida como “obstinación irracional”, esta práctica consiste en actos y tratamientos innecesarios, desproporcionados y que provocan sufrimiento, cuyo único efecto es el mantenimiento artificial de la vida. La Ley Claeys-Leonetti, de 2 de febrero de 2016 (23), incluye la alimentación y la hidratación artificiales entre los tratamientos que pueden interrumpirse.

Así, el derecho a morir rechazando un tratamiento implacable se traduce en el control del dolor, el apoyo al paciente y a sus seres queridos y la posibilidad de una sedación profunda y continua hasta la muerte. Esto puede hacerse a petición expresa del paciente o mediante sus instrucciones anticipadas, o a petición del médico; en ambos casos, mediante un procedimiento colegiado (FPHC art. L. 1110-5-2 y art. R. 4127-37-1).

2.2.4. El derecho a ser asesinado o a recibir ayuda para suicidarse

La interpretación final del derecho a morir es estricta. Está intrínsecamente ligada a la autonomía voluntaria absoluta del sujeto para ser privado de la vida, ya sea reclamando ser matado (eutanasia) o reclamando que se le ayude a suicidarse (es decir, PAS). El principal argumento a favor de este derecho se basa en el derecho a la autonomía (24,25) consagrado en el derecho a controlar el propio cuerpo.

3. El derecho a disponer del propio cuerpo

Los casos relacionados con cuestiones al final de la vida deben tener necesariamente en cuenta el argumento del derecho a disponer del propio cuerpo. Los fundamentos jurídicos de este derecho [3.1], a

menudo frágiles, refuerzan sus limitaciones [3.2] cuando se trata del suicidio asistido.

3.1. Los fundamentos jurídicos del derecho a disponer del propio cuerpo

Hay dos formas de entender la disponibilidad del cuerpo humano. Por un lado, está la disponibilidad material, que es la posibilidad de destruir el cuerpo, algo que la propia persona puede hacer. Por ejemplo, la persona puede recurrir a actos masoquistas (26, § 31), puede autolesionarse y puede suicidarse. Por otro lado, al involucrar a un tercero, la disponibilidad se convierte en legal. Se trata, por tanto, de una autorización para “atentar” contra la integridad corporal, que da la posibilidad de “realizar un acto jurídico destinado a la destrucción parcial, o incluso total, del propio cuerpo” (27, p. 168). En el ámbito biomédico, dicha autorización se regula mediante derogaciones legislativas que permiten al personal sanitario realizar un acto médico sobre el cuerpo de otra persona, generalmente con el consentimiento de esta (por ejemplo, el personal sanitario no necesita obtener el consentimiento del paciente antes de prestarle asistencia si su vida está en peligro o su integridad se ve amenazada). En el contexto de la EOL, el objetivo es proporcionar a los pacientes los productos médicos que necesitan para suicidarse. Sin embargo, el derecho a disponer del propio cuerpo no está explícitamente consagrado en los textos legales. Puede derivarse de otros tres derechos, que pueden constituir un argumento a favor de una derogación legal que permita la intervención médica en el propio cuerpo. Estos derechos son el derecho a la libertad corporal [3.1.1], el derecho a la autonomía [3.1.2] y el derecho al respeto de la vida privada (el derecho a la intimidad) [3.1.3].

3.1.1. El derecho a la libertad corporal

En Francia, algunos juristas, como S.-M. Ferrié (27, pp. 74-83), X. Bioy (28, pp. 491-499) y D. Lochak, afirman que el principio de

disponibilidad del cuerpo humano se deduce del “principio muy general de la libertad” (29, p. 29). Más precisamente, la libertad corporal se refiere a la libertad individual reconocida como principio constitucional derivado de los artículos 2 y 4 de la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano (DDHC) de 1789: “la libertad consiste en poder hacer todo lo que no perjudica a los demás”. Además, también puede referirse al art. 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos (DUDH), que establece que “toda persona tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona”.

3.1.2. *El derecho a la autonomía*

Otros (30) consideran que esta libertad de disponer del propio cuerpo se deriva del principio de autonomía personal consagrado en 2002 por el Tribunal Europeo de Derechos Humanos (TEDH) en el caso *Pretty contra Reino Unido* (31). En este caso, la demandante era una mujer de 43 años que padecía una enfermedad de la neurona motora, una enfermedad progresiva e incurable que conduce a la parálisis y, en última instancia, a la muerte. Tras ser diagnosticada en 1999, su estado empeoró rápidamente. Deseando evitar un final angustioso e indigno, quería controlar cómo y cuándo morir. Dado que el suicidio asistido es un delito, su abogado solicitó garantías de que su marido no sería procesado si la ayudaba. El fiscal general rechazó la solicitud “y el Tribunal Divisional denegó la revisión judicial”. Por este motivo, han recurrido al TEDH. Al rechazar la petición, el Tribunal definió la autonomía como “la capacidad de conducir la propia vida según las propias decisiones, lo que también puede incluir la posibilidad de realizar actividades que se consideren física o moralmente perjudiciales o peligrosas para la persona interesada” (31, § 61). Sin embargo, los Estados no tienen la obligación de establecer procedimientos que faciliten la práctica del suicidio asistido (31, § 15, 44).

3.1.3. *El derecho al respeto de la vida privada*

Algunos (32,33) consideran que el derecho a controlar el propio cuerpo se deriva del artículo 8 del Convenio Europeo de Derechos Humanos (CEDH), que garantiza el derecho al respeto de la vida privada. En dos casos sometidos al TEDH, los demandantes invocaron el derecho a la vida privada (el derecho a la intimidad) para reclamar el derecho a morir.

En el primer caso, el demandante, que padecía un trastorno afectivo bipolar grave, había solicitado a las autoridades permiso para obtener una sustancia letal (pentobarbital) en una farmacia sin receta médica. Su solicitud fue denegada y recurrió al TEDH alegando el respeto del derecho a la intimidad (art. 8 del CEDH). Así, en el asunto Haas contra Suiza, el Tribunal afirmó que “el artículo 8 del Convenio no impone a los Estados parte la obligación positiva de crear las condiciones para que se pueda cometer suicidio sin riesgo de fracaso y sin dolor” (34, § 10). Además, el Tribunal señala que este caso no se refiere al derecho a morir ni a la responsabilidad de un tercero que ayuda a suicidarse. Se trata más bien de la posibilidad del demandante de obtener una sustancia letal sin receta médica. De hecho, el demandante invocó el derecho a morir con dignidad, alegando que la falta de pentobarbital haría que su suicidio fuera indigno, aunque no padecía una enfermedad terminal incurable. El Tribunal recuerda que el Convenio debe interpretarse en su conjunto: el artículo 2 exige al Estado que proteja a las personas vulnerables, incluso contra sí mismas, si su decisión de morir no es libre e informada. Por lo tanto, el Estado tiene el deber de prevenir el suicidio cuando la voluntad del individuo es incierta o está influenciada (34, § 52, 54). Así, el Tribunal dictaminó por unanimidad que no se había producido una violación del derecho a la intimidad (art. 8 del Convenio).

En el segundo caso, el demandante padece una fase avanzada de esclerosis lateral amiotrófica (ELA). “Desea poner fin o acortar al mínimo esta fase de su enfermedad recurriendo a alguna forma de

muerte asistida por un médico [...] con el fin de mantener su integridad física y mental” (35, § 14). Sin embargo, en Hungría, la muerte asistida (eutanasia y PAD/PAS) no es legal. Por lo tanto, presentó su solicitud ante el TEDH alegando el derecho al respeto de la vida privada. No obstante, en el caso Daniel Karasai contra Hungría, el Tribunal dejó claro que “no puede aceptar este argumento [el sufrimiento existencial] como uno que milite a favor de la obligación, en virtud del artículo 8 del Convenio, de legalizar la PAD [muerte asistida por un médico]” (35, § 158).

De ello se desprende que el derecho al respeto de la vida privada no puede constituir un fundamento para el derecho a morir, ni para una obligación positiva del Estado “de adoptar las medidas necesarias para permitir un suicidio digno” (34, § 53). Sin embargo, por primera vez, el Tribunal se refiere a una obligación positiva en materia de cuidados paliativos. Afirma que “el estado de vulnerabilidad acentuado justifica un enfoque fundamentalmente humano por parte de las autoridades en la gestión de estas situaciones, un enfoque que debe incluir necesariamente cuidados paliativos guiados por la compasión y un alto nivel médico” (35, § 158).

3.2. Los límites del derecho a disponer del propio cuerpo

Existen cuatro obstáculos principales a la libertad de disponer del propio cuerpo cuando se reivindica el derecho a morir: la obligación moral [3.2.1], la intervención de un tercero [3.2.2], la cuestión de la propiedad del cuerpo [3.2.3] y el principio de la indisponibilidad del cuerpo humano [3.2.4].

3.2.1. La obligación moral

En la práctica de la libre disposición del propio cuerpo, la obligación moral hacia uno mismo puede impedirla. Sin embargo, esta obligación no es jurídica (27, p. 184), es decir, no es una ley vinculante, sino una cuestión de intimidad. Así, una persona que se suicida

puede no considerar moralmente incorrecto su acto. Así se entiende la despenalización del suicidio (desde el Código Penal francés de 1791), que se basa en el art. 4 de la DUDH, que establece: “La libertad consiste en poder hacer todo lo que no perjudica a los demás”.

3.2.2. *La participación de un tercero*

Si la obligación moral no es legal para uno mismo, no es así cuando se trata de la participación de un tercero. De hecho, la autonomía en la libre disposición del cuerpo, incluso en el acto de quitarse la vida, es aceptable siempre que “no implique a un tercero” (27, pp. 47, 61). Hay dos razones principales para ello en lo que respecta a la PAS: la base del acto médico (a) y la libertad de conciencia (b).

a) El acto médico

Un conjunto de normas y principios éticos rigen los actos médicos, incluidos los que se realizan al final de la vida. Por ejemplo, el art. R. 4217-38 del FPHC establece: “El médico debe acompañar al moribundo hasta sus últimos momentos, garantizar la calidad de la vida que está llegando a su fin mediante cuidados y medidas adecuados, salvaguardar la dignidad del paciente y confortar a quienes lo rodean. El médico no tiene derecho a provocar deliberadamente la muerte”.

Este principio de no causar deliberadamente la muerte, es decir, “no matar”, que se ajusta al juramento hipocrático, sigue siendo el fundamento mismo de la práctica médica y responde claramente al principio básico de la ética médica: la no maleficencia. Por lo tanto, dar la muerte o tratar con la intención de provocar la muerte no puede considerarse un acto médico, ni un acto de asistencia (36-39).

b) La libertad de conciencia

Según el TEDH, la libertad de conciencia “es uno de los fundamentos de una “sociedad democrática” en el sentido del Convenio. En su dimensión religiosa, es uno de los elementos más esenciales de la

identidad de los creyentes y de su concepción de la vida, pero también es un bien precioso para los ateos, los agnósticos, los escépticos y los indiferentes. Se trata del pluralismo —conquistado a lo largo de los siglos— que es consustancial a una sociedad así” (40, § 31). Implica la capacidad de actuar según la propia conciencia (dimensión positiva) y no ser obligado a actuar contra la propia conciencia (dimensión negativa).

A nivel internacional, esta libertad de conciencia está reconocida en el art. 8 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (ICCPR), en los arts. 9 y 10 del CEDH, en la Resolución 1763 (2010) de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa (41), en la sentencia del TEDH en el caso Bayatyan c. Armenia (42) y en el art. 10.2 de la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea. En Francia, la libertad de conciencia se deriva del art. 10 de la Constitución. En el contexto de las cuestiones relacionadas con la PAS, esta libertad de conciencia se aplica a todas las personas y, en particular, a los profesionales de la salud.

En el caso de cualquier persona, esta libertad de conciencia puede limitar el ejercicio de la libertad de disponer del propio cuerpo de dos maneras. En primer lugar, existe el deber de asistir a una persona en peligro. En efecto, una persona que reivindica el derecho a morir en nombre de la libertad de disposición corporal puede encontrarse en peligro, ya que desea suicidarse de forma inminente. Por lo tanto, no prestar asistencia a una persona en peligro constituye un delito (art. 223-6 del Código Penal francés). En los casos de fin de vida, el objetivo es disuadir a la persona de recurrir a la PAS (y a la eutanasia). Cabe señalar que incluso un médico está obligado a prestar asistencia a una persona en peligro, tal y como se especifica en el art. R. 4127-9 del FPHC. En segundo lugar, la libertad de conciencia implica el derecho a oponerse a una ley que va en contra de la propia conciencia, pero que también transgrede un principio universal (no matar). Se trata de la libertad de expresión. Con la ley propuesta sobre la ayuda a morir, el artículo 17 socava gravemente la libertad de conciencia al disuadir a las personas de la eutanasia o el suicidio

asistido y limitar el derecho a expresar libremente sus opiniones sobre el tema.

En el caso de los profesionales de la salud, la libertad de conciencia puede limitar el ejercicio de la libertad de disponer del propio cuerpo. Se concreta en el derecho a la objeción de conciencia y se consagra como un derecho fundamental. Es el deber de no obedecer una orden, no por su legalidad en relación con la validez de la ley (derecho positivo), sino por su legitimidad en relación con la cuestión del bien y del mal tal y como lo percibe la conciencia (derecho natural). Este hecho está consagrado en la Declaración de Ginebra (1948), que establece que los médicos tienen el deber de ejercer su “profesión con conciencia y dignidad, de acuerdo con las buenas prácticas médicas”. En Francia, la objeción de conciencia se expresa a través de la cláusula de conciencia, que es doble. Por un lado, existe la cláusula de conciencia general regulada por el art. R. 4172-47 del FPHC, que establece que “salvo en casos de urgencia y cuando incumpla sus deberes humanitarios, un médico tiene derecho a negarse a prestar asistencia por razones profesionales o personales”. Por otro lado, existe también una cláusula de conciencia específica relativa a la esterilización anticonceptiva, la investigación con embriones y el aborto. En la propuesta de ley Falorni, se ha creado una cláusula de conciencia específica en el art. 14. Sin embargo, esta ley excluye a los farmacéuticos.

3.2.3. *El cuerpo como propiedad*

Si la disposición del cuerpo puede considerarse “un acto con graves consecuencias para el patrimonio” (en este caso, el cuerpo), un acto que “compromete el futuro” (en este caso, la muerte) (27, p. 80), algunas personas justifican el PAS considerando el cuerpo como una propiedad de la que la persona puede disponer (43). Sin embargo, se plantea una cuestión fundamental: ¿es posible considerar el cuerpo como un bien? (44, pp. 74-76).

Los derechos de propiedad se basan en la exclusión de terceros, un principio que se aplica simbólicamente al cuerpo humano.

Aunque la legislación francesa considera el cuerpo como la persona misma en su materialidad (45), el Código Civil francés (FCC) afirma la no patrimonialidad del cuerpo/estatus no propietario (art. 16-1) y su protección contra los daños (art. 16-3), sin embargo, sigue existiendo esta tendencia (28, pp. 347-350) a considerar que “mi cuerpo me pertenece”. Esta visión permite un cierto *usus* (disfrutar y aprovechar el propio cuerpo) y *abusus* (disponer del propio cuerpo) (46). Si seguimos esta interpretación, es posible favorecer la idea de la libre disposición del propio cuerpo solicitando la PAS. Sin embargo, esta visión es reductiva y plantea un problema metaontológico. El ser humano no es solo “su” cuerpo, y el cuerpo no puede agotar la “totalidad” del ser humano. Si este es el caso, caemos en el monismo antropológico según el cual solo el individuo se convierte en la norma a través del proceso de subjetivación. Este “es el proceso de apropiación y dominación de la realidad por parte de la mente” (47, p. 95) a través de la liberación total de todas las restricciones y leyes que impiden esta libertad de disponer del propio cuerpo. En consecuencia, según este razonamiento, se puede solicitar la PAS.

Si consideramos el cuerpo como propiedad y disponemos libremente de él, el derecho de propiedad presupone también una distancia espacial entre el sujeto y el objeto, lo cual no es posible entre la persona y su cuerpo. En este sentido, es impertinente reivindicar el derecho a morir en nombre de la disponibilidad del cuerpo, que no es propiedad. Más allá de esta imposibilidad, el enfoque ético-jurídico implica también considerar el cuerpo en sus dimensiones individual y universal. Así es como T. Pech reformula esta idea mediante un razonamiento muy claro:

- a) Nadie dispone de “la humanidad del ser humano”, b) La persona es la entidad jurídica portadora de esta humanidad, c) El cuerpo está asignado a la persona y no es propiedad de la persona, d) El cuerpo es, por lo tanto, también portador de esta humanidad del ser humano, e) Por lo tanto, nadie puede disponer libremente de su cuerpo ni del cuerpo de los demás (48).

3.2.4. La indisponibilidad del cuerpo humano

Aunque no se expresa explícitamente en la legislación internacional y nacional (27, pp. 55-56; 28, pp. 699-702), el principio de la indisponibilidad del cuerpo humano se deriva de otros tres principios vinculados al principio constitucional francés de salvaguarda de la dignidad humana (49). Estos tres principios son la inviolabilidad (protección contra la injerencia de terceros, art. 16-1 de la FCC y art. 3 del CEDH), la no patrimonialidad (rechazo de la comercialización del cuerpo, art. 16-1, apartado 3, de la FCC) y la integridad (art. 16-3 de la FCC). En el contexto de la PAS, el principio de integridad del cuerpo humano ocupa un lugar importante. En efecto, disponer del propio cuerpo para un acto médico presupone el acto de dañar ese cuerpo. Sin embargo, esta posibilidad está estrictamente permitida si respeta dos condiciones según el art. 16-3 de la FCC: interés terapéutico (a) y consentimiento (b).

a) El interés terapéutico

“La integridad del cuerpo humano solo puede ser violada en casos de necesidad médica para la persona en cuestión, o excepcionalmente en interés terapéutico de otros” (art. 16-3 del FCC). Disponer del propio cuerpo permitiendo que un tercero interfiera en él solo se basa en la necesidad médica o terapéutica.

Sin embargo, en un estado de sufrimiento intratable, “la persona que solicita la eutanasia [o la PAS] no se encuentra, a priori, en un estado que requiera médicamente la eutanasia [PAS], en el sentido de que la eutanasia [o el suicidio asistido] le permitiría recuperarse” (50). Por lo tanto, no existe necesidad médica ni motivo terapéutico que dé lugar a la muerte de la persona, teniendo en cuenta que el objetivo de la medicina es promover la supervivencia, la curación y el alivio, manteniendo la vida (sin obstinación terapéutica, tal y como se presenta en la ley Claeys-Leonetti de 2016).

b) El consentimiento

El consentimiento es una segunda condición para poder disponer del propio cuerpo permitiendo que sea violado y reclamando así el derecho a morir. Para que el consentimiento sea válido, debe estar libre de error, fraude y violencia. La persona que da su consentimiento debe estar en pleno uso de sus facultades mentales e intelectuales (FCC, art. 1145-1150), lo que implica la libertad del individuo.

No obstante, existen dos limitaciones principales que se oponen al consentimiento (51, pp. 54-55). La primera es la limitación interna, con el sentimiento de ser una carga para los seres queridos (52, 53), por no mencionar el estado psicológico por el que se puede atravesar durante una enfermedad grave o una situación de vulnerabilidad (54). La segunda es la restricción externa, expresada por presiones familiares, económicas (55), políticas (normativas) y mediáticas (56, 57). De hecho, la ley Falorni rechazó todas las enmiendas (58) que garantizaban el consentimiento libre e informado y creaban algún tipo de restricción externa, como estas:

- AS14 aborda la supresión del sufrimiento psicológico, que “a menudo es complejo y multifactorial. Su evaluación puede variar considerablemente de un profesional sanitario a otro; [...] podría dar lugar a abusos, en particular hacia personas vulnerables que pueden sentirse obligadas a solicitar la eutanasia debido a presiones externas o trastornos mentales temporales”.
- AS51: No estar en un estado de debilidad o vulnerabilidad psicológica.
- AS281 se refiere a la opinión de un psicólogo antes de la PAS.
- AS559 se refiere al derecho del médico a ponerse en contacto con el Ministerio Público, si el médico tiene dudas sobre la libre solicitud del paciente y la presión ejercida sobre él.
- AS967, que “tiene por objeto impedir que el acto de ayuda a morir se utilice como plataforma o instrumento de presión política o mediática”.

- AS994 hace hincapié en la importancia de verificar el discernimiento para que no se vea afectado.
- El AS1019 sobre el consentimiento libre e informado, que debe ser revocable sin formalidades y en cualquier momento (tal y como establece el artículo 5 del Convenio de Oviedo y los principios de derechos humanos en materia de salud).

Este rechazo implica que el acceso al PAS puede proporcionarse mediante el abuso de la debilidad, sin consentimiento, sin discernimiento y sin la capacidad de tomar una decisión informada y esclarecida. ¿Es posible hablar del derecho a disponer del propio cuerpo y del derecho a morir si el consentimiento está sesgado?

4. Conclusión

La cuestión del derecho a morir es una cuestión jurídica y lógica que solo puede abordarse a la luz del derecho a la vida, ya que el derecho a morir “paradójicamente presupone lo que niega y niega lo que presupone, es decir, la vida misma” (59, p. 61). De hecho, sin vida, es imposible presuponer todos los demás derechos (60, p. 156). En otras palabras, cualquier derecho reivindicado solo puede derivarse de la vida, como derecho y valor fundamental universal, y solo puede servir a la vida. Por ello, el TEDH, en el caso *Pretty* contra el Reino Unido, declaró claramente que “no puede derivarse del artículo 2 del Convenio [el derecho a la vida] ningún derecho a morir, ya sea a manos de un tercero o con la asistencia de una autoridad pública” (31, § 40). Por lo tanto, las tres conclusiones principales son:

- a) Aunque la Asamblea Nacional ha creado un derecho a la asistencia para morir, este derecho sigue siendo una aberración porque constituye una negación categórica de todos los demás derechos. La muerte en sí misma no es un derecho, sino un hecho al que todos los seres vivos, incluidos los seres humanos, deben enfrentarse. La demanda de un derecho a morir, o

a ser ayudado a morir en el sentido estricto del término, sigue siendo un derecho impertinente, ya que plantea dilemas éticos y jurídicos fundamentales. Solo refleja una evolución médica, política y social que ha transformado nuestra forma de abordar la muerte.

- b) El derecho a disponer del propio cuerpo no es una libertad absoluta, ya que su ejercicio está sujeto a varios límites. Tampoco es un derecho exigible, que es un concepto jurídico que significa que “el derecho que se ha reconocido al ciudadano puede ser “opuesto” a una autoridad encargada de aplicarlo” (61). Una persona no puede “exigir al Estado ninguna acción positiva más que la protección de esta libertad frente a terceros” (28, p. 496), respetando los derechos fundamentales de estos terceros y el orden público moral (26,62). En las cuestiones relacionadas con el final de la vida, el orden público moral implica no violar el principio universal de no matar ni pedir ayuda para suicidarse.
- c) El PAS y la EOL no son cuestiones relacionadas con el derecho a morir. Más bien, deben llevarnos a reevaluar nuestra relación con la muerte y fomentar “otras formas de solidaridad [como los cuidados paliativos] además del don de la muerte, con el fin de asumir nuestras responsabilidades humanas cuando sean legítimas y comprometidas” (63, p. 152).

Referencias

1. Vollaire C. Le biopouvoir sur la mort. *Médecine Palliat Soins Support - Accompagnement - Éthique* [Internet]. 2005 [citado 3 de mayo de 2025]; 4(4):199–202. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1636652205815958>
2. Godin C. La fin de vie comme question politique. *Droit Cult Rev Int Interdiscip* [Internet]. 2018 [citado 3 de mayo de 2025]; (75):203–14. Disponible en: <https://journals.openedition.org/droitcultures/4449>
3. Assemblée nationale. Assemblée nationale. 2025 [citado 18 de mayo de 2025]. Analyse du scrutin n° 1805. Deuxième séance du samedi 17 mai 2025 Scrutin public n° 1805 sur l'article 2 de la proposition de loi relative au droit à l'aide à

- mourir (première lecture). Disponible en: <https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/17/scrutins/1805>
4. Falorni O. Proposition de loi, n° 1364-A0 relative à la fin de vie (Première lecture) [Internet]. 2025. Disponible en: https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/17/textes/117b1364_texte-adopte-commission
 5. Assemblée nationale. Assemblée nationale. 2025 [citado 3 de julio de 2025]. Compte rendu de la séance du samedi 24 mai 2025. Disponible en: <https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/17/comptes-rendus/seance/session-ordinaire-de-2024-2025/seance-du-samedi-24-mai-2025>
 6. Bounon L, Lassaunière JM. La médicalisation de la mort. *Éthique Santé* [Internet]. 2014 [citado 24 de abril de 2025]; 11(4):195–201. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1765462914000750>
 7. Surveillance sanitaire de la mortalité toutes causes confondues [Internet]. Saint-Maurice: Santé publique France; 2025 [citado 24 de abril de 2025]. Disponible en: [https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/690367/4543160?version=1#:~:text=A%20partir%20des%20certificats%20%C3%A9lectroniques,S01\)%20\(Figure%202](https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/690367/4543160?version=1#:~:text=A%20partir%20des%20certificats%20%C3%A9lectroniques,S01)%20(Figure%202)
 8. Institut national de la statistique et des études économiques. INSEE. Décès quotidiens et mensuels depuis janvier 2024 [Internet]. Montrouge: Institut national de la statistique et des études économiques; 2025 [citado 24 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/8320119?sommaire=7764286#consulter-sommaire>
 9. Pennec S, Gaymu J, Riou F, Morand E, Pontone S, Aubry R. Mourir chez soi : un souhait majoritaire mais une situation peu fréquente. *Popul Sociétés* [Internet]. 2015 [citado 24 de abril de 2025]; 524(7):1–4. Disponible en: <https://shs.cairn.info/revue-population-et-societes-2015-7-page-1>
 10. Castra M. Les reconfigurations du rapport à la mort et à la fin de vie dans la société française contemporaine. En: Cuchet G, Laubry N, Lauwers M, editors. *Transitions funéraires en Occident : Une histoire des relations entre morts et vivants de l'Antiquité à nos jours* [Internet]. Roma: Publications de l'École française de Rome; 2023 [citado 24 de abril de 2025]. (Collection de l'École française de Rome). Disponible en: <https://books.openedition.org/efr/56321>
 11. Plaisance A. Qulysis. 2025 [citado 24 de abril de 2025]. Une invitation à repenser le mourir. Disponible en: <https://www.qulysis.com/fr/post/une-invitation-a-repenser-le-mourir>
 12. Supiot A. *Homo juridicus*. Essai sur la fonction anthropologique du Droit. Paris: Points; 2009.
 13. Larson E. Euthanasia in America - Past, Present, and Future: A Review of A Merciful End and Forced Exit. *Mich Law Rev* [Internet]. 2004 [citado 24 de abril de 2025]; 102(6):1245–62. Disponible en: <https://repository.law.umich.edu/mlr/vol102/iss6/12>
 14. Benzenhöfer U, Hack-Molitor G. Luis Kutner and the development of the advance directive (living will) [Internet]. Wetzlar: Frankfurter Studien zur Geschichte und

- Ethik der Medizin Bd. 3 hrsg. von U. Benzenhöfer; 2009 [citado 24 de abril de 2025]. Disponible en: <https://d-nb.info/1095663763/34>
15. L'Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité [Internet]. [citado 18 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.admd.org/>
 16. The World Federation of Right to Die Societies – Ensuring Choices for a Dignified Death [Internet]. [citado 24 de abril de 2025]. Disponible en: <https://wfrtds.org/>
 17. We should all have the right to die with dignity [Internet]. Death With Dignity. [citado 24 de abril de 2025]. Disponible en: <https://deathwithdignity.org/>
 18. De La Gontrie MP. Proposition de loi no 131 visant à établir le droit à mourir dans la dignité [Internet]. 2020. Disponible en: <https://www.senat.fr/leg/pp120-131.html>
 19. Loi n° 95-116 du 4 février 1995 portant diverses dispositions d'ordre social (1) [Internet]. Disponible en: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORF-TEXT000000166739/>
 20. Loi n° 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs (1) [Internet]. Disponible en: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORF-TEXT000000212121/>
 21. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1) [Internet]. Disponible en: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000227015/>
 22. Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie (1) [Internet]. Disponible en: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORF-TEXT000000446240/>
 23. Loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie (1). JORF n°0028 du 3 février 2016 [Internet]. Disponible en: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000031970253>
 24. Braun E. An autonomy-based approach to assisted suicide: a way to avoid the expressivist objection against assisted dying laws. J Med Ethics [Internet]. 2023 [cited 2024 Apr 16]; 49(7):497–501. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10359509/>
 25. Dykhuis A. Autonomy and the Patient's Perspective on Physician-Assisted Suicide. Nurs Masters Pap [Internet]. 2020 [cited 2025 Jun 25]; Disponible en: <https://openriver.winona.edu/nursingmasters/384>
 26. CEDH. Laskey et autres c. Royaume-Uni, n° 21627/93; 21628/93; 21974/93, 19 février 1997 [Internet]. Disponible en: <https://hudoc.echr.coe.int/app/conversion/pdf/?library=ECHR&id=001-62580&filename=001-62580.pdf>
 27. Ferrié SM. Le droit à l'autodétermination de la personne humaine: Essai en faveur du renouvellement des pouvoirs de la personne sur son corps. Paris: IRJS; 2018.
 28. Bioy X. Le concept de personne humaine en droit public. Recherche sur le sujet des droits fondamentaux. Paris: Dalloz; 2003.
 29. Lochak D. La liberté sexuelle, une liberté (pas) comme les autres ? En: La Liberté sexuelle [Internet]. Paris: PUF; 2005 [citado 15 de julio de 2025]. Disponible en: <https://hal.Parisnanterre.fr/hal-01762202>
 30. Smeyers D. Le droit de disposer de son corps dans la Convention européenne des droits de l'homme [Internet] [Mémoire]. [Louvain]: Université Catholique de

- Louvaine; 2015 [citado 14 de mayo de 2025]. Disponible en: https://dial.uclouvain.be/memoire/ucl/en/object/thesis:3420/datastream/PDF_01/view
31. EtCHR. *Pretty v. the United Kingdom*, No 2346/02, 2002 [Internet]. Disponible en: <https://hudoc.echr.coe.int/fre#%7B%22itemid%22:%5B%22001-60448%22%7D>
 32. Lagarde E. Le principe d'autonomie personnelle. Etude sur la disposition corporelle en droit européen. [Internet] [These de doctorat]. [Pau]: Université de Pau et des pays de l'Adour; 2012 [citado 14 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://theses.fr/2012PAUU2003>
 33. Etoa S. Corps humain et liberté. *Cah Rech Sur Droits Fondam* [Internet]. 2017 [citado 14 de mayo de 2025];(15):19–26. Disponible en: <https://journals.openedition.org/crdf/543>
 34. EtCHR. *Haas v. Switzerland*, No 31322/07, 2011 [Internet]. Disponible en: <https://hudoc.echr.coe.int/fre#%7B%22itemid%22:%5B%22001-102940%22%7D>
 35. EtCHR. *Daniel Karsai v. Hungary*, No 32312/23, Juin 13, 2024 [Internet]. Disponible en: <https://hudoc.echr.coe.int/eng#%7B%22itemid%22:%5B%22001-234151%22%7D>
 36. Dallaporta B, Hocini F. *Tuer les gens, tuer la terre*. Paris: Compagnons; 2024.
 37. Fourcade C. Donner la mort n'est pas un soin. *Innov Thérapeutiques En Oncol* [Internet]. 2023 [citado 14 de mayo de 2025]; 9(5):229–30. Disponible en: https://www.jle.com/fr/revues/ito/e-docs/donner_la_mort_nest_pas_un_soin_332870/article.phtml?tab=citer
 38. Hirsch E. Emmanuel Hirsch : « Soigner par la mort n'est pas un soin » [Internet]. 2024 [citado 14 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.lavie.fr/actualite/societe/emmanuel-hirsch-soigner-par-la-mort-nest-pas-un-soin-93500.php>
 39. De Hennezel M. *Le Figaro*. 2025 [citado 14 de mayo de 2025]. La loi sur l'aide à mourir n'est ni juste, ni équilibrée, ni fraternelle. Disponible en: <https://www.lefigaro.fr/vox/societe/marie-de-hennezel-la-loi-sur-l-aide-a-mourir-n-est-ni-juste-ni-equilibree-ni-fraternelle-20250509>
 40. ECtHR. *Kokkinakis v. Grèce*, No 14307/88, 1993 [Internet]. Disponible en: <https://hudoc.echr.coe.int/eng#%7B%22itemid%22:%5B%22001-57827%22%7D>
 41. Parliamentary Assembly. Resolution 1763 (2010) - The right to conscientious objection in lawful medical care [Internet]. 2010. Disponible en: <https://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-en.asp?fileid=17909&lang=en>
 42. ECtHR. *Bayatyan v. Armenia*, No 23459/03, 2011 [Internet]. Disponible en: <https://hudoc.echr.coe.int/eng#%7B%22itemid%22:%5B%22001-105611%22%7D>
 43. Anderson A. My Body, My Choice: Should Physician-Assisted Suicide Be Legalized in the United States for Individuals with Chronic Mental Illness? *Tex AM Law Rev* [Internet]. 2023 [citado 26 de junio de 2025]; 10(2):269–97. Disponible en: <https://scholarship.law.tamu.edu/lawreview/vol10/iss2/4>
 44. Badr M. *L'autonomisation de la femme par l'avortement et la contraception dans les Objectifs de Développement Durable de l'ONU*. Bordeaux: Les Études Hospitalières. LEH; 2025 (Collection Thèses).
 45. Kernalguen F. Le principe de non-patrimonialité du corps humain à l'épreuve de la réalité. En: *La non-patrimonialité du corps humain: du principe à la réalité Panorama international*. 1ère. Bruxelles: Bruylant; 2017 (Droit, Bioéthique et Société).

46. Neirinck C. Le corps humain. En: Tomasin D, editor. Qu'en est-il de la propriété ? : L'appropriation en débat [Internet]. Toulouse: Presses de l'Université Toulouse Capitole; 2006 [citado 21 de junio de 2023]. (Travaux de l'IFR). Disponible en: <https://books.openedition.org/putc/1742>
47. Puppink G. Les droits de l'homme dénaturé. Paris: Le Cerf; 2018.
48. Pech T. La dignité humaine. Du droit à l'éthique de la relation. Éthique Publique [Internet]. 2001 [citado 17 de junio de 2023]; 3(2). Disponible en: <https://journals.openedition.org/ethiquepublique/2526>
49. Cons. const. Décision n° 94-343/344 DC du 27 juillet 1994. Loi relative au respect du corps humain et loi relative au don et à l'utilisation des éléments et produits du corps humain, à l'assistance médicale à la procréation et au diagnostic prénatal. JORF du 29 juillet 1994 [Internet]. Disponible en: <https://www.legifrance.gouv.fr/cons/id/CONSTEXT000017666553>
50. Degoy L. Essai sur la notion de nécessité médicale [Internet] [Thèse]. [Toulouse]: Université de Toulouse; 2013 [citado 14 de mayo de 2025]. Disponible en: <http://www.theses.fr/2013TOU10015>
51. Keown J. Euthanasia, Ethics and Public Policy: An Argument Against Legalisation. 2d edition. Cambridge: Cambridge University Press; 2018.
52. Scheeres-Feitsma TM, van Laarhoven AJMK, de Vries R, Schaafsma P, van der Steen JT. Family involvement in euthanasia or Physician Assisted Suicide and dementia: A systematic review. *Alzheimers Dement* [Internet]. 2023 [citado 26 de junio de 2025]; 19(8):3688–700. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/alz.13094>
53. Wijngaarden E van, Alma M, The AM. 'The eyes of others' are what really matters: The experience of living with dementia from an insider perspective. *PLOS ONE* [Internet]. 2019 [cited 2025 Jun 26]; 14(4):e0214724. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0214724>
54. Mullock A, Lewis J. Assisted dying, vulnerability, and the potential value of prospective legal authorization. *Med Law Rev* [Internet]. 2025 [citado 26 de junio de 2025]; 33(2). Disponible en: <https://doi.org/10.1093/medlaw/fwaf014>
55. Doublet YM, Favre P. Les non-dits économiques et sociaux du débat sur la fin de vie [Internet]. Paris: Fondation Pour L'Innovation Politique; 2025 [citado 11 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.fondapol.org/etude/les-non-dits-economiques-et-sociaux-du-debat-sur-la-fin-de-vie/>
56. Favre P. Derrière les demandes d'euthanasie, une liberté, vraiment ? En: *Fins de la vie: Les devoirs d'une démocratie*. Paris: Le Cerf; 2025.
57. Bache I. How (and when) does party matter? Explaining MPs' positions on assisted dying/assisted suicide. *Parliam Aff* [Internet]. 2025 [citado 26 de junio de 2025]; Disponible en: <https://eprints.whiterose.ac.uk/id/eprint/224624/>
58. Assemblée nationale [Internet]. [citado 3 de mayo de 2025]. Amendements déposés sur le texte n° 1100. Disponible en: https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/17/amendements?dossier_legislatif=DLR5L17N51670&examen=EXANR5L-17PO420120B1100POD1

59. Vitale AR. L'eutanasia come problema biogiuridico. 1er édition. Milano: Franco Angeli; 2017.
60. Hervada J. Introduction critique au droit naturel. Bordeaux: Bière; 1991.
61. Haut Comité pour le Droit au Logement. Haut Comité pour le Droit au Logement. 2010 [citado 5 de marzo de 2025]. Un droit opposable, qu'est-ce que c'est? Disponible en: <https://www.hclpd.gouv.fr/un-droit-opposable-qu-est-ce-que-c-est-a32.html>
62. CE, ass. 27 octobre 1995, n° 136727, Publié au recueil Lebon [Internet]. Disponible en: <https://www.legifrance.gouv.fr/ceta/id/CETATEXT000007877723/>
63. Hirsch E. Devoir mourir, digne et libre. Paris: Le Cerf; 2023.

The right to die through the prism of the right to dispose of one's body in Physician-Assisted Suicide

El derecho a morir bajo el prisma del derecho a disponer del propio cuerpo en el suicidio asistido por un médico

Maroun Badr*

UNESCO Chair in Bioethics and Human Rights, Rome, Italy

<https://doi.org/10.36105/mye.2025v36n4.01>

Abstract

This article explores the legal and ethical challenges associated with the recognition of a “right to die” in France following the adoption on first reading of the bill enshrining a “right to aid in dying”, i.e. Physician-Assisted Suicide (PAS). The article examines how medicalization, institutional norms, and individual autonomy have redefined the end-of-life experience. The analysis focuses on interpretations of the “right

* PhD in Bioethics, Research Scholar. UNESCO Chair in Bioethics and Human Rights, Via degli Aldobrandeschi 190, Roma, Italia. E-mail: contact@marounbadr.fr
<https://orcid.org/0000-0001-9378-6273>

Reception: 26/07/2025 Acceptance: 26/07/2025

CÓMO CITAR: Badr, M. (2025). The right to die through the prism of the right to dispose of one's body in Physician-Assisted Suicide. *Medicina y ética*, vol. 36, núm. 4. DOI: <https://doi.org/10.36105/mye.2025v36n4.01>



This work is licensed under a Creative Commons Attribution-Noncommercial 4.0 International License.

to die” and the “right to dispose of one's body,” as well as their legal foundations. It reveals significant constraints tied to human dignity, moral responsibility, and third-party involvement. The study argues that establishing the “right to die” would undermine the foundation of the “right to life”. Instead of presenting death as a right, the article proposes strengthening palliative care and developing legal and ethical approaches that honor vulnerability and human solidarity.

Keywords: euthanasia, assisted suicide, autonomy, end-of-life care.

1. Introduction

Life and death are “no longer natural facts, but rather objects of medical decisions” (1) that depend on willpower. In the context of end-of-life (EOL) care, these decisions are made in three spheres (2). The first one is the personal sphere, where the only measure of any right is the desire and determination to take control. The second one is the social sphere, which imposes its own norms and values on individuals. These norms and values are based on ideologies rather than objective reason. The third one is the political sphere. It transforms desires and ideologies into laws because politicians hold the “power to create and repeal laws, [...] which also influence the way citizens think” (2). Thus, on May 17, 2025, the French National Assembly approved (3) the creation of a “right to assistance in dying” during the examination of Olivier Falorni's proposed law (4). According to the latter, “the right to assisted dying consists of authorizing and assisting a person who has requested a lethal substance [...], so they can administer it themselves or have a physician or nurse administer it”. In other words, it is Physician-Assisted Suicide (PAS) or Physician-Assisted Dying (PAD). In the light of biopower and biopolitics as the culmination of the will to control life and death, PAS implies the “right to die” (5). Yet a fundamental question arises: is it pertinent to invoke a right to die? Analyzing the concepts of the right to die [2] and the right to dispose of one's body, as expressions

of patient autonomy [3] can provide fundamental elements to answer to this question.

2. Hermeneutics of the right to die

The analysis of the concept of the right to die is inseparable from the factors that have contributed to its emergence [2.1] and the interpretations it may have [2.2].

2.1. *The emergence of the right to die*

Four main factors have contributed to the demand for the right to die: the medicalization of the EOL and death [2.1.1], the institutionalization of death [2.1.2], the relationship with death [2.1.3] and rights movements [2.1.4].

2.1.1. *The medicalization of the End-of-life and death*

Since the mid-20th century, technoscientific advances have made it possible to control life and, consequently, death. The medicalization of the EOL process has led to the medicalization of death (6) on three levels:

- a) Prolonging life by postponing death, without curing but without suffering, as in the case of palliative care;
- b) Prolonging life by postponing death, but causing suffering, as in the case of therapeutic obstinacy;
- c) Anticipating death in order to “free oneself” from suffering, as in assisted dying, which includes euthanasia and assisted suicide.

2.1.2. *The institutionalization of death*

The medicalization of death leads to its institutionalization. In France, the number of deaths occurring in a healthcare institution far

exceeds those occurring at home (7). According to the French National Institute for Statistics and Economic Studies (INSEE), in 2024, 28.4% of deaths occurred at home, compared to 52.09% in healthcare establishments, 16.3% in residential facilities for dependent elderly people (EHPAD), and 3.2% in retirement homes (8). However, a 2015 study found that most people at the end of life wish to die at home, yet only a quarter do so (9). This desire to die at home is closely linked to the existential experience of death.

2.1.3. *The relationship with death*

The medicalization and institutionalization of death have fundamentally changed our relationship with it. On the one hand, the tension between technoscientific thinking and a subjectivization of death dispossesses “the dying of their own death” (10). On the other hand, the disappearance of religious rites that accompanied the dying has created a symbolic and existential void. These rites have been replaced by a purely medico-social aspect, such as consent, health protocols, and the removal of the body from an “impersonal room” as soon as death is pronounced. Apart from religious rites, the family, fraternal and interpersonal aspects that considered the dying person as an individual have given way to simple gestures towards the dying patient. Death is no longer a “rich, social, symbolic and profoundly human experience” (11), but rather an individual event. In this sense, “learning about our death means admitting that the world will outlive us and that our life is subject to constraints beyond us. It means understanding the concept of normality” (12, p. 42).

2.1.4. *Rights movements*

The individualism that characterizes our societies centers on personal freedom and self-determination. This is why many movements and associations are calling for the right to die. The right to die with access to euthanasia (including PAS) has been present in the United

States since 1938, with the Euthanasia Society of America founded by Charles Francis Potter (13). However, the concept took on greater scope in the period between 1967 and 1969, with Luis Kutner (14), who was at the origin of the Living will (advance directives). Since then, various movements have developed in favor of a right to die, such as the French Association for the Right to Die with Dignity (ADMD) since 1980 (15), the World Federation of Right to Die Societies since 1980 (16), the American Death with Dignity Association since 1997 (17), and many others. According to these movements, the right to die, to choose one's death, to program it, is a perfect expression of the ultimate realization of individual freedom.

2.2. *Various interpretations of the right to die*

The expression “right to die”¹ (15,18) does not appear to be unequivocal. It can have three broad interpretations —namely, the right not to suffer [2.2.1], the right to refuse treatment [2.2.2] and the right to refuse therapeutic obstinacy [2.2.3]— and one strict interpretation, namely, the right to be killed or to be helped to kill oneself [2.2.4].

2.2.1. *The right to not suffer*

The right to die can be understood as the right to die without suffering. In France, since the Neuwirth law of February 4, 1995 (19), pain management has been an integral part of care. This approach evolved with the introduction, in 1999, of the right of access to palliative care (20). The French Public Health Code (FPHC) states:

Any sick person whose condition so requires has the right of access to palliative care and support” (art. L. 1110-9). Since the Kouchner Law of March 4, 2002 (21), the FPHC has stipulated

¹ In French, there are two different expressions for this right: “*droit à mourir*” and “*droit de mourir*”.

that “healthcare professionals shall use all means at their disposal to ensure that everyone lives with dignity until death (art. L. 1110-5).

2.2.2. *The right to refuse treatment*

Another interpretation of the right to die is related to refusing treatment and care. Although the Kouchner law enshrines the right to refuse or interrupt treatment, there is no indication on EOL issues. Art. L. 1111-4 of the FPHC states: “every person has the right to refuse or not to receive treatment. However, the patient’s care remains the responsibility of the physician, in particular palliative care”. Nevertheless, the medical team is obliged to inform the patient of the consequences of his/her decision, and to try to convince him/her not to do it if the refusal endangers his/her life. In this case, the patient must reaffirm his/her decision within a “reasonable time”. In all cases, it is clear that no medical act or treatment can be carried out without the free and informed consent of the patient. When a person is incapable of expressing their wishes, any intervention or decision to stop life-threatening treatment must comply with the collegial procedure (involving the doctor in charge of the patient and all the healthcare professionals concerned in this care), the advance directives or the consultation of the trusted support person, the family or close friends (FPHC, art. L. 1111-4).

2.2.3. *The right to refuse therapeutic obstinacy*

A third interpretation of the right to die is that which expresses the refusal of therapeutic obstinacy. In France, the Leonetti Law of April 22, 2005 (22) prohibits this practice. Also known as “unreasonable obstinacy”, this practice involves unnecessary, disproportionate, and suffering-inducing acts and treatments whose only effect is the artificial maintenance of life. The Claeys-Leonetti Law of February 2,

2016 (23) includes artificial nutrition and hydration among the treatments that can be stopped.

Thus, the right to die while refusing to undergo relentless treatment takes the form of pain management, support for the patient and his/her beloved ones, and the possibility of deep and continuous sedation until death. This can be done at the patient's explicit request or through his/her advance directives, or at the doctor's request; in both cases, with a collegial procedure (FPHC art. L. 1110-5-2 and art. R. 4127-37-1).

2.2.4. The right to be killed or to be helped to kill oneself

The final interpretation of the right to die is a strict one. It is intrinsically linked to the absolute voluntary autonomy of the subject to be deprived of life, either by claiming to be killed (euthanasia) or by claiming to be helped to kill oneself (i.e. PAS). The main argument in favor of this right is based on the right to autonomy (24,25)irremediable suffering from a medical condition is a legal requirement for access to assisted dying. According to the expressivist objection, allowing assisted dying for a specific group of persons, such as those with irremediable medical conditions, expresses the judgment that their lives are not worth living. While the expressivist objection has often been used to argue that assisted dying should not be legalised, I show that there is an alternative solution available to its proponents. An autonomy-based approach to assisted suicide regards the provision of assisted suicide (but not euthanasia embodied in the right to control one's own body.

3. The right to dispose of one's body

Cases relating to EOL issues must necessarily consider the argument of the right to dispose of one's body. The legal underpinnings of this right [3.1], often fragile are bound to reinforce its limitations [3.2] when it comes to assisted suicide.

3.1. *The legal foundations of the right to dispose of one's body*

There are two ways to understand the availability of the human body. On the one hand, there's material availability, which is the possibility of destroying the body; something that the person themselves can do. For example, the person can resort to masochistic acts (26, § 31), can injure himself and can commit suicide. On the other hand, by involving a third party, availability becomes legal. It is thus an authorization granted to "attack" bodily integrity, giving the possibility of "performing a legal act aimed at the partial—or even total—destruction of one's body" (27, p. 168). In the biomedical field, such authorization is regulated through legislative derogations allowing healthcare personnel to perform a medical act on another person's body, generally with the latter's consent (for example, healthcare personnel do not need to obtain a patient's consent before providing care if his/her life is in danger or his/her integrity is threatened). In the context of the EOL, the aim is to provide patients with the medical products they need to commit suicide. However, the right to dispose of one's body is not explicitly enshrined in legal texts. It may derive from three other rights, which may constitute an argument for a legal derogation permitting medical intervention on one's body. These rights are the right to bodily liberty [3.1.1], the right to autonomy [3.1.2] and the right to respect for private (the right to privacy) [3.1.3].

3.1.1. *The right to bodily liberty*

In France, some jurists, such as S.-M. Ferrié (27, pp. 74-83), X. Bioy (28, pp. 491-499) and D. Lochak affirm that the principle of availability of the human body is deduced from the "very general principle of freedom" (29, p. 29). More precisely, the bodily liberty refers to individual freedom recognized as a constitutional principle deriving from art. 2 and 4 of the 1789 Declaration of the Rights of Man and of the Citizen (DDHC): "freedom consists in being able to do everything that does not harm others". Additionally, it can also refer

to art. 3 of the Universal Declaration of Human Rights (UDHR), which states that “everyone has the right to life, liberty and security of person”.

3.1.2. *The right to autonomy*

Others (30) see this freedom to dispose of one’s body as deriving from the principle of personal autonomy enshrined, in 2002, by the European Court of Human Rights (ECtHR) in *Pretty v. United Kingdom* (31). In this case, the applicant was a 43-year-old woman who suffered from motor neuron disease, a progressive and incurable illness that leads to paralysis and ultimately death. After being diagnosed in 1999, her condition quickly worsened. Wanting to avoid a distressing and undignified ending, she wanted to control how and when she dies. As assisted suicide is a criminal offence, her lawyer sought assurance her husband would not be prosecuted if he helped her. The Director of Public Prosecutions refused the request “and the Divisional Court refused an application for judicial review”. This is why they have recourse to the ECtHR. While rejecting the petition, the Court defined autonomy as the “ability to conduct one’s life in a manner of one’s own choosing may also include the opportunity to pursue activities perceived to be of a physically or morally harmful or dangerous nature for the individual concerned” (31, § 61). However, there is no obligation on States to implement procedures facilitating the practice of assisted suicide (31, § 15, 44).

3.1.3. *The right to respect for private life*

Some (32,33) consider that the right to control one’s own body derives from art. 8 of the European Convention on Human Rights (ECHR), which guarantees the right to respect for private life. In two cases submitted to the ECtHR, the applicants used the argument of the right to private life (the right to privacy) to claim the right to die.

In the first case, the applicant, suffering from severe bipolar affective disorder, had applied to the authorities for permission to

obtain the lethal substance (pentobarbital) from a pharmacy without a doctor's prescription. His request was refused, and he took it to the ECtHR on the grounds of respect for the right to privacy (art. 8 of the ECHR). Thus, in *Haas v. Switzerland*, the Court affirmed that "Article 8 of the Convention did not impose on the States Parties a positive obligation to create the conditions for committing suicide without the risk of failure and without pain" (34, § 10). Furthermore, the Court points out that this case is not about the right to die or the liability of a third party who assists in a suicide. Rather, it concerns the applicant's ability to obtain a lethal substance without a prescription from a doctor. In fact, the applicant invoked the right to die with dignity, claiming that the absence of pentobarbital would render his suicide undignified, even though he was not suffering from an incurable terminal illness. The Court recalls that the Convention must be read as a whole: Article 2 requires the State to protect vulnerable people, including against themselves, if their decision to die is not free and informed. Therefore, the State has a duty to prevent suicide when the individual's will is uncertain or influenced (34, § 52, 54). Thus, the Court ruled unanimously that there had been no violation of the right to privacy (art. 8 of the Convention).

In the second case, the applicant has an advanced stage of amyotrophic lateral sclerosis (ALS). "He wishes to end, or shorten to a minimum, this phase of his disease by availing himself of some form of physician-assisted dying [...] in order to maintain his physical and mental integrity" (35, § 14). In Hungary, however, assisted dying (euthanasia and PAD/PAS) is not legal. He therefore lodged his application with the ECtHR on the grounds of the right to respect for private life. Nevertheless, in *Daniel Karasai v. Hungary*, the Court made it clear that it "is unable to accept this argument [existential suffering] as one which militates for an obligation under Article 8 of the Convention to legalize PAD [physician-assisted dying]" (35, § 158).

It follows that the right to respect for private life cannot constitute grounds for a right to die, nor for a positive obligation on the State "to take the necessary measures to permit a dignified suicide"

(34, § 53). However, for the first time, the Court refers to a positive obligation concerning palliative care. It affirms that the “heightened state of vulnerability warrants a fundamentally humane approach by the authorities to the management of these situations, an approach which must necessarily include palliative care that is guided by compassion and high medical standards” (35, § 158).

3.2. *The limits of the right to dispose of one’s body*

There are four main obstacles to the freedom to dispose of one’s body when claiming a right to die: the moral obligation [3.2.1], the involvement of a third party [3.2.2], the question of the body as property [3.2.3] and the principle of the unavailability of the human body [3.2.4].

3.2.1. *The moral obligation*

In the practice of free disposal of one’s body, moral obligation towards oneself can put a stop to it. However, this obligation is not a legal one (27, p. 184), i.e. it is not a binding law, but a matter of intimacy. Thus, a person who commits suicide may not consider the act as morally wrong. This is how we can understand the decriminalization of suicide (since the French Penal Code of 1791), which is based on art. 4 of the UDHR, which states: “Freedom consists in being able to do everything that does not harm others”.

3.2.2. *The involvement of a third party*

If moral obligation is not legal for oneself, this is not the case when it comes to the involvement of a third party. In fact, autonomy in the free disposal of the body, even in the act of taking one’s own life, is acceptable as long as it “does not involve a third party” (27, pp. 47, 61). There are two main reasons for this when it comes to PAS: the basis of the medical act (a) and the freedom of conscience (b).

a) The medical act

A set of rules and ethical principles govern medical acts, including those at the EOL. For example, art. R. 4217-38 of the FPHC states: “the physician must accompany the dying person until his/her last moments, ensure the quality of a life that is coming to an end through appropriate care and measures, safeguard the dignity of the patient and comfort those around him/her. The physician does not have the right to deliberately provoke death”.

This principle of not deliberately causing death, in other words “not killing”, which is in keeping with the Hippocratic oath, remains the very foundation of medical practice, and clearly responds to the basic principle of medical ethics: non-maleficence. Thus, giving death, or treating through death, cannot be considered as a medical act, as a care (36–39).

b) The freedom of conscience

According to the ECtHR, freedom of conscience “is one of the foundations of a ‘democratic society’ within the meaning of the Convention. In its religious dimension, it is one of the most essential elements of the believers’ identity and their conception of life, but it is also a precious asset for atheists, agnostics, skeptics and the indifferent. It is a question of the pluralism —dearly won over the centuries— that is consubstantial with such a society” (40, § 31). It implies the ability to act according to one’s own conscience (positive dimension) and not to be forced to act against one’s own conscience (negative dimension).

At the international level, this freedom of conscience is recognized by art. 8 of the International Covenant on Civil and Political Rights (ICCPR), art. 9 and 10 of the ECHR, the Resolution 1763 (2010) of the Parliamentary Assembly of the Council of Europe (41), the ECtHR’s case of *Bayatyan v. Armenia* (42) and art. 10.2 of the Charter of Fundamental Rights of the European Union. In France, freedom of conscience derives from art. 10 of the Constitution. In the context of questions relating to PAS, this freedom of

conscience applies to all individuals and particularly healthcare professionals.

In the case of any individual, this freedom of conscience can limit the exercise of the freedom to dispose of one's body in two ways. Firstly, there is a duty to assist a person in danger. Indeed, a person who claims the right to die in the name of freedom of bodily disposal may be in danger, since he/she wishes to kill himself/herself imminently. Thus, failure to assist a person in danger is an offence (art. 223-6 of the French Penal Code). In EOL cases, the aim is to dissuade the person from resorting to PAS (and euthanasia). Note that even a doctor is obliged to assist a person in danger, as specified by art. R. 4127-9 of the FPHC. Secondly, freedom of conscience implies the right to oppose a law, which goes against one's conscience, but which also, transgresses a universal principle (not to kill). This is freedom of expression. With the proposed law on aid in dying, art. 17 seriously undermines freedom of conscience by dissuading people from euthanasia or assisted suicide and limiting the right to freely express one's views on the subject.

In the case of healthcare professionals, the freedom of conscience can limit the exercise of the freedom to dispose of one's body. It is embodied in the right to conscientious objection and enshrined as a fundamental right. It is a duty not to obey an order, not because of its legality in relation to the validity of the law (positive law), but because of its legitimacy in relation to the question of right and wrong as discerned by conscience (natural law). This fact is enshrined in the Declaration of Geneva (1948), which states that physicians have a duty to exercise their "profession with conscience and dignity, in accordance with good medical practice". In France, conscientious objection is expressed through the conscience clause, which is twofold. On the one hand, there is the general conscience clause governed by art. R. 4172-47 of the FPHC, which stipulates that "except in emergencies and when failing in his duties of humanity, a doctor has the right to refuse care for professional or personal reasons". On the other hand, there is also a specific conscience

clause concerning contraceptive sterilization, embryo research and abortion. In Falorni's law proposition, a specific conscience clause has been created in art. 14. However, this law excludes pharmacists.

3.2.3. *The body as property*

If the disposal of the body can be considered as “an act with serious consequences on the patrimony” (in this case the body), an act that “engages the future” (in this case death) (27, p. 80), some people justify PAS by considering the body as a property that the person can dispose of (43). However, a fundamental question stands out: is it possible to consider the body as property? (44, pp. 74–76).

Property rights are based on the exclusion of others, a principle symbolically applied to the human body. Although the French Law considers the body as the person himself in his materiality (45), the French Civil Code (FCC) affirms the non-patrimony of the body/non-proprietary status (art. 16-1) and its protection against harm (art. 16-3), nevertheless, there is still this tendency (28, pp. 347-350) to consider that “My body belongs to me”. This vision allows a certain *usus* (enjoy and take advantage from one's body) and *abusus* (dispose of one's body) (46). If we follow this interpretation, it is possible to favor the idea of free disposal of one's body by asking for PAS. However, such a vision is reductive and presents a meta-ontological problem. The human being is not just “his” body, and the body cannot exhaust the “totality” of the human being. If this is the case, we fall into the anthropological monism according to which only the individual will become the norm through the process of subjectivization. This “is the process of appropriation and domination of reality by the mind” (47, p. 95) through total liberation from all constraints and laws that impede this freedom to dispose of one's body. Consequently, according to this reasoning, one may ask for PAS.

If we are to consider the body as property and dispose of it freely, the right of ownership presupposes also a spatial distance

between the subject and the object, which is not possible between the person and his body. In this sense, it is impertinent to claim a right to die in the name of the availability of the body, which is not property. Beyond this impossibility, the ethical-legal approach also implies viewing the body in both its individual and universal dimensions. This is how T. Pech reformulates this idea through such clear-cut reasoning:

- a) No one disposes of 'the humanity of human being, b) The person is the juridical entity bearing this humanity, c) The body is assigned to the person and is not a property of the person, d) The body is therefore also the bearer of this humanity of human being, e) Therefore, no one can freely dispose of his/her body or the body of others (48).

3.2.4. *The unavailability of the human body*

Although it is not explicit in international and national legislation (27, pp. 55-56; 28, pp. 699-702), the principle of the unavailability of the human body derives from three other principles attached to the French constitutional principle of safeguarding human dignity (49). The three principles are inviolability (protection against infringement by third parties, art. 16-1 of the FCC and art. 3 of the ECHR), non-patrimoniality (rejection of the commercialization of the body, art. 16-1, al. 3 of the FCC) and integrity (art. 16-3 of the FCC). In the context of PAS, the principle of the integrity of the human body occupies an important place. Indeed, disposing of one's body for a medical act presupposes the act of damaging that body. However, this possibility is strictly permitted if it respects two conditions according to art. 16-3 of the FCC: therapeutic interest (a) and consent (b).

a) The therapeutic interest

“The integrity of the human body may only be violated in cases of medical necessity for the person in question, or exceptionally in the

therapeutic interests of others” (art. 16-3 of FCC). Disposing of one's body by allowing a third party to interfere with the body is only based on medical or therapeutic necessity.

However, in a state of intractable suffering, “the person who requests euthanasia [or PAS] is not, a priori, in a state that would medically necessitate euthanasia [PAS], in the sense that euthanasia [or assisted suicide] would enable him or her to recover” (50). Therefore, there is no medical necessity or therapeutic motive to result in the person's death, considering that the aim of medicine is to promote survival, healing, and relief while maintaining life (without therapeutic obstinacy, as presented in the Claeyls-Leonetti 2016 law).

b) The consent

Consent is a second condition for being able to dispose of one's body by allowing it to be violated and thus reclaiming a right to die. For consent to be valid, it must be free from error, fraud and violence. The person giving consent must be in full possession of his/her mental and intellectual faculties (FCC, art. 1145-1150), which implies the freedom of the individual.

Nevertheless, two main constraints stand in the way of consent (51, pp. 54-55). The first one is the internal constraint, with the feeling of being a burden to loved ones (52,53), not to mention the psychological state one may be going through during a serious illness or vulnerability (54). The second one is the external constraint, expressed by familial, economic (55), political (normative) and media pressures (56,57). Indeed, Falorni's law rejected all amendments (58) guaranteeing free and informed consent and creating some kind of external constraint, such as these:

- AS14 addresses the suppression of psychological suffering, which «is often complex and multifactorial. Its assessment is not may vary considerably from one health professional to another; [...] it could lead to abuse, particularly towards vulnerable people who may feel compelled to request euthanasia because of external pressures or temporary mental disorders”.

- AS51: Do not be in a state of weakness or psychological vulnerability.
- AS281 concerns the opinion of a psychologist before PAS.
- AS559 concerns the doctor's right to contact Public Prosecutor, if the doctor has any doubts about the patient's free request and the pressure exerted on him/her.
- AS967, which "aims to prevent the act of aid in dying being used as a platform or instrument for political or media pressure".
- AS994 emphasizes the importance of verifying discernment so that it is not impaired.
- AS1019 on free and informed consent, which must be revocable without form and at any time (as states art. 5 of Oviedo Convention and human rights principles regarding health).

This rejection implies that access to PAS can be provided through abuse of weakness, without consent, without discernment and without the capacity to make an informed and enlightened decision. Is it possible to talk about the right to dispose of one's body and the right to die if consent is biased?

4. Conclusion

The question of the right to die is a legal and logical issue that can only be addressed in the light of the right to life, since the right to die "paradoxically presupposes what it denies and denies what it presupposes, namely life itself" (59, p. 61). Indeed, without life, it is impossible to presuppose all other rights (60, p. 156). In other words, any claimed right can only derive from life, as a universal fundamental right and value, and can only serve life. This is why, the ECtHR, in case *Pretty v. the United Kingdom*, clearly stated that "that no right to die, whether at the hands of a third person or with the assistance of a public authority, can be derived from Article 2 of the

Convention [the right to life]" (31, § 40). Hence, the three main conclusions are:

- a) Although the National Assembly has created a right to assistance in dying, this right remains an aberration because it constitutes a categorical negation of all other rights. Death itself is not a right, but a fact that all living beings, including human beings, have to face. The demand for a right to die, or to be helped to die in the strict sense of the term, remains an impertinent right, as it raises fundamental ethical and legal dilemmas. It only reflects a medical, political and social evolution that has transformed our approach to death.
- b) The right to dispose of one's body is not an absolute freedom, since its exercise is subject to several limits. It is neither an enforceable right, which is a legal concept meaning that "the right that has been recognized to the citizen can be 'opposed' to an authority charged with implementing it" (61). A person cannot "demand any positive action from the State other than the protection of this freedom against third parties" (28, p. 496), while respecting the fundamental rights of these third parties and the moral public order (26,62). In EOL issues, moral public order implies not violating the universal principle of not killing or asking for help to kill oneself.
- c) The PAS and EOL are not questions of the right to die. Rather, they should lead us to reevaluate our relationship with death and encourage «other forms of solidarity [such as palliative care] besides the gift of death in order to take on our human responsibilities where they are legitimate and committed» (63, p. 152).

References

1. Vollaire C. Le biopouvoir sur la mort. *Médecine Palliat Soins Support - Accompagnement - Éthique* [Internet]. 2005 [cited 2025 May 3]; 4(4):199–202. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1636652205815958>

2. Godin C. La fin de vie comme question politique. *Droit Cult Rev Int Interdiscip* [Internet]. 2018 [cited 2025 May 3]; (75):203–14. Available from: <https://journals.openedition.org/droitcultures/4449>
3. Assemblée nationale. Assemblée nationale. 2025 [cited 2025 May 18]. Analyse du scrutin n°1805. Deuxième séance du samedi 17 mai 2025 Scrutin public n°1805 sur l'article 2 de la proposition de loi relative au droit à l'aide à mourir (première lecture). Available from: <https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/17/scrutins/1805>
4. Falorni O. Proposition de loi, n° 1364-A0 relative à la fin de vie (Première lecture) [Internet]. 2025. Available from: https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/17/textes/17b1364_texte-adopte-commission
5. Assemblée nationale. Assemblée nationale. 2025 [cited 2025 Jul 3]. Compte rendu de la séance du samedi 24 mai 2025. Available from: <https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/17/comptes-rendus/seance/session-ordinaire-de-2024-2025/seance-du-samedi-24-mai-2025>
6. Bounon L, Lassaunière JM. La médicalisation de la mort. *Éthique Santé* [Internet]. 2014 [cited 2025 Apr 24]; 11(4):195–201. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1765462914000750>
7. Surveillance sanitaire de la mortalité toutes causes confondues [Internet]. Saint-Maurice: Santé publique France; 2025 [cited 2025 Apr 24]. Available from: [https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/690367/4543160?version=1#:~:text=A%20partir%20des%20certificats%20%C3%A9lectroniques,S01\)%20\(Figure%202\)](https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/690367/4543160?version=1#:~:text=A%20partir%20des%20certificats%20%C3%A9lectroniques,S01)%20(Figure%202))
8. Institut national de la statistique et des études économiques. INSEE. Décès quotidiens et mensuels depuis janvier 2024 [Internet]. Montrouge: Institut national de la statistique et des études économiques; 2025 [cited 2025 Apr 24]. Available from: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/8320119?sommaire=7764286#consulter-sommaire>
9. Pennec S, Gaymu J, Riou F, Morand E, Pontone S, Aubry R. Mourir chez soi : un souhait majoritaire mais une situation peu fréquente. *Popul Sociétés* [Internet]. 2015 [cited 2025 Apr 24]; 524(7):1–4. Available from: <https://shs.cairn.info/revue-population-et-societes-2015>
10. Castra M. Les reconfigurations du rapport à la mort et à la fin de vie dans la société française contemporaine. In: Cuchet G, Laubry N, Lauwers M, editors. *Transitions funéraires en Occident : Une histoire des relations entre morts et vivants de l'Antiquité à nos jours* [Internet]. Rome: Publications de l'École française de Rome; 2023 [cited 2025 Apr 24]. (Collection de l'École française de Rome). Available from: <https://books.openedition.org/efr/56321>
11. Plaisance A. Qulysis. 2025 [cited 2025 Apr 24]. Une invitation à repenser le mourir. Available from: <https://www.qulysis.com/fr/post/une-invitation-a-repenser-le-mourir>
12. Supiot A. *Homo juridicus. Essai sur la fonction anthropologique du Droit*. Paris: Points; 2009.
13. Larson E. Euthanasia in America - Past, Present, and Future: A Review of A Merciful End and Forced Exit. *Mich Law Rev* [Internet]. 2004 [cited 2025 Apr 24]; 102(6):1245–62. Available from: <https://repository.law.umich.edu/mlr/vol102/iss6/12>

14. Benzenhöfer U, Hack-Molitor G. Luis Kutner and the development of the advance directive (living will) [Internet]. Wetzlar: Frankfurter Studien zur Geschichte und Ethik der Medizin Bd. 3 hrsg. von U. Benzenhöfer; 2009 [cited 2025 Apr 24]. Available from: <https://d-nb.info/1095663763/34>
15. L'Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité [Internet]. [cited 2025 Apr 18]. Available from: <https://www.admd.org/>
16. The World Federation of Right to Die Societies – Ensuring Choices for a Dignified Death [Internet]. [cited 2025 Apr 24]. Available from: <https://wfrtds.org/>
17. We should all have the right to die with dignity [Internet]. Death With Dignity. [cited 2025 Apr 24]. Available from: <https://deathwithdignity.org/>
18. De La Gontrie MP. Proposition de loi no 131 visant à établir le droit à mourir dans la dignité [Internet]. 2020. Available from: <https://www.senat.fr/leg/ppi20-131.html>
19. Loi n° 95-116 du 4 février 1995 portant diverses dispositions d'ordre social (1) [Internet]. Available from: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORF-TEXT000000166739/>
20. Loi n° 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs (1) [Internet]. Available from: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORF-TEXT000000212121/>
21. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1) [Internet]. Available from: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000227015/>
22. Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie (1) [Internet]. Available from: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORF-TEXT000000446240/>
23. Loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie (1). JORF n°0028 du 3 février 2016 [Internet]. Available from: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000031970253>
24. Braun E. An autonomy-based approach to assisted suicide: a way to avoid the expressivist objection against assisted dying laws. J Med Ethics [Internet]. 2023 [cited 2024 Apr 16]; 49(7):497–501. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10359509/>
25. Dykhuis A. Autonomy and the Patient's Perspective on Physician-Assisted Suicide. Nurs Masters Pap [Internet]. 2020 [cited 2025 Jun 25]; Available from: <https://openriver.winona.edu/nursingmasters/384>
26. CEDH. Laskey et autres c. Royaume-Uni, n° 21627/93; 21628/93; 21974/93, 19 février 1997 [Internet]. Available from: <https://hudoc.echr.coe.int/app/conversion/pdf/?library=ECHR&id=001-62580&filename=001-62580.pdf>
27. Ferrié SM. Le droit à l'autodétermination de la personne humaine: Essai en faveur du renouvellement des pouvoirs de la personne sur son corps. Paris: IRJS; 2018.
28. Bioy X. Le concept de personne humaine en droit public. Recherche sur le sujet des droits fondamentaux. Paris: Dalloz; 2003.
29. Lochak D. La liberté sexuelle, une liberté (pas) comme les autres ? In: La Liberté sexuelle [Internet]. Paris: PUF; 2005 [cited 2023 Jul 15]. p. 7–37. Available from: <https://hal.parisnanterre.fr/hal-01762202>

30. Smeyers D. Le droit de disposer de son corps dans la Convention européenne des droits de l'homme [Internet] [Mémoire]. [Louvain]: Université Catholique de Louvaine; 2015 [cited 2025 May 14]. Available from: https://dial.uclouvain.be/memoire/ucl/en/object/thesis:3420/datastream/PDF_01/view
31. EtCHR. Pretty v. the United Kingdom, No 2346/02, 2002 [Internet]. Available from: <https://hudoc.echr.coe.int/fre#%7B%22itemid%22:%5B%22001-60448%22%5D%7D>
32. Lagarde E. Le principe d'autonomie personnelle. Etude sur la disposition corporelle en droit européen. [Internet] [These de doctorat]. [Pau]: Université de Pau et des pays de l'Adour; 2012 [cited 2025 May 14]. Available from: <https://theses.fr/2012PAUU2003>
33. Etoa S. Corps humain et liberté. Cah Rech Sur Droits Fondam [Internet]. 2017 Nov 1 [cited 2025 May 14];(15):19–26. Available from: <https://journals.openedition.org/crdf/543>
34. EtCHR. Haas v. Switzerland, No 31322/07, January 20, 2011 [Internet]. Available from: <https://hudoc.echr.coe.int/fre#%7B%22itemid%22:%5B%22001-102940%22%5D%7D>
35. EtCHR. Daniel Karsai v. Hungary, No 32312/23, 2024 [Internet]. Available from: <https://hudoc.echr.coe.int/eng#%7B%22itemid%22:%5B%22001-234151%22%5D%7D>
36. Dallaporta B, Hocini F. Tuer les gens, tuer la terre. Paris: Compagnons; 2024.
37. Fourcade C. Donner la mort n'est pas un soin. Innov Thérapeutiques En Oncol [Internet]. 2023 [cited 2025 May 14];9(5):229–30. Available from: https://www.jle.com/fr/revues/ito/e-docs/donner_la_mort_nest_pas_un_soin_332870/article.phtml?tab=citer
38. Hirsch E. Emmanuel Hirsch : Soigner par la mort n'est pas un soin [Internet]. 2024 [cited 2025 May 14]. Available from: <https://www.lavie.fr/actualite/societe/emmanuel-hirsch-soigner-par-la-mort-nest-pas-un-soin-93500.php>
39. De Hennezel M. Le Figaro. 2025 [cited 2025 May 14]. La loi sur l'aide à mourir n'est ni juste, ni équilibrée, ni fraternelle. Available from: <https://www.lefigaro.fr/vox/societe/marie-de-hennezel-la-loi-sur-l-aide-a-mourir-n-est-ni-juste-ni-equilibree-ni-fraternelle-20250509>
40. ECtHR. Kokkinakis v. Grèce, No 14307/88, 1993 [Internet]. Available from: <https://hudoc.echr.coe.int/eng#%7B%22itemid%22:%5B%22001-57827%22%5D%7D>
41. Parliamentary Assembly. Resolution 1763 (2010) - The right to conscientious objection in lawful medical care [Internet]. 2010. Available from: <https://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-en.asp?fileid=17909&lang=en>
42. ECtHR. Bayatyan v. Armenia, No 23459/03, 2011 [Internet]. Available from: <https://hudoc.echr.coe.int/eng#%7B%22itemid%22:%5B%22001-105611%22%5D%7D>
43. Anderson A. My Body, My Choice: Should Physician-Assisted Suicide Be Legalized in the United States for Individuals with Chronic Mental Illness? Tex AM Law Rev [Internet]. 2023 [cited 2025 Jun 26]; 10(2):269–97. Available from: <https://scholarship.law.tamu.edu/lawreview/vol10/iss2/4>
44. Badr M. L'autonomisation de la femme par l'avortement et la contraception dans les Objectifs de Développement Durable de l'ONU. Bordeaux: Les Études Hospitalières. LEH; 2025.

45. Kernaleguen F. Le principe de non-patrimonialité du corps humain à l'épreuve de la réalité. In: *La non-patrimonialité du corps humain: du principe à la réalité Panorama international*. 1ère. Bruxelles: Bruylant; 2017. (Droit, Bioéthique et Société).
46. Neirinck C. Le corps humain. In: Tomasin D, editor. *Qu'en est-il de la propriété?: L'appropriation en débat* [Internet]. Toulouse: Presses de l'Université Toulouse Capitole; 2006 [cited 2023 Jun 21]. (Travaux de l'IFR). Available from: <https://books.openedition.org/putc/1742>
47. Puppink G. *Les droits de l'homme dénaturé*. Paris: Le Cerf; 2018.
48. Pech T. La dignité humaine. Du droit à l'éthique de la relation. *Éthique Publique* [Internet]. 2001 [cited 2023 Jul 17];3(2). Available from: <https://journals.openedition.org/ethiquepublique/2526>
49. Cons. const. Décision n° 94-343/344 DC du 27 juillet 1994. Loi relative au respect du corps humain et loi relative au don et à l'utilisation des éléments et produits du corps humain, à l'assistance médicale à la procréation et au diagnostic prénatal. JORF du 29 juillet 1994 [Internet]. Available from: <https://www.legifrance.gouv.fr/cons/id/CONSTEXT000017666553>
50. Degoy L. *Essai sur la notion de nécessité médicale* [Internet] [Thèse]. [Toulouse]: Université de Toulouse; 2013 [cited 2025 May 14]. Available from: <http://www.theses.fr/2013TOU10015>
51. Keown J. *Euthanasia, Ethics and Public Policy: An Argument Against Legalisation*. 2d edition. Cambridge: Cambridge University Press; 2018.
52. Scheeres-Feitsma TM, van Laarhoven AJMK, de Vries R, Schaafsma P, van der Steen JT. Family involvement in euthanasia or Physician Assisted Suicide and dementia: A systematic review. *Alzheimers Dement* [Internet]. 2023 [cited 2025 Jun 26];19(8):3688–700. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/alz.13094>
53. Wijngaarden E van, Alma M, The AM. 'The eyes of others' are what really matters: The experience of living with dementia from an insider perspective. *PLOS ONE* [Internet]. 2019 [cited 2025 Jun 26];14(4):e0214724. Available from: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0214724>
54. Mullock A, Lewis J. Assisted dying, vulnerability, and the potential value of prospective legal authorization. *Med Law Rev* [Internet]. 2025 [cited 2025 Jun 26];33(2). Available from: <https://doi.org/10.1093/medlaw/fwaf014>
55. Doublet YM, Favre P. *Les non-dits économiques et sociaux du débat sur la fin de vie* [Internet]. Paris: Fondation Pour L'Innovation Politique; 2025 [cited 2025 Mar 11]. Available from: <https://www.fondapol.org/etude/les-non-dits-economiques-et-sociaux-du-debat-sur-la-fin-de-vie/>
56. Favre P. Derrière les demandes d'euthanasie, une liberté, vraiment ? In: *Fins de la vie: Les devoirs d'une démocratie*. Paris: Le Cerf; 2025.
57. Bache I. How (and when) does party matter? Explaining MPs' positions on assisted dying/assisted suicide. *Parliam Aff* [Internet]. 2025 [cited 2025 Jun 26]; Available from: <https://eprints.whiterose.ac.uk/id/eprint/224624/>

58. Assemblée nationale [Internet]. [cited 2025 May 3]. Amendements déposés sur le texte n° 1100. Available from: https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/17/amendements?dossier_legislatif=DLR5L17N51670&examen=EXANR5L17PO420120B-1100P0D1
59. Vitale AR. L'eutanasia come problema biogiuridico. 1er édition. Milano: Franco Angeli; 2017.
60. Hervada J. Introduction critique au droit naturel. Bordeaux: Bière; 1991.
61. Haut Comité pour le Droit au Logement. Haut Comité pour le Droit au Logement. 2010 [cited 2024 Mar 5]. Un droit opposable, qu'est-ce que c'est ? Available from: <https://www.hclpd.gouv.fr/un-droit-opposable-qu-est-ce-que-c-est-a32.html>
62. CE, ass. 27 octobre 1995, n° 136727, Publié au recueil Lebon [Internet]. Available from: <https://www.legifrance.gouv.fr/ceta/id/CETATEXT000007877723/>
63. Hirsch E. Devoir mourir, digne et libre. Paris: Le Cerf; 2023.

¿Prejuicios en la IA? Análisis del sesgo algorítmico y una propuesta de solución

Biases in AI? An analysis of algorithmic bias and a proposed solution

Pablo de Robina Duhart*
Tiffin University, Ohio, Estados Unidos

<https://doi.org/10.36105/mye.2025v36n4.02>

Resumen

La Inteligencia Artificial (IA), desde su configuración, como una serie de algoritmos que sirven para obtener información de manera inmediata y razonada, ha planteado dilemas considerables en torno a qué y cómo es que se diseña la programación, sobre todo porque quien está detrás de dicho proceso puede y, de hecho, transfiere sus propios prejuicios a la programación en torno a la visión humana que tiene detrás. Este proceso de transferencia se llama sesgo algorítmico, que será lo que discutiremos en el presente artículo, analizaremos

* Profesor en Tiffin University, Ohio, Estados Unidos. Correo electrónico: derobinap@tiffin.edu <https://orcid.org/0000-0003-4939-6264>

Recepción: 24/04/2025 Aceptación: 04/06/2025

CÓMO CITAR: Robina Duhart, P. (2025). ¿Prejuicios en la IA? Análisis del sesgo algorítmico y una propuesta de solución. *Medicina y ética*, vol. 36, núm. 4. DOI: <https://doi.org/10.36105/mye.2025v36n4.02>



Esta obra está protegida bajo una Licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 4.0 Internacional.

sus impactos y la forma en que podríamos aminorarlos o, incluso, eliminarlos. En ese sentido, se propone que sean equipos interdisciplinarios que, al tener diseños transparentes con consideraciones éticas y bioéticas mitiguen los sesgos fomentando así la dignidad humana y la justicia social.

Palabras clave: sesgo algorítmico, inteligencia artificial, equidad, justicia, rendición de cuentas.

1. Introducción

Si bien es cierto que la Inteligencia Artificial (IA) ha estado en nuestra realidad desde hace mucho tiempo, no fue sino a finales de 2021, con la apertura pública de *ChatGPT*, que la IA se puso al centro del diálogo de la sociedad como una herramienta omnipresente y omnipotente que permite influir en todos los aspectos de la vida y la sociedad (1): desde la toma de decisiones a diversos niveles para optimizar la eficiencia (2); hasta la atención médica en la búsqueda de diagnósticos menos subjetivos y más precisos (3). En ese sentido, la IA ha generado un cambio sustancial en la forma de afrontar la vida y, por ello, generar una promesa de mejorar la calidad de vida, pero también la eficiencia de aquellos sistemas que la han adoptado (4); no obstante, esta promesa también ha suscitado diversas preocupaciones, entre ellas, una de las más imponentes es el fenómeno denominado: sesgo algorítmico.

El sesgo algorítmico surge como un problema fundamental que desafía a la ética y la bioética en el uso de la IA en términos de equidad, igualdad y justicia debido a los sistemas que utilizan la IA generan información y predicciones que “beneficia(n) sistemáticamente a un grupo de individuos frente a otro[s], resultando así injustas o desiguales” (5, p. 29). En ese sentido, el sesgo es un instrumento de perpetuación y amplificación de los prejuicios humanos que pueden resultar dañinos para la sociedad (6).

El problema no es menor, ya que los sesgos, si bien pueden ser conscientes, en su mayoría son inconscientes y, por ende, están incrustados en los algoritmos de la IA, lo que fomenta que la toma de decisiones, el uso de los sistemas de IA y las desigualdades sociales estén no sólo en las personas, sino, de manera inherente, en cada uno de los sistemas de IA.

Sin embargo, demos un salto atrás y expliquemos qué es el sesgo algorítmico y por qué es tan preocupante. Como sabemos, todo sistema de IA debe tener una programación, misma que se lleva a cabo por un ser humano o un grupo de personas que, de manera directa o no, trasladan todo su conocimiento, bases de datos, su moral y sus prejuicios a la IA (7). Una vez realizada la programación, el sistema debe ser alimentado con información, misma que también puede estar sesgada por sexo, género, raza, etc. lo que fomenta que la IA no pueda procesar la información completa y, desde su origen, tenga ya programada información específica con la que va a procesar todos sus análisis y la generación de respuestas.

En ese sentido, al tener un sesgo en la información, así como ciertos prejuicios y moralidades que están detrás de la programación, fomentan que la respuesta de la IA tenga, de suyo, injusticias y/o actos discriminatorios en sus tomas de decisiones, debido a la lógica de la IA, lo que puede afectar los resultados del proceso de análisis (8,9).

Por lo anterior, es vital reconocer que, a medida que la IA se vuelve cada día más parte de nuestras vidas, reconozcamos la existencia de los sesgos algorítmicos y busquemos eliminarlos, en la medida de lo posible, ya que, como sabemos, los sistemas de IA están diseñados para imitar el pensamiento humano, lo que, de manera natural, hará que se perpetúen, de manera inadvertida, los sesgos presentes en su programación.

Es por ello por lo que problema del sesgo algorítmico plantea diversos desafíos técnicos, que implican a la ética, la antropología y la filosofía, de manera fundamental, en el proceso de desarrollo de la

tecnología y, sobre todo de los sistemas de IA que están detrás de ésta, con miras al futuro desarrollo de una sociedad más justa, así como a la interacción social en pro del bien común y el respeto de la dignidad y la naturaleza humana (8).

Por lo anterior, el impacto del sesgo algorítmico no se queda sólo en ámbitos de la ética y la sociedad, sino de la bioética, ya que no sólo implica la generación de texto, audio o video, como son las IA generativas; sino que, debido a que dichos sistemas están cada día más inmersos en diversos ámbitos de la vida humana —como en la salud, la política, el mundo empresarial e, incluso, la educación—, es importante garantizar la dignidad, la equidad y la justicia; frente a un mundo que genera injusticia sistemática y, por ende, discriminación constante ya sea por raza, género o etnia, por decir algunos ejemplos (5).

De esa manera, el objetivo del presente es profundizar en el conocimiento del sesgo, para identificar la forma en que se presenta, entenderlo y, con ello generar estrategias que lo mitiguen en todos los sistemas de IA. En ese sentido, debemos abordar estrategias que hagan conscientes los sesgos desde un inicio, previa la programación y el entrenamiento de la IA y asegurar que tanto la tecnología, como el desarrollo de los sistemas de IA sigan avanzando, a su ritmo, pero siempre con base en la dignidad humana y en pro del beneficio social, acercando a la sociedad, en lugar de fisurarla más de lo que ya puede estar en la actualidad.

En ese sentido, algunas de las propuestas que surgen para lo anterior, y que analizaremos más adelante, son: la diversificación de datos (frente a la discriminación de éstos), la revisión y actualización de los sistemas con un enfoque ético (frente a los sesgos morales y sociales) y el aumento de la transparencia y la explicabilidad de los algoritmos (frente a una secrecía de la información) (5). De lo anterior se desprende la necesidad de analizar el problema para asegurar que los avances de la IA y la tecnología promuevan una sociedad más justa y equitativa para todos (11,12).

2. Origen del sesgo algorítmico

Como hemos podido observar en la introducción, todo sistema de IA tiene un algoritmo que hace que dicho sistema funcione de manera adecuada y nos presente la información que requerimos de ellos. No obstante, también hemos reconocido que existen problemas en la programación y en el entrenamiento de este debido a los sesgos existentes de antemano. Así, a través del uso de los sistemas de IA estamos fomentando, de manera indirecta, ciertos resultados sesgados y que, lamentablemente, son producto de los sesgos sociales de los programadores y/o de la información con la que son entrenados (7).

Por lo anterior, es importante reconocer que los algoritmos de la IA están diseñados para emular el proceso de pensamiento humano, lo que lleva, de manera natural, a que generen ideas y elaboren juicios que, voluntaria o involuntariamente, perpetúan tanto las ideas positivas, como los prejuicios negativos que existen, tanto en los datos entrenados, como en la sociedad. Esto, por ende, puede generar dilemas en la IA, sobre todo, pero esto por falta de información de datos de algún grupo social y no por parte de un prejuicio, que se discrimine a algún grupo social, esto, ya es un sesgo de manera natural lo que discrimina, en diversos sistemas de justicia penal o en temas de género, a la sociedad y puede generar problemas de clasificación de casos o la toma de decisiones (7).

En ese sentido, no es menor decir que la presencia de los sesgos algorítmicos son un desafío ético y bioético por las consecuencias que puede tener para la sociedad y el medio ambiente (10). En ese sentido, es muy importante reconocer que los algoritmos, aunque producto de la tecnología, son programados por personas y, por ende, alimentados por las decisiones humanas preexistentes tanto por el diseño, como por el entrenamiento que llevan los sistemas; pero también por los propios usuarios al momento de utilizar la IA; por lo tanto, es necesario abordar efectivamente el sesgo desde su

naturaleza, así como de los impactos éticos y bioéticos que éstos presentan (9).

Por lo anterior, es muy importante comprender adecuadamente los orígenes de los sesgos algorítmicos para lograr mitigar los efectos que éstos pueden generar en la sociedad, por ello, los datos que ya están sesgados desde su origen son un factor preponderante, por ello Abràmoff *et al.* (13) señalan que los sistemas de inteligencia artificial y de aprendizaje automático (AI/ML) aprenden a tomar decisiones a partir de los datos con los que son entrenados (tanto durante el proceso de desarrollo, como en el uso cotidiano, ya que éste también sigue entrenando a la IA).

Uno de los estudios revisados en casos de equidad en salud (13), señala que el acceso equitativo a diagnósticos con uso de IA y al tratamiento de datos se puede exacerbar por los sistemas de AI/ML dependiendo de cómo se aborden los sesgos; esto debido a que, como mencionamos anteriormente, o no existe la información suficiente, o, en su defecto, puede producir inequidades en los diagnósticos debido a los prejuicios programados. Existen otros casos que se han documentado que pueden mostrar el problema del sesgo algorítmico, por ejemplo, cómo es que en la atención sanitaria existen sesgos de género, donde se ha diagnosticado a mujeres de manera menos precisa en comparación a los hombres debido a la subrepresentación de las primeras en conjuntos de datos de entrenamiento (14).

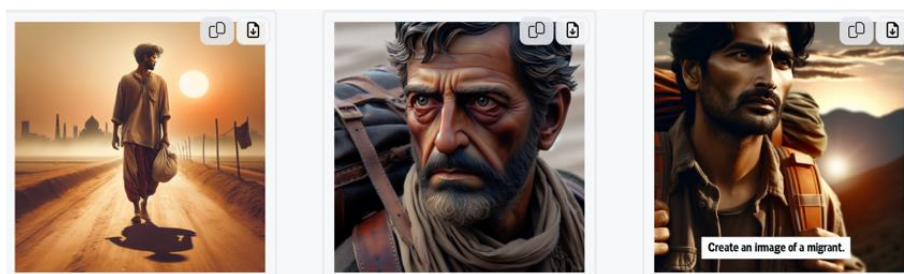
Por otra parte, también hay que mencionar que los sesgos algorítmicos pueden tener su origen en el modo en que se diseñan, construyen y estructuran los algoritmos, lo que, de manera automática, influye en la forma de procesar la información y la toma de decisiones. Por ende, la selección de variables y datos, la definición de vínculos y los criterios utilizados para el éxito, o no, en la obtención de resultados puede sesgar la forma en que un algoritmo se comporta y, por ende, la forma en que se presentan suposiciones y/o prejuicios, sobre todo porque, en informática: el orden de los factores sí altera el producto.

Akter *et al.* (15) hacen eco en que, en áreas como el marketing, la presencia del sesgo algorítmico puede tener impactos fundamentales y opresivos en diversos grupos de *buyer persona* debido a las decisiones en el diseño, el contexto y la aplicación del algoritmo y lo que éste representa en la ubicación, colores, uso de imágenes y marca a la hora de la publicidad y de la ubicación de los productos tanto en páginas de ventas por internet, como en los locales presenciales. Esto, como se mencionó anteriormente, es parte de la disposición de los algoritmos que, de manera indirecta, genera sesgos en la información producida o, incluso, en la forma en que se solicita la información a la IA.

Como hemos podido ver hasta ahora, tanto la propagación de los prejuicios sociales, de manera directa o indirecta; el entrenamiento de la IA, así como la forma del diseño de los sistemas de IA generan sesgos en la información y la forma en que buscamos ayuda, por ello, hay que tener una consideración cuidadosa del diseño, la programación y el entrenamiento de los algoritmos y la presentación de los sistemas de IA para evitar caer en ellos.

Veamos ahora, en la práctica, cómo estos ejemplos, en el desarrollo de imágenes pueden aplicarse a nociones muy sencillas, pero que tienen un impacto importante en cómo las personas pueden utilizar la información: en la Figura 1, la primera imagen es la respuesta a la idea de un migrante, donde, se mantiene la idea de una persona “con buena salud” pero de tez morena; la Figura 2, refuerza los estereotipos del mexicano como un charro y, en la Figura 3, se observa una persona de servicio doméstico como un mayordomo de clase alta y con recursos de primer nivel; en ninguno de los tres casos, se presentan mujeres en las imágenes (sesgo de género).

Figura 1. Un migrante



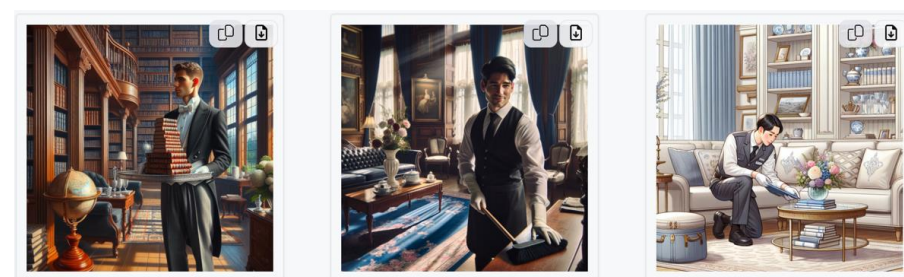
Fuente: desarrollo propio utilizando Bearly.ai

Figura 2. Un mexicano ()



Fuente: desarrollo propio utilizando Bearly.ai

Figura 3. Una persona de servicio doméstico



Fuente: desarrollo propio utilizando Bearly.ai

Como se puede observar, aunque podrían parecer insignificantes, estos efectos presentados en las imágenes están perpetuando la inequidad social y de género, todos hombres, con buena condición física e, incluso, parece que económica. Por ello, debemos considerar que, si esto es algo sencillo a lo que cualquiera tiene acceso, si llevamos estos sesgos a sistemas más completos y robustos, estaríamos demostrando que los sistemas de IA pueden profundizar las desigualdades existentes, así como potencializarlas y crear nuevas formas de discriminación.

Por un lado, al potenciar las desigualdades, los algoritmos legitiman estructuras de poder desiguales, lo que genera la negación de oportunidades y de acceso equitativo a diversos servicios o productos (7,16); por otro lado, también amplifican la discriminación en el acceso y uso de estas a nivel social.

Por lo anterior, es muy importante empezar a generar estrategias de mitigación de los sesgos enfocadas tanto en la fuente de datos que nutre a los sistemas de la IA como en el diseño y programación de los propios sistemas, lo que implica que, de manera directa se intervenga en la tecnología y en la consideración de sus aplicaciones y consecuencias para todos los contextos, en general; pero también para cada contexto en específico (16).

3. Diversas implicaciones en el ámbito social, ético y bioética

Como hemos podido observar, las implicaciones del sesgo algorítmico son múltiples y profundas, que van desde replicar estereotipos de una cultura o un género particular; hasta fomentar discursos que, de manera velada, atentan ya contra la dignidad de una persona por su género, sexo, religión, etcétera, de manera inintencionada. Obviamente, esto tiene un impacto directo en la sociedad, en la ética y la bioética ya que, como señalan Barocas, Hardt, & Narayanan (7), el sesgo algorítmico puede agravar las desigualdades sociales

existentes, lo que lleva a consideraciones éticas y bioéticas en el uso de los sistemas de IA para la promoción de la justicia y la equidad.

Algunos de los ejemplos que Diakopoulos (10) plantea son los sistemas de justicia basados en sistemas de IA, ya que, en caso de haber sesgos en sus algoritmos, ciertos grupos étnicos podrían ser tratados de manera injusta, incluso discriminatoria, por lo que se podría agravar o confirmar que, debido a la pertenencia a estos grupos pueden sufrir más o solventar mejor el peso de la ley, razones mediante las cuales se elimina la justicia y la equidad para contextos críticos.

Otro de los sesgos que puede afectar en términos bioéticos es la disposición de la autonomía y el consentimiento informado para diversos tratamientos, ya que, en caso de existir los sesgos, la primacía en la atención, así como el trato digno a las personas puede verse afectado y, por ende, darse atención prioritaria a personas de ciertos grupos sectarios invalidando el *triage*, así como la valoración médica de cada paciente en particular (13).

Además, el sesgo algorítmico erosiona la confianza en la tecnología debido a que se plantea el dilema sobre la objetividad de los sistemas de la IA y, por lo tanto, de sus productos y resultados; todavía más cuando esto tiene implicaciones en robótica y en sistemas antropomórficos ya que, si los algoritmos de IA producen resultados injustos o discriminatorios, la sociedad puede perder la fe en la tecnología y rechazar su adopción (1).

Lo anterior, por ejemplo, puede tener consecuencias negativas en áreas como la atención médica, donde la IA ha demostrado ser una buena herramienta para el diagnóstico y el tratamiento de padecimientos que puedan tener los pacientes (9), sin embargo, imagina que el diagnóstico tiene un sesgo en su programación y éste, por lo tanto, genera mejoras en la salud en ciertos pacientes, pero, por su parte, genera perjuicios o, incluso, la muerte de otros por su mera condición étnica o de género. Cuidar entonces los sesgos algorítmicos es de vital importancia y es la razón esencial que la ética y la equidad sean consideradas en cualquier sistema de IA, sobre todo en

su desarrollo, uso, implementación y manejo, además de la necesidad de una persona que ayude a la interpretación que valide o corrija los resultados de la IA (9).

4. El transhumanismo y la IA

Como hemos visto anteriormente, el uso de la IA y los sesgos que esta presenta no sólo afectan en términos de justicia y de ética, sino también en casos de bioética, uno de los ejemplos más claros es en la mejora de las condiciones humanas naturales por medios no necesarios o, mejor conocido como transhumanismo. El vínculo entre los sistemas de IA y éste plantea cuestiones profundas sobre cómo la tecnología puede mejorar las capacidades humanas, más cuando reconocemos al transhumanismo como un movimiento que busca la mejora de las capacidades humanas mediante tecnología avanzada (17,18).

Es por ello por lo que, como señala Bostrom (17), esta búsqueda de la “mejora” tecnológica debe abordar cuidadosamente el sesgo algorítmico, ya que, si no se hace, existe el riesgo de amplificar los mismos prejuicios que se intentan superar. De ahí el valor tan necesario y reflexivo que requiere la convergencia de estos dos fenómenos para que puedan coexistir, de manera bioética y benéfica para la humanidad la tecnología y la búsqueda de la mejora en ámbitos de la salud (11,12,19,20).

De acuerdo con lo anterior, es fundamental reconocer que la mejora tecnológica del ser humano debe estar alineada no sólo con valores éticos y sociales, sino con la búsqueda de una sociedad más justa y equitativa. Por ende, no se trata de simplemente mejorar las condiciones y capacidades humanas, sin importar el costo; sino de mejorar la calidad de vida humana de manera ética, respetando siempre, la dignidad de la persona y el bien común (21,22).

Dicho lo anterior, el sesgo algorítmico es, en cierta medida un obstáculo importante en el camino de la mejora tecnológica, sobre

todo porque esta se basa en perpetuar prejuicios y desigualdades; por tanto, el transhumanismo, es, de suyo un problema de prejuicios, sesgos y estereotipos en su origen, ya que no se fundamenta en lo que es el ser humano y la búsqueda de la calidad de vida, sino mejorar al ser humano porque, de suyo, la persona no es adecuada y, por ende, sólo aquellos que puedan mejorarse serán los más aptos para vivir en sociedad (17,18).

4.1. *La búsqueda de una antropología que defienda la dignidad humana*¹

Para poder adentrarnos al tema de la “mejora” o “perfección humana”, es decir, para llevar el uso de la IA al campo del transhumanismo (12,23), entonces, es necesario establecer una antropología filosófica completa que, como sugiere Floridi (24), debe considerar todas las dimensiones de la persona, su complejidad, pero también sus facultades y la diversidad de experiencias en el contexto del sesgo algorítmico en la IA.

En ese sentido, si reconocemos que los algoritmos de IA, que tienen la capacidad de interpretar y reflexionar en segundos una gran cantidad de datos, también son inherentemente reflejo de la humanidad que los crea y utiliza, de ahí la importancia de tener una antropología filosófica que resalte la importancia de la empatía y la ética en el diseño de sistemas tecnológicos que respeten y valoren la dignidad humana (24) y, por lo tanto, la necesidad de reconocer que la tecnología no debe ser simplemente una extensión fría de la lógica, sino una herramienta que refleje las verdaderas facultades humanas, su vínculo con sus dimensiones, sin afectarlas negativamente, por lo contrario, la necesidad de desarrollarlas y expandirlas y, por lo tanto, nutrir la dignidad humana y a la misma humanidad (21,22).

Además, si consideramos que la tecnología y el uso de la IA surgen de las facultades humanas como una extensión y/o herramienta que las potencializa, entonces, entender qué concepción de ser humano subyace a los avances y, por ende, a los sesgos es vital. De ahí

¹ Entendemos aquí una antropología ontológicamente fundamentada.

la importancia de considerar una antropología filosófica que subraye la responsabilidad en el desarrollo de la IA (21,22), sobre todo porque si reconocemos el valor de la libertad de los desarrolladores y programadores de los algoritmos, también reconocemos la responsabilidad ética y bioética que tiene de garantizar que sus creaciones no sólo no perjudiquen a los individuos o las comunidades, sino que, además, busquen un beneficio para estos.²

Lo anterior implica, por un lado, mitigar los sesgos algorítmicos al mismo tiempo que se promueve la equidad y la justicia (25), como principios fundamentales para lograr una vida de solidaridad y de subsidiaridad (26), por ello, la tecnología debe ser vista como un medio para ampliar y mejorar la condición humana, en lugar de anularla (24), lo que requiere una verdadera comprensión de la naturaleza humana, en todas sus dimensiones, y cómo es que los sistemas de la pueden servir a la humanidad de manera ética y bioética (26).

Por lo tanto, al analizar los sesgos de los sistemas de la IA, en cualquiera que sea su uso, requiere considerar una antropología filosófica de fondo, ya que el análisis antropológico, que, en muchos casos, pasa por alto la dinámica del hombre con la tecnología, debe ahora voltearla a ver y caminar de la mano. En palabras de Latour (27), la rápida evolución de la tecnología puede desafiar las nociones tradicionales de identidad y naturaleza humana y, por lo tanto, la adaptación y adopción de la tecnología se ajusta a diversos contextos culturales y socioeconómicos, pero, no necesariamente antropológicos. En pocas palabras, no se trata de cómo la tecnología afecta al ser humano, sino de cómo la sociedad, en su conjunto se adapta y reformula sus valores adaptándolos al mundo tecnológico.

De esta forma, al hacer un análisis contextualizado y aplicado en pro de la dignidad humana y en la aplicación a contextos específicos puede ayudar a que diferentes concepciones sobre el sesgo y la visión que hay detrás de los prejuicios y los estereotipos pueda aminorar si se consideran las diversas culturas, religiones y diversos grupos

² Aquí hacemos referencia no sólo a los principios bioéticos de beneficencia y no maleficencia (25), sino también al de libertad-responsabilidad del personalismo (26).

sociales detrás del diseño y la programación de los algoritmos; de hecho debe ser parte del análisis antropológico que exige ver a la tecnología como parte de la sociedad y cómo se modifican las interacciones entre esta y la sociedad, así como entre las personas y la forma de tomar decisiones a partir del vínculo con los sistemas de la IA.

5. Dilemas éticos y bioéticos del sesgo algorítmico

Otro elemento no considerado y que también genera grandes preocupaciones sobre todo para algunas organizaciones internacionales (28,29) que, además de los conflictos que ya hemos visto en torno a la dignidad, la justicia y la equidad, también es cierto que los algoritmos, tanto su desarrollo como sus sesgos se mueven por objetivos económicos y tecnológicos, sobre todo porque como sostiene Mittelstadt *et al.* (30), la maximización de la eficiencia y la forma de hacer más rentables los sistemas de IA prevalecen por encima de los impactos sociales que podrían tener (9).

En este sentido, es evidente que la creación y el desarrollo de tecnologías que benefician a ciertos grupos sociales, sobre todo por encima de la mayoría de la población, socavan, con ello, la justicia y la equidad, como lo hemos mencionado y, además, anulan la dignidad y las oportunidades del acceso, goce y beneficios que ofrecen los sistemas de la IA, sacrificando así a la ética y la dignidad humana por obtener beneficios económicos, con ello se plantean entonces dudas sobre los valores y las prioridades en la implementación de los algoritmos de la IA (30).

La falta de consideración ética en la implementación de la IA puede tener consecuencias graves (9), ya que puede llevar a la explotación y la discriminación, incluso, como hemos podido verlo en la aplicación al transhumanismo, también reconoce qué o quién es un humano y, por lo tanto, podría tener las bases y fundamentos para definir al ser humano. Aunado a ello, en caso de que algoritmos de

IA pueden ser usados para la interacción humana y la toma de decisiones en diversos aspectos de la vida, entonces, imaginemos el caso en que, además, esté integrada al ser humano, ¿dónde quedaría la libertad humana y la propia falibilidad del ser humano? (31,32,33,34,35).

Para responder esta pregunta, tenemos que afirmar que, si estos algoritmos no son éticos y justos, pueden perpetuar los prejuicios sociales, exponenciales y, al cabo de los tiempos, dividir más a la sociedad entre los que si pueden y los que no pueden pagar las modificaciones, ser parte de diversas etnias, por un sexo específico o cualquier otra segmentación que permita el sesgo algorítmico. Esto nos lleva a reafirmar la importancia de que existan criterios éticos que sean una parte integral del proceso de desarrollo de la IA, y no simplemente una reflexión tardía.

6. Propuesta de solución: mitigación del sesgo algorítmico

El reconocimiento de que la tecnología IA, aunque avanzada, no es inmune a las falencias humanas ha llevado a la implementación de diversas estrategias para combatir el sesgo; por ello para abordar el sesgo algorítmico y las preocupaciones éticas en la IA, es imperativo priorizar la transparencia en el diseño y funcionamiento de los algoritmos (36), sobre todo porque un enfoque de “Transparencia por Diseño” puede ofrecer una guía práctica para promover las funciones beneficiosas de la transparencia al tiempo que mitiga sus desafíos en entornos de decisión automatizada.

6.1. Transparencia por diseño

Según Felzmann *et al.* (37), la adopción de los principios de “Transparencia por Diseño” puede ayudar a las organizaciones, empresas y a programadores de algoritmos a integrar prácticas, de manera sistemática, que aseguren que la rendición de cuentas sea una prioridad

desde la planeación y desarrollo de los sistemas de IA y no, como ahora, un complemento posterior. Lo anterior debido a que los principios de “Transparencia por Diseño” abarcan consideraciones del contexto, técnicas, informativas y del cuidado de datos sensibles a todas las partes involucradas, incluyendo al usuario final; lo que implica cuidar una multiplicidad de dimensiones para que se logre una eficacia y eficiencia en la transparencia.

No obstante, el lograr implementar dichos principios también representa grandes desafíos que, no por ello imposibles de lograr. Para empezar, es vital reconocer la complejidad de los algoritmos y el proceso de decisiones y cómo es que, para aquellos que no son especialistas, resulta muy difícil, incluso opaco para la comprensión, lo que hace que el público en general se vea imposibilitado para entenderlos y analizarlos.

6.2. *Propiedad intelectual y seguridad de los sistemas de IA*

En segundo lugar, también es importante considerar la propiedad intelectual y la seguridad de los sistemas, sobre todo aquellos que manejan datos sensibles y/o biométricos, ya que la información no se puede divulgar de manera fácil; sin embargo, en caso de que se hiciera público el algoritmo, podría favorecer la filtración de datos innecesaria y que podría poner en riesgo a múltiples personas.

Derivado de lo anterior, Kirat *et al.* (38), al hablar sobre la equidad y la rendición de cuentas de la toma de decisiones de los algoritmos, sugieren que, al contextualizar la equidad algorítmica, sobre todo con relación a los marcos legales aplicables hoy en Estados Unidos y en Europa, se muestran diversas posturas, incluso contradictorias, sobre lo que es una verdadera y adecuada rendición de cuentas y cómo se debe aplicar la transparencia en la práctica. Lo anterior pone énfasis en la importancia de desarrollar estándares internacionales coherentes con cada contexto particular que guíen la implementación efectiva de las políticas y normativas en torno a la transparencia y la rendición de cuentas de los algoritmos.

6.3. *Equipos multi y transdisciplinarios*

En tercer lugar, ya hemos mencionado la importancia de que los equipos de diseño y desarrollo de los algoritmos de los sistemas de IA son vitales, sobre todo porque a mayor diversidad, menor posibilidad de sesgos; si consideramos que los miembros tienen una amplia gama de perspectivas (de ingeniería, bioética, filosofía, mecánica, etcétera), además de las experiencias que puedan compartir, esto puede ayudar significativamente a que se racionalicen más los sesgos y, por ende se eliminen los prejuicios inadvertidos en las etapas iniciales del diseño y desarrollo de los algoritmos.

Lo anterior, no es exclusivo del ambiente del diseño de la IA, sino también aplica para otros campos, ya que siempre que se fomente la diversidad e interdisciplinariedad de los equipos de desarrollo de cualquier proyecto, se reducen los sesgos inherentes a la práctica y se asegura una variedad de perspectivas en el proceso de desarrollo (39). Con esto, podemos confirmar que, en el desarrollo de los sistemas de la IA, si queremos buscar la equidad, la justicia, el respeto a la dignidad humana y el respeto a los principios de la bioética, entonces, a mayor cantidad de voces, más probable que se logre que el producto final cuente con dichos principios y, por ende, sea un sistema inclusivo y equitativo.

6.4. *Metodologías éticas de diseño y evaluación para la mitigación de sesgos*

En cuarto lugar, debemos considerar también la integración de metodologías éticas en el diseño y evaluación de los sistemas de IA para que se fomenten algoritmos justos y equitativos. Lo anterior, implica que constantemente se hagan revisiones críticas a los conjuntos de datos utilizados desde el entrenamiento de la IA para que realmente sean representativos de todos los grupos (mayorías y minorías), así como estén libres de la mayor cantidad de prejuicios (históricos y modernos); además, una evaluación continua del modelo para identificar cuando, durante la ejecución de los algoritmos surjan sesgos,

tanto por la programación natural, como por los inputs, lo que permita corregirlos desde su origen.

En ese sentido, la transparencia y la rendición de cuentas de los algoritmos se vuelven esenciales, como lo vimos anteriormente, ya que estos permiten comprender más y mejor la forma en que la IA toma decisiones, por ello es vital “hacer que los algoritmos sean más transparentes y explicables ayuda a los usuarios a entender cómo se toman las decisiones” (40), lo que lleva a una mejor forma de evaluar los sistemas, medir los impactos éticos y bioéticos de los mismos y a facilitar la identificación y corrección tanto de los sesgos emergentes, como de errores naturales en los algoritmos.

6.5. Funciones de los gobiernos y los organismos internacionales para la mitigación

La quinta y última propuesta de solución para mitigar los sesgos algorítmicos tiene que ver con la incorporación de los gobiernos y organismos internacionales, sobre todo porque cuando se crean normas, leyes y políticas que, además de incorporar los principios éticos y bioéticos (25,26), exijan equidad, transparencia, justicia y una adecuada rendición de cuentas en los sistemas de IA sería un paso crucial para la mitigación de los sesgos.

En ese sentido, la *Recomendación de la UNESCO sobre la ética de la IA* (41), la *Rome call for AI ethics* (24) y la *Ley de Inteligencia Artificial de la Unión Europea* (42) son ejemplos claros de cómo los organismos internacionales guían a los Estados miembros a lograr e incorporar prácticas éticas en todo el proceso de desarrollo, programación e implementación de los algoritmos de la IA, sobre todo enfatizando en los elementos antes mencionados, incluyendo también la protección a los derechos humanos y la dignidad humana. Con estos esfuerzos, además de destacar la colaboración global, fomenta principios compartidos éticos y bioéticos para atender los desafíos que plantea la IA.

Además de las políticas que defiendan los principios éticos y bioéticos (25, 26), también es importante que las normativas, la sociedad

y las empresas de IA, en conjunto, debamos adoptar un enfoque proactivo para la creación, desarrollo, programación uso e implementación de los sistemas de IA (24), esto debido a los impactos que va a tener la tecnología no sólo en el corto y mediano plazo, sino también a largo plazo, en la sociedad y, con ello, anticipar posibles efectos adversos.

Finalmente, el integrar el diálogo interdisciplinario entre filósofos, bioeticistas, científicos sociales, ingenieros, mecánicos, líderes políticos y demás miembros de la sociedad involucrados en la IA para generar los principios y normativas, llevará a un enfoque colaborativo y orientado a la equidad y la justicia, fundamental para mediar, mitigar y, en cierta medida, eliminar los sesgos algorítmicos, lo que llevará a un uso y desarrollo de sistemas de IA responsables y benéficos para la humanidad.

De cara al futuro, el compromiso para que la IA sea equitativa y justa, en todas sus dimensiones, requiere, necesariamente, de una colaboración global que trascienda fronteras, disciplinas y sectores de la sociedad; implica, además, establecer estándares internacionales para la ética y la bioética en la IA. Por ello, la visión que se tiene es aquella en la cual la IA no sólo refleje los valores éticos y bioéticos humanos, sobre todo la equidad y la justicia, sino que sea un catalizador para reducir las desigualdades sociales. Finalmente, como sugieren Gebru *et al.* (43), abordar el sesgo algorítmico para los sistemas de IA presenta una oportunidad única para reexaminar y mejorar la forma en la que las tecnologías emergentes sirvan mejor a la sociedad y se alineen a principios éticos.

7. Conclusiones

En conclusión, lo que hemos resaltado en el presente trabajo ha resaltado la importancia crítica de la mitigación del sesgo algorítmico para asegurar el desarrollo y uso equitativos de la IA. Para lograrlo, la necesidad de considerar la transparencia, la interdisciplina y ética en

los equipos de desarrollo, así como la implementación de auditorías éticas rigurosas a partir de las normativas y principios éticos deben estar en primer plano. Tal y como Diakopoulos (10) y Barocas, Hardt y Narayanan (7) mencionan, es vital priorizar estas estrategias para racionalizar y combatir los prejuicios sociales e individuales de los programadores, que están inherentes en los procesos de creación, desarrollo y programación de la IA.

En ese sentido, la colaboración interdisciplinaria en los procesos de desarrollo, aunados al diálogo interreligioso y de diversas perspectivas es esencial, ya que esto garantiza que la amplia gama de experiencias, puntos de vista y consideraciones éticas contribuya a la creación de algoritmos más justos y equitativos. Sólo mediante la pluralidad de enfoque podemos confrontar, abiertamente, y superar los prejuicios arraigados en la sociedad y, por ende, en la IA, que amenazan perpetuar las desigualdades y discriminaciones que conllevan dichos sistemas.

También hemos señalado la importancia de hacer accesible la IA para que sea utilizada como medio de mejora de la sociedad y la condición humana siempre respetando la dignidad humana y los principios de la bioética (26). La tecnología, como se dice mucho, debe estar al servicio de la humanidad y, por ende, debe buscar activamente eliminar las desigualdades sociales y combatir la discriminación; objetivo que va más allá del simple uso técnico de la IA para obtener ganancias, sino que, de fondo es un imperativo ético y bioético que debe guiar el desarrollo y uso de esta.

Finalmente, concluimos con un urgente llamado a la acción de todos los involucrados en los sistemas de la IA (desde la creación hasta el usuario final): es necesario adoptar un enfoque interdisciplinario e integral que abarque desde la transparencia en el diseño y el funcionamiento de los algoritmos, hasta un firme enfoque en la equidad y la justicia en todos los aspectos de su implementación ya que sólo así podremos asegurar que el progreso tecnológico beneficie a la humanidad alineándose con los más altos estándares éticos y bioéticos.

Referencias

1. Mateescu A, Elish M. AI in Context: The Labor of Integrating New Technologies. Chicago: Data & Society Research Institute; 2015.
2. Meissner P, Narita Y. Así es como la inteligencia artificial transformará la toma de decisiones. Tecnologías emergentes – WEF; 2023. Disponible en: <https://es.weforum.org/agenda/2023/10/la-inteligencia-artificial-transformara-la-toma-de-decisiones-asi-es-como/>
3. Lanzagorta-Ortega D, Carrillo-Pérez DL, Carrillo-Esper R. Inteligencia artificial en medicina: presente y futuro. Gac Med Méx. 2021; 158(1):17-21. Disponible en: <https://doi.org/10.24875/gmm.m22000688>
4. Chui M, Manyika J, Miremadi M. Where machines could replace humans and where they can't (yet). McKinsey Quarterly. 2019:1-12. Disponible en: <https://www.mckinsey.com/capabilities/mckinsey-digital/our-insights/where-machines-could-replace-humans-and-where-they-cant-yet>
5. Ferrante E. Inteligencia artificial y sesgos algorítmicos. Nueva Sociedad. 2021; (294):27-36. Disponible en: <https://nuso.org/articulo/inteligencia-artificial-y-sesgos-algoritmicos/>
6. Simon J, Wong PH, Rieder G. El sesgo algorítmico y el enfoque del diseño sensible al valor. Rev. Latinoam. Econ. Soc. Digit. 2022; (Número Especial 1):1-18. Disponible en: <https://doi.org/10.53857/tzvn9229>
7. Barocas S, Hardt M, Narayanan A. Fairness and Machine Learning: Limitations and Opportunities. 2019. Disponible en: fairmlbook.org
8. Asís RD. Una mirada a la robótica desde los derechos humanos. Dykinson; 2014.
9. Terrones AL. Inteligencia Artificial fiable y vulnerabilidad: una mirada ética sobre los sesgos algorítmicos. En Suárez-Álvarez R, Martín-Cárdaba MÁ, Fernández-Martínez LM. Vulnerabilidad digital: desafíos y amenazas de la Sociedad hiperconectada. Madrid: Dykinson; 2023.
10. Diakopoulos N. Accountability in Algorithmic Decision Making. Commun ACM. 2016; 59(2):56-62. Disponible en: <https://doi.org/10.1145/2844110>
11. Velázquez H. Transhumanismo, libertad e identidad humana. Thémata. 2009; (41):577-590. Disponible en: <https://revistascientificas.us.es/index.php/themata/article/view/594>
12. Olarte C, Plegrín J, Reinares E. Implantes para aumentar las capacidades innatas: integrados vs apocalípticos. ¿Existe un nuevo mercado? Universia Bus Rev. 2015:86-101. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=43343050003>
13. Abràmoff M, Tarver M, Loyo-Berrios N, Trujillo S, Char D, Obermeyer Z, Maisel, W. Considerations for addressing bias in artificial intelligence for health equity. npj Digital Med. 2013; 6(170):1-7. Disponible en: <https://doi.org/10.1038/s41746-023-00913-9>
14. Straw I, Rees G, Nachev P. Sex-Based Performance Disparities in Machine Learning Algorithms for Cardiac Disease Prediction: Exploratory Study. J Med Internet Res; 2024; 26:e46936. Disponible en: <https://doi.org/10.2196/46936>

15. Akter S, Dwivedi YK, Sajib S, Biswas K, Bandara RJ, Michael K. Algorithmic bias in machine learning-based marketing models. *J. Bus. Res.* 2022; 144:201-216. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2022.01.083>
16. U.S. Department of Education, Office of Educational Technology. Artificial Intelligence and Future of Teaching and Learning: Insights and Recommendations. Washington; 2023.
17. Bostrom N. A history of transhumanist thought. *Journal of Evolution and Technology.* 2005; 14(1):1-25. Disponible en: <https://nickbostrom.com/papers/a-history-of-transhumanist-thought/>
18. Diéguez A. Transhumanismo: la búsqueda tecnológica del mejoramiento humano. Barcelona: Herder; 2017.
19. Harvard University. Justice with Michael Sandel - CCCB: Bioethics: Designer children. [video]; 2011. Disponible en: <https://youtu.be/aFcfygkMM0I>
20. Tobin H. Transhumanismo SuperPoderes Humanos – Castellano. [video]; 2016. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=ClxzKdfQAKY>
21. Fuentes, MÁ. Principios fundamentales de bioética. Roma: Instituto del Verbo Encarnado; 2006.
22. Berti B. Los principios de la bioética. *Prudent Iuris.* 2015; (79):269-280. Disponible en: <https://erevistas.uca.edu.ar/index.php/PRUDENTIA/article/view/4030>
23. Thompson J. (2017). Transhumanism: How Far Is Too Far? The new bioethics. 2017; 23(2):165–182. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/20502877.2017.1345092>
24. Floridi L. The Logic of Information: A Theory of Philosophy as Conceptual Design. Oxford: Oxford University Press; 2019.
25. Beauchamp T, Childress, JF. Principles of biomedical ethics. Oxford: Oxford University Press; 2019.
26. Sgreccia E. Manual de bioética: fundamentos y ética biomédica. Navarra: EUNSA; 2016.
27. Latour B. Where Are the Missing Masses? The Sociology of a Few Mundane Artifacts. En Bijker W, Law J. Shaping Technology-Building Society. Studies in Sociotechnical Change. MIT Press, Cambridge Mass; 1992.
28. Future of Life Institute. Asilomar AI Principles. De Future of Life Institute; 2017. Disponible en: <https://futureoflife.org/ai-principles/>
29. Paglia VS. Rome Call for AI Ethic; 2023. Disponible en: https://www.romecall.org/wp-content/uploads/2022/03/RomeCall_Paper_web.pdf
30. Mittelstadt BD, Allo P, Taddeo M, Wachter S, Floridi L. The Ethics of Algorithms: Mapping the Debate. *Big Data Soc.* 2016; 3(2). Disponible en: <https://doi.org/10.1177/2053951716679679>
31. Attiah M, Farah M. Minds, motherboards, and money: futurism and realism in the neuroethics of BCI technologies. *Front Syst Neurosci.* 2014; 86(8):1-3. <https://doi.org/10.3389/fnsys.2014.00086>
32. Evans J. Faith in Science in Global Perspective: Implications for Transhumanism. *Public Underst Sci.* 2014; 23(7):1-33. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0963662514523712>

33. Schaefer O, Savulescu J. Better Minds, Better Morals: A Procedural Guide to Better Judgement. *J. Posthuman Stud.* 2017; 1(1):26-43. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5325/jpoststud.1.1.0026>
34. Zehr P. Future think: cautiously optimistic about brain augmentation using tissue engineering and machine interface. *Front Syst Neurosci.* 2015; 9(72):1-5. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fnsys.2015.00072>
35. Huxley A. Un mundo feliz. México: Éxodo; 2011.
36. Doshi-Velez F, Narayanan M, Chen E, He J, Kim B, Gershman S. How do Humans Understand Explanations from Machine Learning Systems? An Evaluation of the Human-Interpretability of Explanation. New York: Cornell University; 2018. Disponible en: <https://doi.org/10.48550/arXiv.1802.00682>
37. Felzmann H, Fosch-Villaronga E, Lutz C, Tamò-Larrieux A. Towards Transparency by Design for Artificial Intelligence. *Sci Eng Ethics.* 2020; 26(6):3333–3361. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11948-020-00276-4>
38. Kirat T, Tambou O, Do V, Tsoukiàs A. Fairness and explainability in automatic decision-making systems. A challenge for computer science and law. *EURO J. Decis. Process.* 2023; 11:1-19. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ejdp.2023.100036>
39. Gavilán I. Ideas y buenas prácticas para evitar el sesgo algorítmico. En: Ignacio G.R. Gavilán; 2022. Disponible en: <https://ignaciogavilan.com/ideas-y-buenas-practicas-para-evitar-el-sesgo-algoritmico/>
40. Sandu E. Sesgo en los algoritmos de inteligencia artificial: causas y soluciones. *metaverso.pro - Metaverso para Profesionales*; 2023. Disponible en: <https://metaverso.pro/blog/sesgo-en-los-algoritmos-de-inteligencia-artificial-causas-y-soluciones/>
41. UNESCO. Inteligencia artificial y educación: guía para las personas a cargo de formular políticas. Francia: UNESCO; 2021.
42. Comisión Europea. Reglamento del Parlamento Europeo y del Consejo por el que se establecen normas armonizadas en materia de Inteligencia Artificial (Ley de Inteligencia Artificial) y se modifican diversos actos legislativos de la Unión. Bruselas; 2024.
43. Gebru T, Morgenstern J, Vecchione B, Wortman J, Wallach H, Daume HI, Crawford K. Datasheets for Datasets. *Commun ACM.* 2021; 64(12):86-92. Disponible en: <https://doi.org/10.1145/3458723>

Biases in AI?

An analysis of algorithmic bias and a proposed solution

¿Prejuicios en la IA?

Análisis del sesgo algorítmico y una propuesta de solución

Pablo de Robina Duhart*
Tiffin University, Ohio, United States

<https://doi.org/10.36105/mye.2025v36n4.02>

Abstract

Since its inception as a series of algorithms used to obtain information immediately and rationally, Artificial Intelligence (AI) has raised considerable dilemmas regarding what and how programming is designed, especially because those behind the process can, and in fact do, transfer their own biases to programming based on their human perspective. This transfer process is called algorithmic bias, which will be discussed in this article. We will analyze its impacts and how we could mitigate or even eliminate them. In this sense, it is proposed

* Professor at Tiffin University, Ohio, United States. Email: derobinap@tiffin.edu
<https://orcid.org/0000-0003-4939-6264>

Reception: 24/04/2025 Acceptance: 04/06/2025

CÓMO CITAR: Robina Duhart, P. (2025). Biases in AI? An analysis of algorithmic bias and a proposed solution. *Medicina y ética*, vol. 36, núm. 4. DOI: <https://doi.org/10.36105/mye.2025v36n4.02>



This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

that interdisciplinary teams, with transparent designs that take ethical and bioethical considerations into account, mitigate biases, thus promoting human dignity and social justice.

Keywords: algorithmic bias, artificial intelligence, equity, justice, accountability.

1. Introduction

While it is true that Artificial Intelligence (AI) has been part of our reality for a long time, it was not until the end of 2021, with the public launch of *ChatGPT*, that AI became the focus of society's dialogue as a ubiquitous and omnipotent tool that can influence all aspects of life and society (1): from decision-making at various levels to optimize efficiency (2) to healthcare in the search for less subjective and more accurate diagnoses (3). In this sense, AI has brought about a substantial change in the way we approach life and, as a result, holds the promise of improving the quality of life, but also the efficiency of those systems that have adopted it (4); however, this promise has also raised a number of concerns, one of the most pressing being the phenomenon known as algorithmic bias.

Algorithmic bias emerges as a fundamental problem that challenges ethics and bioethics in the use of AI in terms of equity, equality, and justice because systems that use AI generate information and predictions that "systematically benefit one group of individuals over another, thus resulting in unfairness or inequality" (5, p. 29). In this sense, bias is an instrument for perpetuating and amplifying human prejudices that can be harmful to society (6).

The problem is not insignificant, since biases, while they may be conscious, are mostly unconscious and therefore embedded in AI algorithms, which encourages decision-making, the use of AI systems, and social inequalities to be inherent not only in people but also in each AI system.

However, let's take a step back and explain what algorithmic bias is and why it is so concerning. As we know, every AI system must be programmed, either by a human being or a group of people who, directly or indirectly, transfer all their knowledge, databases, morals, and prejudices to the AI (7). Once the programming is complete, the system must be fed with information, which may also be biased by sex, gender, race, etc., preventing the AI from processing the information in its entirety and, from its very inception, already having specific information programmed with which to process all its analyses and generate responses.

In this sense, having a bias in the information, as well as certain prejudices and moralities behind programming, encourages the AI's response to have, in itself, injustices and/or discriminatory acts in its decision-making, due to the logic of AI, which can affect the results of the analysis process (8,9).

Therefore, it is vital to recognize that, as AI becomes more a part of our lives, we must acknowledge the existence of algorithmic biases and seek to eliminate them as much as possible, since, as we know, AI systems are designed to mimic human thinking, which will naturally perpetuate the biases present in their programming.

That is why the problem of algorithmic bias poses various technical challenges that fundamentally involve ethics, anthropology, and philosophy in the process of developing technology and, above all, the AI systems behind it, with a view to the future development of a more just society, as well as social interaction for the common good and respect for human dignity and nature (8).

Therefore, the impact of algorithmic bias is not limited to the fields of ethics and society, but also extends to bioethics, since it does not only involve the generation of text, audio, or video, as is the case with generative AI. Rather, because these systems are increasingly immersed in various areas of human life—such as health, politics, business, and even education—it is important to guarantee dignity, equity, and justice in a world that generates systematic injustice and, therefore, constant discrimination based on race, gender, or ethnicity, to name a few examples (5).

So, the goal here is to dig deeper into bias, figure out how it shows up, understand it, and come up with ways to reduce it in all AI systems. In this regard, we must address strategies that raise awareness of biases from the outset, prior to AI programming and training, and ensure that both technology and the development of AI systems continue to advance at their own pace, but always based on human dignity and social benefit, bringing society closer together rather than further dividing it.

In this regard, some of the proposals that have emerged for the above, which we will analyze later, are: data diversification (to combat discrimination), the review and updating of systems with an ethical approach (to combat moral and social biases), and increased transparency and explainability of algorithms (to combat information secrecy) (5). This highlights the need to analyze the problem to ensure that advances in AI and technology promote a more just and equitable society for all (11,12).

2. Origin of algorithmic bias

As we saw in the introduction, every AI system has an algorithm that makes it work properly and provides us with the information we need. However, we have also recognized that there are problems in the programming and training of these systems due to pre-existing biases. Thus, through the use of AI systems, we are indirectly promoting certain biased results that are, unfortunately, the product of the social biases of the programmers and/or the information with which they are trained (7).

Therefore, it is important to recognize that AI algorithms are designed to emulate the human thought process, which naturally leads them to generate ideas and make judgments that, voluntarily or involuntarily, perpetuate both positive ideas and negative prejudices that exist in the training data and in society. This, in turn, can create dilemmas in AI, especially due to a lack of data on certain

social groups, rather than prejudice, which discriminates against a social group. This is a natural bias that discriminates against society in various criminal justice systems or gender issues and can lead to problems in classification or decision-making (7).

In this sense, it is important to note that the presence of algorithmic biases is an ethical and bioethical challenge due to the consequences it may have for society and the environment (10). In this regard, it is very important to recognize that algorithms, although a product of technology, are programmed by people and, therefore, fed by pre-existing human decisions, both in terms of design and training, but also by the users themselves when using AI. It is therefore necessary to effectively address bias from its very nature, as well as the ethical and bioethical impacts it presents (9).

For this reason, it is very important to properly understand the origins of algorithmic biases in order to mitigate the effects they can have on society. Data that is already biased from its origin is a major factor, which is why Abràmoff *et al.* (13) point out that artificial intelligence and machine learning (AI/ML) systems learn to make decisions based on the data they are trained with (both during the development process and in everyday use, as this also continues to train the AI).

One of the studies reviewed in cases of health equity (13) points out that equitable access to AI-based diagnostics and data processing can be exacerbated by AI/ML systems depending on how biases are addressed. This is because, as mentioned above, either there is insufficient information or, failing that, it can lead to inequalities in diagnoses due to programmed biases. There are other documented cases that illustrate the problem of algorithmic bias, such as gender bias in healthcare, where women have been diagnosed less accurately than men due to their underrepresentation in training data sets (14).

Furthermore, it should also be mentioned that algorithmic biases can originate in the way algorithms are designed, built, and structured, which automatically influences the way information is pro-

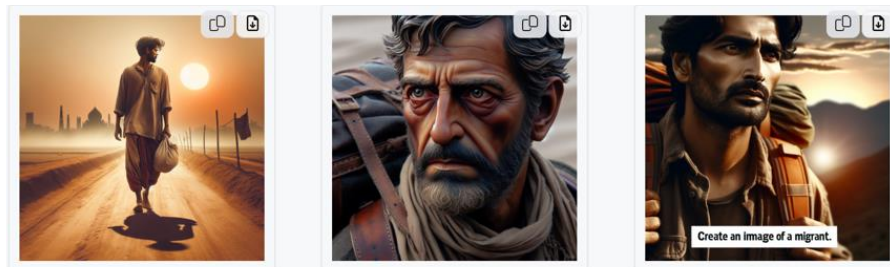
cessed, and decisions are made. Therefore, the selection of variables and data, the definition of links, and the criteria used for success or failure in obtaining results can bias the way an algorithm behaves and, consequently, the way assumptions and/or prejudices are presented, especially since, in computer science, the order of factors does alter the product.

Akter *et al.* (15) echo this sentiment, stating that in areas such as marketing, the presence of algorithmic bias can have fundamental and oppressive impacts on various *buyer persona* groups due to decisions in the design, context, and application of the algorithm and what it represents in terms of placement, colors, use of images, and branding in advertising and product placement on both online sales pages and in physical stores. This, as mentioned above, is part of the algorithm's design, which indirectly generates biases in the information produced or even in the way information is requested from AI.

As we have seen so far, both the spread of social biases, directly or indirectly, and the training of AI, as well as the way AI systems are designed, generate biases in information and in the way we seek help. Therefore, careful consideration must be given to the design, programming, and training of algorithms and the presentation of AI systems to avoid falling into these biases.

Let's now look at how these examples in image development can be applied in practice to very simple concepts that have a significant impact on how people can use information: Figure 1 shows the response to the idea of a migrant, where the idea of a person "in good health" but with dark skin is maintained; Figure 2, reinforces stereotypes of Mexicans as charros; and Figure 3, shows a domestic worker as a high-class butler with first-class resources. In none of the three cases are women presented in the images (gender bias).

Figure 1. A migrant



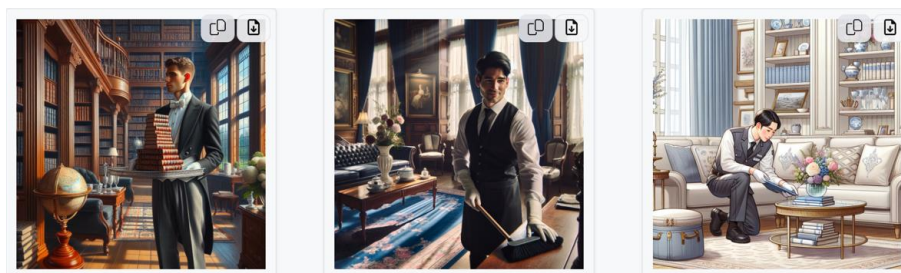
Source: developed in-house using Bearly.ai

Figure 2. A Mexican



Source: developed in-house using Bearly.ai

Figure 3. A domestic worker



Source: developed in-house using Bearly.ai

As can be seen, although they may seem insignificant, the effects shown in the images are perpetuating social and gender inequality, with all the men appearing to be in good physical condition and even financially well off. Therefore, we must consider that if this is something simple that anyone has access to, if we take these biases to more comprehensive and robust systems, we would be demonstrating that AI systems can deepen existing inequalities, as well as potentially create new forms of discrimination.

On the one hand, by reinforcing inequalities, algorithms legitimize unequal power structures, which leads to the denial of opportunities and equitable access to various services or products (7,16); on the other hand, they also amplify discrimination in access and use at the social level.

Therefore, it is very important to begin developing strategies to mitigate bias, focusing both on the data sources that feed AI systems and, on the design, and programming of the systems themselves. This implies direct intervention in technology and consideration of its applications and consequences for all contexts in general, but also for each specific context (16).

3. Various implications in the social, ethical, and bioethical spheres

As we have seen, the implications of algorithmic bias are multiple and profound, ranging from replicating stereotypes of a particular culture or gender to promoting discourse that, in a veiled manner, unintentionally undermines a person's dignity based on their gender, sex, religion, etc.¹ Obviously, this has a direct impact on society, ethics, and bioethics since, as Barocas, Hardt, & Narayanan (7) point out, algorithmic bias can exacerbate existing social inequalities, leading to ethical and bioethical considerations in the use of AI systems for the promotion of justice and equity.

¹ Such is the position we adopt in this analysis.

Some of the examples that Diakopoulos (10) gives are justice systems based on AI systems, since, if there are biases in their algorithms, certain ethnic groups could be treated unfairly, even discriminatorily, which could aggravate or confirm that, due to their membership in these groups, they may suffer more or be better able to bear the weight of the law, thereby eliminating justice and equity in critical contexts.

Another bias that can affect bioethics is the provision of autonomy and informed consent for various treatments, since, if biases exist, the primacy of care and dignified treatment of individuals may be affected, thereby giving priority attention to individuals from certain sectarian groups, invalidating *triage* and the medical assessment of each individual patient (13).

Furthermore, algorithmic bias erodes trust in technology because it raises the dilemma of the objectivity of AI systems and, therefore, of their products and results; even more so when this has implications for robotics and anthropomorphic systems, since if AI algorithms produce unfair or discriminatory results, society may lose faith in technology and reject its adoption (1).

This, for example, can have negative consequences in areas such as healthcare, where AI has proven to be a good tool for diagnosing and treating patient conditions (9). However, imagine that the diagnosis is biased in its programming and therefore improves the health of certain patients but, at the same time, causes harm or even death in others based solely on their ethnicity or gender. It is therefore vitally important to address algorithmic biases, which is why ethics and fairness must be considered in any AI system, especially in its development, use, implementation, and management, in addition to the need for a person to help interpret, validate, or correct the results of AI (9).

4. Transhumanism and AI

As we have seen above, the use of AI and the biases it presents not only affect justice and ethics, but also bioethics. One of the clearest

examples is the improvement of natural human conditions by unnecessary means, better known as transhumanism. The link between AI systems and transhumanism raises profound questions about how technology can improve human capabilities, especially when we recognize transhumanism as a movement that seeks to improve human capabilities through advanced technology (17,18).

That is why, as Bostrom (17) points out, this quest for technological “improvement” must carefully address algorithmic bias, since, if this is not done, there is a risk of amplifying the very prejudices that are being sought to overcome. Hence the much needed and thoughtful value of the convergence of these two phenomena so that they can coexist in a bioethical and beneficial way for humanity: technology and the search for improvement in the field of health (11,12,19,20).

In line with the above, it is essential to recognize that technological improvement of human beings must be aligned not only with ethical and social values, but also with the pursuit of a more just and equitable society. Therefore, it is not simply a matter of improving human conditions and capabilities, regardless of the cost, but of improving the quality of human life in an ethical manner, always respecting the dignity of the person and the common good (21,22).

That said, algorithmic bias is, to a certain extent, a significant obstacle to technological improvement, especially since it is based on perpetuating prejudices and inequalities. Therefore, transhumanism is, in itself a problem of prejudice, bias, and stereotypes at its core, since it is not based on what it means to be human and the pursuit of quality of life, but rather on improving human beings because, in and of themselves, people are not adequate and, therefore, only those who can be improved will be the most fit to live in society (17,18).

4.1. *The search for anthropology that defends human dignity*²

In order to delve into the topic of “improvement” or “human perfection,” that is, to bring the use of AI into the field of transhu-

² We understand this to mean an ontologically grounded anthropology.

manism (12,23), it is necessary to establish a complete philosophical anthropology that, as Floridi suggests (24), must consider all dimensions of the person, their complexity, but also their faculties and the diversity of experiences in the context of algorithmic bias in AI.

In this sense, if we recognize that AI algorithms, which have the ability to interpret and reflect on large amounts of data in seconds, are also inherently a reflection of the humanity that creates and uses them, hence the importance of having a philosophical anthropology that highlights the importance of empathy and ethics in the design of technological systems that respect and value human dignity (24) and, therefore, the need to recognize that technology should not be simply a cold extension of logic, but a tool that reflects true human faculties, their link with their dimensions, without negatively affecting them, but rather the need to develop and expand them and, therefore, nurture human dignity and humanity itself (21,22).

Furthermore, if we consider that technology and the use of AI arise from human faculties as an extension and/or tool that enhances them, then understanding what conception of human being underlies advances and, therefore, biases is vital. Hence the importance of considering a philosophical anthropology that emphasizes responsibility in the development of AI (21,22), especially since if we recognize the value of the freedom of algorithm developers and programmers, we also recognize their ethical and bioethical responsibility to ensure that their creations not only do not harm individuals or communities but also seek to benefit them.³

This implies, on the one hand, mitigating algorithmic biases while promoting equity and justice (25) as fundamental principles for achieving a life of solidarity and subsidiarity (26). Therefore, technology must be seen as a means of expanding and improving the human condition, rather than nullifying it (24), which requires a true understanding of human nature in all its dimensions and

³ Here we refer not only to the bioethical principles of beneficence and non-maleficence (25), but also to the principle of freedom-responsibility of personalism (26).

how systems can serve humanity in an ethical and bioethical manner (26).

Therefore, when analyzing the biases of AI systems, whatever their use, it is necessary to consider a philosophical anthropology background, since anthropological analysis, which in many cases overlooks the dynamics of man with technology, must now turn to look at it and walk hand in hand. In the words of Latour (27), the rapid evolution of technology can challenge traditional notions of identity and human nature and, therefore, the adaptation and adoption of technology is adjusted to various cultural and socioeconomic contexts, but not necessarily anthropological ones. In short, it is not about how technology affects human beings, but how society adapts and reformulates its values to suit the technological world.

Thus, conducting a contextualized and applied analysis in favor of human dignity and applying it to specific contexts can help reduce different conceptions of bias and the vision behind prejudices and stereotypes if the diverse cultures, religions, and social groups behind the design and programming of algorithms are considered. In fact, it should be part of the anthropological analysis that requires seeing technology as part of society and how interactions between technology and society change, as well as between people and the way decisions are made based on their connection to AI systems.

5. Ethical and bioethical dilemmas of algorithmic bias

Another element that has not been considered and that also maximizes concerns, especially for some international organizations (28,29), is that, in addition to the conflicts we have already seen around dignity, justice, and equity, it is also true that algorithms, both their development and their biases, are driven by economic and technological objectives, especially because, as Mittelstadt *et al.* (30), maximizing efficiency and making AI systems more profitable prevail over the social impacts they may have (9).

In this sense, it is clear that the creation and development of technologies that benefit certain social groups, especially over the majority of the population, undermine justice and equity, as we have mentioned, and also nullify the dignity and opportunities for access, enjoyment, and benefits offered by AI systems, thus sacrificing ethics and human dignity for economic gain, raising questions about the values and priorities in the implementation of AI algorithms (30).

The lack of ethical consideration in the implementation of AI can have serious consequences (9), as it can lead to exploitation and discrimination. As we have seen in its application to transhumanism, it also recognizes what or who a human is and, therefore, could have the basis and foundations for defining the human being. In addition, if AI algorithms can be used for human interaction and decision-making in various aspects of life, then imagine a case in which they are also integrated into human beings. Where would human freedom and the very fallibility of human beings lie? (31,32,33,34,35).

To answer this question, we must affirm that if these algorithms are not ethical and fair, they can perpetuate social prejudices, exponentially and, over time, further divide society between those who can and cannot afford modifications, those who belong to different ethnic groups, those of a specific gender, or any other segmentation that allows for algorithmic bias. This leads us to reaffirm the importance of ethical criteria being an integral part of the AI development process, and not simply an afterthought.

6. Proposed solution: mitigating algorithmic bias

The recognition that AI technology, although advanced, is not immune to human failings has led to the implementation of various strategies to combat bias. Therefore, to address algorithmic bias and ethical concerns in AI, it is imperative to prioritize transparency in the design and operation of algorithms (36), especially since a “Transparency by Design” approach can offer practical guidance for

promoting the beneficial functions of transparency while mitigating its challenges in automated decision-making environments.

6.1. *Transparency by Design*

According to Felzmann *et al.* (37), adopting the principles of “Transparency by Design” can help organizations, companies, and algorithm programmers systematically integrate practices that ensure accountability is a priority from the planning and development of AI systems and not, as is currently the case, an afterthought. This is because the principles of “Transparency by Design” encompass considerations of context, techniques, information, and the care of data sensitive to all parties involved, including the end user, which implies taking care of a multiplicity of dimensions to achieve effectiveness and efficiency in transparency.

However, implementing these principles also presents major challenges, which are not impossible to overcome. To begin with, it is vital to recognize the complexity of algorithms and decision-making processes and how, for those who are not specialists, they are very difficult, even opaque to understand, which makes it impossible for the public to comprehend and analyze them.

6.2. *Intellectual property and security of AI systems*

Secondly, it is also important to consider the intellectual property and security of systems, especially those that handle sensitive and/or biometric data, as this information cannot be easily disclosed; however, if the algorithm were made public, it could lead to unnecessary data leaks that could put multiple people at risk.

Based on the above, Kirat *et al.* (38), when discussing fairness and accountability in algorithmic decision-making, suggest that, when contextualizing algorithmic fairness, especially in relation to the legal frameworks applicable today in the United States and Europe, there are diverse and even contradictory positions on what constitutes

true and adequate accountability and how transparency should be applied in practice. This emphasizes the importance of developing international standards consistent with each context to guide the effective implementation of policies and regulations around algorithm transparency and accountability.

6.3. Multi- and transdisciplinary teams

Third, we have already mentioned the importance of algorithm design and development teams for AI systems, especially because greater diversity means less possibility of bias. If we consider that members have a wide range of perspectives (engineering, bioethics, philosophy, mechanics, etc.), in addition to the experiences they can share, this can significantly help to rationalize biases and, therefore, eliminate unnoticed prejudices in the initial stages of algorithm design and development.

This is not exclusive to the field of AI design, but also applies to other fields, since whenever diversity and interdisciplinarity are encouraged in the development teams of any project, the biases inherent in the practice are reduced and a variety of perspectives are ensured in the development process (39). With this, we can confirm that, in the development of AI systems, if we want to seek equity, justice, respect for human dignity, and respect for the principles of bioethics, then the more voices there are, the more likely it is that the final product will embody these principles and, therefore, be an inclusive and equitable system.

6.4. Ethical design and evaluation methodologies for bias mitigation

Fourth, we must also consider the integration of ethical methodologies into the design and evaluation of AI systems to promote fair and equitable algorithms. This implies that the data sets used in AI training are constantly reviewed to ensure that they are truly representative of all groups (majorities and minorities) and free from

as much bias (historical and modern) as possible. In addition, the model must be continuously evaluated to identify when biases arise during the execution of the algorithms, whether due to natural programming or inputs, allowing them to be corrected at their source.

In this sense, transparency and accountability of algorithms become essential, as we saw earlier, since they allow for a better understanding of how AI makes decisions. Therefore, it is vital to “make algorithms more transparent and explainable to help users understand how decisions are made.” (40, n.p.), leading to a better way of evaluating systems, measuring their ethical and bioethical impacts, and facilitating the identification and correction of both emerging biases and natural errors in algorithms.

6.5. Roles of governments and international organizations in mitigation

The fifth and final proposed solution for mitigating algorithmic bias involves the involvement of governments and international organizations, particularly because the creation of standards, laws, and policies that, in addition to incorporating ethical and bioethical principles (25,26), require fairness, transparency, justice, and adequate accountability in AI systems would be a crucial step toward mitigating bias.

In this regard, the *UNESCO Recommendation on the Ethics of AI* (41), the *Rome Call for AI Ethics* (24), and the *European Union’s Artificial Intelligence Act* (42) are clear examples of how international bodies guide member states in achieving and incorporating ethical practices throughout the process of developing, programming, and implementing AI algorithms, with particular emphasis on the aforementioned elements, including the protection of human rights and human dignity. These efforts not only highlight global collaboration but also promote shared ethical and bioethical principles to address the challenges posed by AI.

In addition to policies that uphold ethical and bioethical principles (25, 26), it is also important that regulations, society, and AI

companies, together, adopt a proactive approach to the creation, development, programming, use, and implementation of AI systems (24), due to the impacts that technology will have not only in the short and medium term, but also in the long term, on society and, with this, anticipate possible adverse effects.

Finally, integrating interdisciplinary dialogue between philosophers, bioethicists, social scientists, engineers, mechatronics engineers, political leaders, and other members of society involved in AI to generate principles and regulations will lead to a collaborative approach oriented toward equity and justice, which is fundamental for mediating, mitigating, and, to a certain extent, eliminating algorithmic biases, which will lead to the use and development of AI systems that are responsible and beneficial to humanity.

Looking ahead, the commitment to making AI equitable and fair in all its dimensions necessarily requires global collaboration that transcends borders, disciplines, and sectors of society. It also involves establishing international standards for ethics and bioethics in AI. Therefore, the vision is one in which AI not only reflects human ethical and bioethical values, especially equity and justice, but also acts as a catalyst for reducing social inequalities. Finally, as suggested by Gebru *et al.* (43), addressing algorithmic bias in AI systems presents a unique opportunity to reexamine and improve how emerging technologies best serve society and align with ethical principles.

7. Conclusions

In conclusion, what we have highlighted in this paper has underscored the critical importance of mitigating algorithmic bias to ensure the equitable development and use of Artificial Intelligence. To achieve this, the need to consider transparency, interdisciplinarity, and ethics in development teams, as well as the implementation of rigorous ethical audits based on ethical standards and principles, must be at the forefront. As Diakopoulos (10) and Barocas, Hardt,

and Narayanan (7) mention, it is vital to prioritize these strategies to rationalize and combat the social and individual biases of programmers, which are inherent in the processes of AI creation, development, and programming.

In this regard, interdisciplinary collaboration in development processes, coupled with interreligious dialogue and diverse perspectives, is essential, as this ensures that a wide range of experiences, viewpoints, and ethical considerations contribute to the creation of fairer and more equitable algorithms. Only through a plurality of approaches can we openly confront and overcome the prejudices rooted in society and, therefore, in AI, which threaten to perpetuate the inequalities and discrimination that such systems entail.

We have also pointed out the importance of making AI accessible so that it can be used as a means of improving society and the human condition, while always respecting human dignity and the principles of bioethics (26). Technology, as is often said, must be at the service of humanity and, therefore, must actively seek to eliminate social inequalities and combat discrimination. This objective goes beyond the simple technical use of AI for profit; rather, it is a fundamental ethical and bioethical imperative that must guide its development and use.

Finally, we conclude with an urgent call to action for all those involved in AI systems (from creation to the end user): it is necessary to adopt an interdisciplinary and comprehensive approach that encompasses everything from transparency in the design and operation of algorithms to a firm focus on equity and justice in all aspects of their implementation, as this is the only way to ensure that technological progress benefits humanity in line with the highest ethical and bioethical standards.

References

1. Mateescu A, Elish M. AI in Context: The Labor of Integrating New Technologies. Chicago: Data & Society Research Institute; 2015.

2. Meissner P, Narita Y. Así es como la inteligencia artificial transformará la toma de decisiones. Tecnologías emergentes – WEF; 2023. Available at: <https://es.wei-forum.org/agenda/2023/10/la-inteligencia-artificial-transformara-la-toma-de-decisiones-asi-es-como/>
3. Lanzagorta-Ortega D, Carrillo-Pérez DL, Carrillo-Esper R. Inteligencia artificial en medicina: presente y futuro. Gac Med Méx. 2021; 158(1):17-21. Available at: <https://doi.org/10.24875/gmm.m22000688>
4. Chui M, Manyika J, Miremadi M. Where machines could replace humans—and where they can't (yet). McKinsey Quarterly. 2019:1-12. <https://www.mckinsey.com/capabilities/mckinsey-digital/our-insights/where-machines-could-replace-humans-and-where-they-cant-yet>
5. Ferrante E. Inteligencia artificial y sesgos algorítmicos. Nueva Sociedad. 2021; (294):27-36. Available at: <https://nuso.org/articulo/inteligencia-artificial-y-sesgos-algoritmicos/>
6. Simon J, Wong PH, Rieder G. El sesgo algorítmico y el enfoque del diseño sensible al valor. Rev. Latinoam. Econ. Soc. Digit. 2022; (Special Number 1):1-18. Available at: <https://doi.org/10.53857/tzvn9229>
7. Barocas S, Hardt M, Narayanan A. Fairness and Machine Learning: Limitations and Opportunities. 2019; Available at: fairmlbook.org
8. Asís RD. Una mirada a la robótica desde los derechos humanos. Dykinson; 2014.
9. Terrones AL. Inteligencia Artificial fiable y vulnerabilidad: una mirada ética sobre los sesgos algorítmicos. In Suárez-Álvarez R, Martín-Cárdaba MÁ, Fernández-Martínez LM. Vulnerabilidad digital: desafíos y amenazas de la Sociedad hiperconectada. Madrid: Dykinson; 2023.
10. Diakopoulos N. Accountability in Algorithmic Decision Making. Commun ACM. 2016; 59(2):56-62. Available at: <https://doi.org/10.1145/2844110>.
11. Velázquez H. Transhumanismo, libertad e identidad humana. Thémata. 2009; (41):577-590. Available at: <https://revistascientificas.us.es/index.php/themata/article/view/594>
12. Olarte C, Plegrín J, Reinares E. Implantes para aumentar las capacidades innatas: integrados vs apocalípticos. ¿Existe un nuevo mercado? Universia Bus Rev. 2015:86-101. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=43343050003>
13. Abràmoff M, Tarver M, Loyo-Berrios N, Trujillo S, Char D, Obermeyer Z, Maisel, W. Considerations for addressing bias in artificial intelligence for health equity. npj Digital Med. 2013; 6(170):1-7. Available at: <https://doi.org/10.1038/s41746-023-00913-9>
14. Straw I, Rees G, Nachev P. Sex-Based Performance Disparities in Machine Learning Algorithms for Cardiac Disease Prediction: Exploratory Study. J Med Internet Res; 2024; 26:e46936. Available at: <https://doi.org/10.2196/46936>
15. Akter S, Dwivedi YK, Sajib S, Biswas K, Bandara RJ, Michael K. Algorithmic bias in machine learning-based marketing models. J. Bus. Res. 2022; 144:201-216. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2022.01.083>
16. U.S. Department of Education, Office of Educational Technology. Artificial Intelligence and Future of Teaching and Learning: Insights and Recommendations. Washington, DC; 2023.

17. Bostrom N. A history of transhumanist thought. *Journal of Evolution and Technology*. 2005; 14(1):1-25. Available at: <https://nickbostrom.com/papers/a-history-of-transhumanist-thought/>
18. Diéguez A. *Transhumanismo: la búsqueda tecnológica del mejoramiento humano*. Barcelona: Herder; 2017.
19. Harvard University. Justice with Michael Sandel - CCCB: Bioethics: Designer children. [video]; 2011. Available at: <https://youtu.be/aFcfygkMM0I>
20. Tobin H. *Transhumanismo SuperPoderes Humanos* – Castellano. [video]; 2016. Available at: <https://www.youtube.com/watch?v=ClxzKdfQAKY>
21. Fuentes, MÁ. *Principios fundamentales de bioética*. Roma: Instituto del Verbo Encarnado; 2006.
22. Berti B. Los principios de la bioética. *Prudent Iuris*. 2015; (79):269-280. Available at: <https://erevistas.uca.edu.ar/index.php/PRUDENTIA/article/view/4030>
23. Thompson J. (2017). Transhumanism: How Far Is Too Far? The new bioethics. 2017; 23(2):165–182. Available at: <https://doi.org/10.1080/20502877.2017.1345092>
24. Floridi L. *The Logic of Information: A Theory of Philosophy as Conceptual Design*. Oxford: Oxford University Press; 2019.
25. Beauchamp T, Childress, JF. *Principles of biomedical ethics*. Oxford: Oxford University Press; 2019.
26. Sgreccia E. *Manual de bioética: fundamentos y ética biomédica*. Navarra: EUNSA; 2016.
27. Latour B. Where Are the Missing Masses? The Sociology of a Few Mundane Artifacts. En Bijker W, Law J. *Shaping Technology-Building Society*. Studies in Sociotechnical Change. MIT Press, Cambridge Mass; 1992.
28. Future of Life Institute. *Asilomar AI Principles*. De Future of Life Institute; 2017. Available at: <https://futureoflife.org/ai-principles/>
29. Paglia VS. Rome Call for AI Ethic; 2023. Available at: https://www.romecall.org/wp-content/uploads/2022/03/RomeCall_Paper_web.pdf
30. Mittelstadt BD, Allo P, Taddeo M, Wachter S, Floridi L. The Ethics of Algorithms: Mapping the Debate. *Big Data Soc*. 2016; 3(2). Available at: <https://doi.org/10.1177/2053951716679679>
31. Attiah M, Farah M. Minds, motherboards, and money: futurism and realism in the neuroethics of BCI technologies. *Front Syst Neurosci*. 2014; 86(8):1-3. <https://doi.org/10.3389/fnsys.2014.00086>
32. Evans J. Faith in Science in Global Perspective: Implications for Transhumanism. *Public Underst Sci*. 2014; 23(7):1-33. Available at: <https://doi.org/10.1177/0963662514523712>
33. Schaefer O, Savulescu J. Better Minds, Better Morals: A Procedural Guide to Better Judgement. *J. Posthuman Stud*. 2017; 1(1):26-43. Available at: <http://dx.doi.org/10.5325/jpoststud.1.1.0026>
34. Zehr P. Future think: cautiously optimistic about brain augmentation using tissue engineering and machine interface. *Front Syst Neurosci*. 2015; 9(72):1-5. Available at: <https://doi.org/10.3389/fnsys.2015.00072>

35. Huxley A. Un mundo feliz. México: Éxodo; 2011.
36. Doshi-Velez F, Narayanan M, Chen E, He J, Kim B, Gershman S. How do Humans Understand Explanations from Machine Learning Systems? An Evaluation of the Human-Interpretability of Explanation. NY: Cornell University; 2018. Available at: <https://doi.org/10.48550/arXiv.1802.00682>
37. Felzmann H, Fosch-Villaronga E, Lutz C, Tamò-Larrieux A. Towards Transparency by Design for Artificial Intelligence. *Sci Eng Ethics*. 2020; 26(6):3333–3361. Available at: <https://doi.org/10.1007/s11948-020-00276-4>
38. Kirat T, Tambou O, Do V, Tsoukiàs A. Fairness and explainability in automatic decision-making systems. A challenge for computer science and law. *EURO J. Decis. Process*. 2023; 11:1-19. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.ejdp.2023.100036>
39. Gavilán I. Ideas y buenas prácticas para evitar el sesgo algorítmico. En: Ignacio G.R. Gavilán; 2022. Available at: <https://ignaciogavilan.com/ideas-y-buenas-practicas-para-evitar-el-sesgo-algoritmico/>
40. Sandu E. Sesgo en los algoritmos de inteligencia artificial: causas y soluciones. *metaverso.pro - Metaverso para Profesionales*; 2023. Available at: <https://metaverso.pro/blog/sesgo-en-los-algoritmos-de-inteligencia-artificial-causas-y-soluciones/>
41. UNESCO. Inteligencia artificial y educación: guía para las personas a cargo de formular políticas. Francia: UNESCO; 2021.
42. Comisión Europea. Reglamento del Parlamento Europeo y del Consejo por el que se establecen normas armonizadas en materia de Inteligencia Artificial (Ley de Inteligencia Artificial) y se modifican diversos actos legislativos de la Unión. Bruselas; 2024.
43. Gebru T, Morgenstern J, Vecchione B, Wortman J, Wallach H, Daume HI, Crawford K. Datasheets for Datasets. *Commun ACM*. 2021; 64(12):86-92. Available at: <https://doi.org/10.1145/3458723>

Hacia una ética del cuidado en hospitales públicos: revisión crítica de la deshumanización estructural

Towards an ethics of care in public hospitals: a critical review of structural dehumanization

Andherson Jhordan Aguirre-Lanegra*
Universidad Privada del Norte, Perú

<https://doi.org/10.36105/mye.2025v36n4.03>

Resumen

La práctica clínica en hospitales públicos de Latinoamérica atraviesa una transformación institucional que, en nombre de la eficiencia, ha erosionado los fundamentos éticos del cuidado. Este artículo problematiza la deshumanización del acto clínico, no como una anomalía,

* Investigador especialista en Derecho Digital, regulación, ética y filosofía del Derecho. En la actualidad, forma parte del grupo de investigación de la Universidad Privada del Norte (UPN), Perú. Correo electrónico: andersonaguirre162000@gmail.com <https://orcid.org/0009-0005-4201-1220>

Recepción: 23/05/2025 Aceptación: 26/07/2025

CÓMO CITAR: Aguirre-Lanegra, A. J. (2025). Hacia una ética del cuidado en hospitales públicos: revisión crítica de la deshumanización estructural. *Medicina y ética*, vol. 36, núm. 4. DOI: <https://doi.org/10.36105/mye.2025v36n4.03>



Esta obra está protegida bajo una Licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 4.0 Internacional.

sino como síntoma de un orden que ha desplazado al paciente de sujeto moral a objeto de gestión. Se argumenta que la despersonalización del cuidado responde a marcos institucionales que naturalizan la subordinación de la dignidad a indicadores de desempeño. Repensar el sistema sanitario exige más que reformas administrativas: demanda una profunda reconfiguración epistemológica y normativa, y la recuperación de una ética situada que reconozca la vulnerabilidad humana. La rehumanización de la salud, entendida como proyecto político y ético, solo será posible articulando una crítica a los dispositivos de exclusión con propuestas que devuelvan centralidad al cuidado como práctica relacional, justa y transformadora.

Palabras clave: despersonalización del cuidado, bioética crítica, salud pública, violencia institucional, cuidado clínico.

1. Introducción

En las últimas décadas, los hospitales públicos han experimentado una creciente presión para optimizar recursos, estandarizar procedimientos y cumplir con indicadores de rendimiento que, si bien persiguen una mayor eficiencia, han contribuido paralelamente a la deshumanización del cuidado clínico. Esta situación se ha agudizado en contextos marcados por la austeridad fiscal, particularmente en países latinoamericanos desde la década de 1990, donde la lógica neoliberal ha permeado profundamente los sistemas de salud. En estos entornos, el vínculo terapéutico entre profesionales y pacientes tiende a diluirse en rutinas automatizadas, tiempos de consulta reducidos y protocolos impersonales que marginan la singularidad de cada sujeto. Como resultado, emergen prácticas asistenciales que priorizan la gestión del riesgo y el control institucional por sobre el cuidado integral y relacional. Esta despersonalización del acto clínico no solo vulnera los derechos de los usuarios, sino que también erosiona el sentido ético de la profesión sanitaria. Urge, por tanto, examinar críticamente las condiciones estructurales que configuran

estas dinámicas para repensar un modelo de atención verdaderamente centrado en el sujeto.

Desde un enfoque teórico, la deshumanización del cuidado puede pensarse —y quizá deba pensarse— desde distintas aristas que interrogan no solo el qué, sino el cómo y el para qué del acto clínico. Se trata de perspectivas que problematizan, en distintos niveles, la medicalización creciente, la racionalidad técnico-instrumental y la lógica burocrática que atraviesa el sistema de salud. El saber médico moderno dio forma a una “mirada clínica”, una mirada que observa, mide, clasifica... pero que, al hacerlo, transforma al paciente en objeto (1). No es menor: en ese gesto, la subjetividad queda reducida a una serie de signos patológicos. Por otro lado, planteó cómo la normalización de la crisis sanitaria representa un ejercicio de biopoder que coloniza el mundo de la vida; una crítica que, trasladada al ámbito sanitario, permite entender por qué tantas veces se prioriza lo administrativo sobre el diálogo humano (2). Otro matiz: propone un modelo ontológico del cuidado, uno que reconoce la coexistencia de múltiples realidades en la práctica clínica y defiende una ética situada, encarnada, atenta al cuerpo y al contexto (3). Estas tres entradas, en conjunto, permiten ver cómo ciertas lógicas epistémicas —muchas veces invisibles— estructuran formas de atención que excluyen, dejando fuera dimensiones esenciales del sufrimiento: lo emocional, lo social, lo existencial. Lo que no se puede medir, simplemente, se omite.

La literatura académica ha identificado varias lagunas en la comprensión del fenómeno de la deshumanización en los espacios hospitalarios, especialmente en lo que respecta a los aspectos estructurales y organizativos que la fundamentan. Si bien existen estudios que abordan la empatía médica o la comunicación clínica, se percibe una falta de trabajos que entrelacen de manera crítica los planos epistemológicos, políticos y organizativos en una misma línea de trabajo. Esta carencia plantea un reto científico importante, ya que no permite profundizar en el análisis del fenómeno de una manera holística y propositiva; además, a pesar de las tensiones que persisten entre la ética del cuidado y las exigencias de eficiencia institucional, se nos

presentan dilemas normativos en los cuales no se ofrece una solución clara. En este sentido, el análisis de cómo se producen prácticas excluyentes desde un enfoque crítico permite abordar no solo su procedencia, sino que se presenta como una posibilidad para pensar alternativas transformadoras. La revisión que se propone se enmarca también en este sentido, en un campo que sin duda precisa de un mayor y mejor desarrollo conceptual y empírico.

En ese sentido, las implicaciones de la deshumanización clínica son muy relevantes: dan lugar a una peor calidad de vida del paciente, al incremento del sufrimiento evitable, a una menor motivación del personal asistencial y a la pérdida de confianza en el sistema sanitario en sí. Este período posterior a la pandemia adquiere particular relevancia para resaltar la vulnerabilidad de los sistemas sanitarios y la urgencia de reevaluarlos (4), a partir de una ética que recupere la relación entre el yo y el otro. Proponer directrices que favorezcan una atención justa y digna hará necesario no solo cambiar las prácticas individuales, sino también trastocar los marcos organizativos y normativos que las sostienen. La ética del cuidado puede contribuir decisivamente en este proceso de reconfiguración, entendida como una guía práctica basada en la responsabilidad relacional. De esta manera, el análisis de las lógicas de exclusión en la clínica puede hacer posible imaginar formas más humanas y justas de habitar el cuidado.

De este modo, la actualidad del estudio radica en la necesidad de reexaminar las estructuras que sostienen la deshumanización del cuidado en hospitales públicos, en un contexto social que demanda sistemas sanitarios más empáticos, justos y viables. Es decir, la investigación constituye una respuesta a esa demanda, recuperando enfoques teóricos y empíricos que permitan elaborar una mirada crítica y propositiva. Explorar las condiciones que hacen posible un cuidado orientado al sujeto es también una forma de iluminar caminos hacia una práctica clínica que reconozca la dignidad humana. La actualidad del tema no remite solo a una urgencia coyuntural; representa además una manera de saldar una deuda histórica hacia quienes han sido

sistemáticamente opacados por lógicas institucionales inadecuadas. La revisión y reflexividad sobre los fundamentos éticos del sistema sanitario son, por tanto, una condición impuesta por la necesidad de impulsar una transformación que pueda ser efectiva y perdurable.

El objetivo de esta revisión es analizar, de forma crítica, la deshumanización del cuidado clínico en hospitales públicos; es decir, describir las lógicas epistémicas, políticas y organizativas que configuran prácticas excluyentes de cuidado, para proponer líneas bioéticas que contribuyan a transformar el sistema de salud. Este objetivo se sitúa en el intento de articular el análisis teórico con el análisis práctico, con la intención de aportar una reflexión original al debate sobre la humanización de la salud. La finalidad de esta práctica es abrir camino a una reflexión profunda sobre el lugar que ocupa el cuidado en la construcción institucional de lo contemporáneo, y con ello, abrir también posibilidades hacia una atención más justa, más digna, centrada en el sujeto.

2. Perspectivas teóricas: desentrañando la deshumanización del cuidado

La comprensión del fenómeno de la deshumanización, en el terreno de la salud, exige situarse en una genealogía crítica que permita captar no solo sus expresiones actuales, sino también las circunstancias históricas y las condiciones epistémicas que han posibilitado su afirmación. La medicina moderna es el resultado de la lunga marcha de la cientifización del saber sobre el cuerpo, que ha transformado radicalmente el modo en que se entienden la enfermedad, el sufrimiento y el cuidado. En ese tránsito, el paciente ha quedado progresivamente desplazado del centro de la experiencia clínica, sustituido por una figura abstracta: el caso, el diagnóstico, el número. Estudios han evidenciado cómo el dispositivo médico ha colonizado dimensiones fundamentales de la existencia humana —el dolor, la muerte, la fragilidad— imponiendo una mirada tecnocrática que, en muchas

ocasiones, silencia otras formas de comprender y acompañar el sufrimiento (1,5).

En este contexto, la práctica médica tiende a favorecer una concepción del cuerpo como objeto biológico, desestimando con frecuencia su dimensión vivida, simbólica y relacional. Sin embargo, desde múltiples enfoques críticos se ha señalado que el cuerpo, mucho más que un simple soporte fisiológico, es un cuerpo consciente, atravesado por la experiencia, los contextos culturales y las estructuras sociales (6). La medicina, al centrarse casi exclusivamente en el cuerpo-máquina, ha contribuido a invisibilizar al cuerpo-sujeto, reforzando una relación clínica asimétrica en la que los saberes médicos se superponen a la agencia del paciente. Esta tensión entre cuerpo y subjetividad no es un problema meramente teórico: se manifiesta cotidianamente en interacciones clínicas donde el lenguaje del paciente acaba subordinado, o incluso descartado, a favor del protocolo, del algoritmo, del indicador.

Esta lógica ha sido objeto de crítica desde diferentes posturas, entre las cuales destacan aquellas que han cuestionado los límites del modelo biomédico tradicional. Un enfoque limitado estrictamente a lo biológico conlleva el peligro de pasar por alto las facetas psicológicas y sociales del cuidado, lo que resulta en una asistencia segmentada y simplificadora, en vez de impulsar una humanización y un tratamiento respetuoso desde un ángulo ético (7). Esta crítica ha tenido eco en muchos discursos institucionales, aunque rara vez se ha traducido en transformaciones prácticas de fondo. La alienación clínica, por su parte, se produce cuando el paciente deja de ser reconocido como sujeto moral, es decir, como alguien capaz de narrar su experiencia, de exigir reconocimiento y de ser escuchado (8). Esta pérdida de reconocimiento no solo afecta el vínculo terapéutico, sino que erosiona la base ética misma de la medicina y, sin embargo, estos aspectos a menudo ni siquiera se articulan entre sí.

En este sentido, resulta pertinente introducir el concepto de violencia institucional, entendida como una categoría crítica que permite visibilizar formas de dominación que no necesariamente son explícitas ni deliberadas. Se trata de un tipo de violencia que condiciona

—y en muchos casos despoja— la dignidad y la calidad del cuidado. La violencia simbólica, se describe como el ejercicio de prácticas aparentemente neutras que, sin embargo, cargan de significados jerárquicos, desvalorizando a los pacientes y subordinando su experiencia a los códigos de la medicina dominante (9). La violencia estructural, por su parte, se manifiesta como un conjunto de desigualdades materiales que determinan quién recibe qué tipo de atención y en qué condiciones (10); no requiere de actos directos de agresión, sino de un sistema que opera bajo lógicas que perpetúan la exclusión de los más vulnerables. Finalmente, la violencia epistémica entenderse, en este contexto, como el silenciamiento sistemático del saber del paciente, su exclusión de los procesos de decisión, y el establecimiento de un modelo de conocimiento que desestima su propia comprensión del cuerpo, de la enfermedad y del cuidado (11).

Las instituciones sanitarias, al posicionarse como agentes activos en la producción de sentido y en la distribución de recursos, intervienen de lleno en esta lógica de exclusión. Bajo el imperativo de la estandarización y la eficiencia, tienden a reducir la experiencia de la enfermedad a un conjunto de signos clínicos o a una lectura instrumental de resultados de laboratorio, ignorando las historias del paciente que son, lo que permite dotar de sentido al sufrimiento y brindar un cuidado realmente integral (12). Esta despersonalización no solo distorsiona la experiencia del usuario: reproduce, además, desigualdades estructurales al invisibilizar a quienes no encajan en los modelos normativos del sistema; personas indígenas, migrantes, pacientes con enfermedades crónicas complejas, entre otros.

En este panorama, se hace necesario volver a los fundamentos filosóficos de una bioética aguda, capaz de interrogar no solo los dilemas clínicos individuales, sino también las estructuras que los generan. La bioética de la liberación, en sintonía con el pensamiento latinoamericano, apunta hacia una ética situada históricamente, comprometida con los derechos colectivos en la medida en que estos implican transformar las estructuras donde se reproduce la injusticia en salud. Esta perspectiva no remite a una ética normativa tradicional,

sino que asume una postura política: la salud como bien colectivo frente a una estructura social que, muchas veces, la niega o la mercantiliza.

Desde esta óptica, la ética del cuidado recupera la idea de la interdependencia humana como fundamento de toda organización moral y política (13,14). Aquí, el cuidado no se limita a una función profesional ni a una expresión de piedad individual; se configura como una responsabilidad social que debe encarnarse en las propias instituciones. Reconocer la vulnerabilidad no equivale al paternalismo: implica asumir una condición humana compartida que exige políticas públicas orientadas a reconocer el sufrimiento y reorganizar las prioridades más allá de la lógica del rendimiento.

En este sentido, uno de los dilemas éticos más persistentes es el que se plantea entre dignidad y eficiencia. La presión por alcanzar metas cuantitativas y cualitativas suele reflejarse en decisiones que, si bien comprensibles desde la lógica de la gestión, acaban afectando la humanidad del paciente. Limitar los accesos familiares, uniformar los procedimientos finales, mecanizar las intervenciones en agonía... todo ello puede optimizar ciertos parámetros operativos, claro, pero frecuentemente lo logra sacrificando la atención a lo particular, a la empatía auditiva y al respeto mutuo (15). Este dilema no tiene soluciones simples. Pero ignorarlo ya constituye, en sí mismo, una forma de deshumanización: cuando la dignidad se subordina sistemáticamente a la eficiencia, el sistema de salud pierde su razón de ser.

Pensar la deshumanización en salud desde esta perspectiva implica, por tanto, una crítica que no es solo moral, sino también epistemológica, política y estructural. No se trata de buscar culpables individuales, sino de interrogar los marcos que definen qué significa cuidar, quién merece ser cuidado y cómo distribuimos colectivamente los recursos de atención. En ese proceso, la voz del paciente, la subjetividad del profesional y las condiciones institucionales deben ser consideradas en su complejidad, si es que de verdad aspiramos a una medicina que no solo cure, sino que también acompañe, reconozca y dignifique.

3. La deshumanización como dispositivo estructural en hospitales públicos

La trayectoria del hospital público en el Perú no puede ser comprendida sin atender a las transformaciones político-económicas que, con los cambios impuestos desde finales del siglo xx, terminaron por trastocar de manera radical su lógica institucional. Las reformas neoliberales de la década de 1990 implicaron la introducción de un conjunto de criterios administrativos propios de organizaciones orientadas a la eficiencia y a la contención del gasto público; una búsqueda de soluciones frente a las presiones macroeconómicas que, sin embargo, terminó deteriorando la calidad y la calidez del cuidado clínico (16). La apuesta por la racionalización hizo resurgir los indicadores de gestión y las metas cuantificables, mientras que aquellas dimensiones del cuidado no traducibles en términos contables ni evaluables institucionalmente pasaron a ocupar un segundo plano. A la inestabilidad en la dirección de los hospitales —efecto de la persistente politización de estos cargos— le siguió una cultura organizacional que terminó por consolidar una aceptación tácita de la fragmentación y la improvisación en las prácticas (17).

Este nuevo régimen de gestión hospitalaria ha instaurado una racionalidad técnica que, lejos de ser neutral, reconfigura los modos de actuar y de pensar de los profesionales de la salud. Se observa una progresiva pérdida de agencia profesional, donde médicos, enfermeros y otros trabajadores sanitarios deben adaptarse a protocolos estandarizados que muchas veces contravienen su juicio clínico o su sensibilidad ética. Las exigencias de productividad limitan la posibilidad de construir relaciones humanas significativas con los pacientes, y reducen el acto clínico a una secuencia de procedimientos fragmentados, cuyo sentido se diluye en la urgencia por cumplir metas. Esta situación no solo afecta la calidad del cuidado, sino que genera tensiones morales difíciles de procesar, especialmente para quienes se formaron en una ética del cuidado centrada en la persona.

La precarización laboral constituye, en este sentido, un factor estructural que incide directamente sobre la deshumanización asistencial. Los contratos temporales, la sobrecarga de trabajo y la escasez de recursos no son fenómenos circunstanciales, sino elementos constitutivos de un modelo que concibe al profesional de salud como un engranaje más en la maquinaria productiva del hospital. El síndrome de burnout, ampliamente documentado en el personal sanitario, no solo expresa agotamiento físico o emocional, sino también una forma de sufrimiento ético ante la imposibilidad de brindar un cuidado que responda a las exigencias morales del oficio (18,19). Cuando el tiempo se convierte en un recurso escaso y el cuidado en una tarea cronometrada, la empatía se vuelve un lujo que muchos profesionales no pueden permitirse.

Dentro de esta lógica, la productividad clínica se constituye como el criterio más relevante, por delante de cualquier otro procedimiento de valoración del acto clínico. Las lógicas comerciales —importadas de otros sectores productivos— transforman la atención sanitaria en un servicio, sometido a las mismas reglas de competencia, de eficiencia y de rendimiento: este modelo no solo deteriora las condiciones de trabajo, sino que también afecta profundamente la relación con los pacientes, que perciben cada vez más una atención mediaticizada, fragmentada, despersonalizada y acelerada. Como se ha reflejado en investigaciones recientes, esto da lugar a un ambiente clínico en el que las relaciones humanas tienden a perder su carácter afectuoso y simbólico, desdibujando la experiencia de cuidado en su sentido más profundo (20).

Las manifestaciones concretas de esta deshumanización son fácilmente localizables en una amplia variedad de niveles. La automatización de las prácticas clínicas por medio de protocolos rígidos limita la oportunidad para responder de manera específica a cada paciente; reduce la atención a una aplicación mecánica de saberes estandarizados (21). La interacción entre profesional y paciente frecuentemente es unidireccional, dominada por tecnicismos, lo que contribuye a una vivencia de la asistencia en la que el paciente no se

identifica como sujeto, sino como objeto de intervención (22). La dinámica desvinculada no se limita a lo estrictamente funcional: afecta la construcción del sentido, evita que el sufrimiento de la persona sea narrado, simbolizado y, en consecuencia, acompañado.

En efecto, uno de los aspectos más preocupantes de esta deshumanización es la omisión de las dimensiones afectiva, simbólica y narrativa del sufrimiento. La falta de condiciones en las estructuras hospitalarias, para poder acoger el dolor de las personas que son atendidas, rompe la posibilidad de un cuidado global. El sufrimiento queda, entonces, olvidado en un plano más oculto, como si se tratase de una molestia logística, de una variable clínica más, y no de una experiencia de vida que es exigente en presencia, tiempo y palabra (20).

Los efectos ético-políticos de esta situación son significativos. La pérdida de confianza institucional no solo se traduce en una disminución de la satisfacción del usuario, sino en un debilitamiento de su agencia moral. Un paciente que no se siente escuchado, que percibe indiferencia o indiferenciación en el trato, difícilmente podrá ejercer un rol activo en su proceso de cuidado. Esta pasivización forzada impacta tanto en los resultados clínicos como en la vivencia subjetiva de la enfermedad (23). Además, las lógicas que sostienen este modelo —lejos de ser neutras— tienden a reproducir y a profundizar desigualdades preexistentes. Las poblaciones más vulnerables, con menor capacidad para ejercer presión o reclamar derechos, son quienes experimentan con mayor crudeza las fallas del sistema. La deslegitimación del hospital público no es entonces solo un fenómeno perceptual, sino un signo de crisis estructural, especialmente evidente en los márgenes sociales (24).

Anteponiendo a este diagnóstico, no se ha de hacer tan solo un diagnóstico de enfermedad institucional, sino preguntarse qué tipo de cuidado estamos dispuestos a sostener socialmente. Por eso el hospital público, tal y como hemos venido constituyéndolo en la historia, se encuentra en una situación que implica una serie de reformas no sólo administrativas sino también una reformulación de los fines de la medicina, del valor de lo humano en la práctica de la

clínica y de las condiciones materiales que hacen posible el ejercicio (o lo impiden) del cuidado ético.

4. Claves bioéticas para una transformación humanizadora

En la actualidad, en un contexto asistencial condicionado por las exigencias de eficiencia, estandarización y tecnificación, que cada vez más parecen moldear la práctica clínica, se hace necesario volver a repensar el lazo entre el profesional y el paciente como un espacio éticamente justo. Reconfigurar el encuentro clínico no se limita a lograr una mejor comunicación o a exhibir cortesía: implica un giro ontológico-político en la comprensión misma del cuidado. Reconocer a quien padece como un sujeto no es solamente informarle o preservar su intimidad; es, ante todo, escucharle, acoger su palabra y sostener su subjetividad en medio de la adversidad, la incertidumbre o la fragilidad que la atraviesan (25). La escucha no es una técnica, sino un acto ético que funda un lazo de confianza y cooperación, absolutamente central en contextos de atención primaria, donde la cercanía y la continuidad son valores fundamentales.

Desde esta perspectiva, la noción de hospitalidad clínica adquiere un valor extraordinario. No se agota en simplemente dar la bienvenida al otro, sino que se abre a su forma de sufrir; una forma ligada a la dignidad y a la necesidad de recibir cuidados entendidos como un derecho, no como una cualidad opcional ni una concesión. Así, la clínica se convierte en un lugar político y moral, donde se disputan sentidos, formas de vida y prioridades. La hospitalidad se vincula entonces con los fundamentos de una bioética pública que no reduce la ética médica a la toma de decisiones individuales ni a cuestionarios moralmente neutros, sino que incorpora procesos de deliberación, participación comunitaria y justicia en la distribución de los recursos (26). Los componentes de la salud y la enfermedad, del grupo humano y la sociedad, de la salud y la lucha, no pueden pensarse sin

su dimensión estructural constitutiva: sin reconocer las condiciones materiales que permiten —o impiden— que una relación de cuidados sea plenamente humana.

Por todo ello, resulta insuficiente una ética clínica que se apoye únicamente en normativas generales o principios abstractos, desligados de la situación concreta. El paso desde una ética del principialismo hacia una ética situada, como proponen diversas posturas críticas, permitiría anclar la decisión clínica en la realidad social y cultural de quienes la protagonizan (27). Esta ética situada no renuncia a los principios, pero los reinterpreta desde la experiencia vivida, a la luz de las tensiones y desigualdades que configuran el terreno del cuidado. En ese marco, se abre espacio para una práctica más ecuánime, más cuidadosa, menos dada a automatismos éticos que ignoran las condiciones reales del sufrimiento y la cura.

En esta línea, la bioética crítica se afirma como una herramienta de resistencia frente a las lógicas institucionales que tienden a invisibilizar las injusticias estructurales. Exigir una justicia estructural en salud implica responsabilizar a las instituciones no solo por su eficiencia administrativa, sino por su capacidad —o incapacidad— de garantizar una distribución equitativa del cuidado (28). Las desigualdades en el acceso, en la calidad de la atención, en las condiciones laborales de los profesionales, no son anomalías del sistema, sino síntomas de una organización profundamente atravesada por relaciones de poder. Frente a esta constatación, la bioética crítica no se limita a describir; propone intervenir, transformando los marcos normativos, organizativos y simbólicos que configuran lo posible en salud.

No obstante, dicha transformación no puede llevarse a cabo sin una revisión profunda de los procesos formativos. La formación ética en las ciencias de la salud debe ser algo más que un módulo dentro del currículo: ha de constituir una experiencia integral que articule la teoría con la realidad concreta del sistema, que proporcione herramientas para leer críticamente el mundo y para actuar en él de manera responsable. En contextos de alta exigencia, donde el estrés, la sobrecarga y la ambigüedad ética son el pan nuestro de cada día, se

vuelve imprescindible ofrecer a los estudiantes espacios para el desarrollo moral y para la sensibilidad frente a lo estructural (29). La ética no se aprende únicamente en los libros, sino en la práctica, en la reflexión compartida, en el acompañamiento que ayuda a sostener el sentido frente a las dificultades propias de la realidad clínica.

Fomentar esa reflexividad moral entre los profesionales exige también un compromiso institucional. No basta con exigir humanidad a los individuos si las estructuras los deshumanizan. Es necesario crear condiciones que hagan posible una práctica ética: espacios de deliberación colectiva, instancias de contención emocional, culturas organizacionales que valoren el cuidado no solo del paciente, sino también del cuidador (25). Solo así puede construirse una ética profesional que no sea heroica, sino sostenible; que no dependa de voluntades excepcionales, sino de contextos que la nutran y la respalden.

En última instancia, esta apuesta por una clínica más ética no puede desligarse de una propuesta más amplia de gobernanza sanitaria. El sistema de salud debe repensarse desde una lógica democrática, en la que la ciudadanía no sea apenas receptora de servicios, sino agente activo en la toma de decisiones que afectan su vida y su salud. La participación democrática y la vigilancia ciudadana fortalecen la legitimidad de las políticas públicas y aseguran que éstas respondan a las necesidades reales de la población (30). Pero este proceso no puede limitarse a mecanismos formales; debe traducirse en políticas de cuidado transformadoras, que asuman la salud como un bien común atravesado por las condiciones sociales, económicas y culturales de cada comunidad (26). Solo así, desde una ética pública que no tema hablar de justicia, de poder y de transformación, será posible imaginar un sistema de salud verdaderamente humano.

5. Conclusiones

Comprender la deshumanización del cuidado en el ámbito sanitario exige bastante más que revisar, de manera superficial, lo que ocurre

hoy en las prácticas clínicas. Implica, más bien, detenerse con atención —y cierta incomodidad— ante los regímenes de saber y poder que las sostienen, a menudo naturalizados hasta el punto de volverse invisibles. Esta investigación parte de una premisa que, aunque en apariencia obvia, rara vez se formula con la crudeza necesaria: la medicina moderna, aferrada a una racionalidad tecnocrática, ha ido relegando la subjetividad del paciente. Lo ha hecho, sin escándalo, en nombre del control, la eficiencia y una objetividad que convendría empezar a mirar con sospecha. Ese desplazamiento —importa insistir en esto— no es un efecto secundario ni un error de cálculo: está incrustado en el corazón mismo del dispositivo biomédico. Su lógica epistémica pone el dato por delante de la narración, y al algoritmo donde antes estuvo la experiencia vivida. Reconocer esta genealogía no es un lujo académico; es, en todo caso, una condición mínima para interpelar una atención clínica que, al desconectarse de la textura humana del sufrimiento, termina por reproducir formas de violencia silenciosa, maquilladas de rigor técnico.

Uno de los núcleos más significativos de este trabajo es su decisión de sostener una crítica bioética situada, alejada a propósito de los modelos normativos universales que todavía dominan buena parte del discurso ético en salud. Aquí, el cuidado se piensa desde la vulnerabilidad que todos compartimos —en mayor o menor medida— y desde una interdependencia estructural que rara vez se asume. Introducir nociones como violencia epistémica, simbólica y estructural no es un gesto retórico, sino una forma de expandir los márgenes de lo éticamente relevante. Ya no basta con observar lo que ocurre entre un profesional y un paciente: hay que examinar los marcos institucionales, culturales y políticos que configuran esa relación. Bajo esta luz, el cuidado deja de ser una secuencia de procedimientos técnicos —protocolizados, medidos, eficientizados— y aparece como un proceso complejo, frágil a veces, tensionado por conflictos morales, disputas de sentido y condiciones materiales que lo hacen posible o lo sofocan. Esta mirada, más porosa, permite no solo pensar con mayor profundidad el fenómeno en cuestión, sino

también desmontar, con más claridad, los discursos institucionales que lo encubren tras la fachada de la neutralidad.

Desde una mirada más pragmática, los hallazgos de esta investigación invitan a repensar las formas en que se organiza la atención clínica, especialmente en el ámbito de la salud pública. Superar la dicotomía entre eficiencia y dignidad se vuelve urgente. Es necesario imaginar modelos de gestión donde el vínculo humano vuelva a ocupar un lugar central en el acto terapéutico. Para eso, habría que revisar cómo se evalúa el trabajo clínico, crear espacios institucionales de deliberación ética y garantizar condiciones laborales que protejan a quienes cuidan de quedar atrapados en la lógica del rendimiento. La hospitalidad clínica —esa apertura real al otro, en su diferencia y en su sufrimiento— no se plantea aquí como un ideal utópico, sino como una práctica que debe ser sostenida desde las estructuras mismas del sistema. No alcanza con buenas intenciones si las condiciones materiales no acompañan.

Este trabajo deja abierta una agenda densa y fértil para futuras investigaciones. Habría que ir más allá del análisis conceptual y profundizar en estudios empíricos que recojan las voces de quienes transitan —desde distintos lugares— escenarios de atención marcados por la deshumanización. No solo para registrar el daño, sino para visibilizar prácticas emergentes que intentan rehumanizar los vínculos, a veces desde los márgenes. También sería clave explorar cómo estas lógicas se reconfiguran en contextos específicos: zonas rurales, comunidades indígenas, espacios de salud intercultural, donde se entretejen capas aún más complejas de exclusión epistémica y desigualdad estructural. Por último, se plantea la necesidad urgente de revisar los procesos formativos en las ciencias de la salud. Ahí es donde se moldea —o se deteriora— la posibilidad de una práctica ética del cuidado.

Pensar el cuidado clínico desde una ética crítica no es un ejercicio de pesimismo. Es, más bien, un acto de esperanza. No una esperanza ingenua ni decorativa, sino una esperanza lúcida, que ve las violencias estructurales tal como son, pero se niega a asumirlas como

destino. Apostar por una medicina más humana es, en el fondo, apostar por otra forma de estar en el mundo: una en la que la dignidad no se negocie, sino que se garantice. Especialmente para esos cuerpos que la historia ha ignorado, relegado, dejado a un costado. Esta apuesta, sin embargo, no se juega solo en el terreno técnico ni en los corredores institucionales: se juega, sobre todo, en el horizonte compartido de lo común. En la voluntad colectiva de sostener un sistema de salud que no solo cure, sino que también sepa cuidar, escuchar, acompañar y, cuando haga falta, transformar.

Referencias

1. Foucault M. El nacimiento de la clínica: Una arqueología de la mirada médica. Clave Intelectual; 2021.
2. García Uribe JC. Covid-19 y biopoder: cómo resistir la normalización de una crisis. *mye* [Revista de Internet]. 2021 ene. 4 [citado 3 de mayo de 2025]; 32(1):65-8. Disponible en: <https://revistas.anahuac.mx/index.php/bioetica/article/view/470>
3. Mol A. The Logic of Care: Health and the Problem of Patient Choice. London: Routledge; 2008.
4. Gracia LE, Templos LA. La pandemia de Covid-19 en México: el papel fundamental de los cuidados paliativos y de la bioética. *mye* [Revista en Internet]. 2021 ene. 4 [citado 23 de abril de 2025]; 32(1):179-95. Disponible en: <https://revistas.anahuac.mx/index.php/bioetica/article/view/473>
5. Illich I. Némesis médica. La expropiación de la salud. Barcelona: Irrecuperables - Jarramplas; 2022.
6. Scheper-Hughes N, Lock MM. The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology. *Med Anthropol Q* [Revista en Internet]. 1987 [citado 25 de abril de 2025]; 1(1):6-41. Disponible en: <https://doi.org/10.1525/maq.1987.1.1.02a00020>
7. Méndez Toledo JR. Beneficios, desafíos y estrategias en la implementación del cuidado humanizado de enfermería en hospitalización: revisión narrativa. *Enfermería: Cuidados Humanos* [Revista en Internet]. 2025 de ene. [citado 24 de abril de 2025]; 14(1): e4309. Disponible en: <https://doi.org/10.22235/ech.v14i1.4309>
8. Honneth A. The Struggle for Recognition: The Moral Grammar of Social Conflicts. ilustrada ed. Cambridge, Mass: Polity Press; 1996.
9. Bourdieu P. Distinction: A Social Critique of the Judgement of Taste. Cambridge, Mass: Harvard University Press; 2002.
10. Farmer P. An Anthropology of Structural Violence. *Curr Anthropol* [Revista en Internet]. 2004 [citado 24 de abril de 2025]; 45(3):305-25. Disponible en: <https://www.journals.uchicago.edu/doi/abs/10.1086/382250>

11. Frank AW. *The Wounded Storyteller: Body, Illness, and Ethics*, Second Edition. Chicago London: University of Chicago Press; 2013.
12. Kleinman A. *The Illness Narratives: Suffering, Healing, And The Human Condition*. New York: Basic Books; 1989.
13. Yáñez Flores K, Rivas Riveros E, Campillay Campillay M. Ética del cuidado y cuidado de enfermería. *Enfermería (Montev.)* [Revista de Internet]. 11 de junio de 2021 [citado 8 de mayo de 2025]; 10(1):03-17. Disponible en: <https://revistas.ucu.edu.uy/index.php/enfermeriacuidadoshumanizados/article/view/2124>
14. Tronto J. *Caring for Democracy: Markets, Equality, and Justice*. New York: New York University Press; 2013. 256 p.
15. Pavón Sánchez R, Covarrubias Gómez A, Bravo Chang M J. Propuesta de protocolo de visita del familiar o acompañante para despedir durante la agonía a pacientes afectados por Covid-19 en México. *mye* [Revista en Internet]. 2021 de ene. 4 [citado 3 de mayo 2025]; 32(1):107-21. Disponible en: <https://revistas.ana-huac.mx/index.php/bioetica/article/view/471>
16. Palma P. Neoliberalismo, violencia política y salud mental en Perú (1990-2006). *Rev Cienc Salud* [Revista en Internet]. 2019 [citado 2 de mayo 2025]; 17(2):352-72. Disponible en: <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.7954>
17. Frisancho JC. Politizar la salud y la deshumanización de los médicos son principales problemas en la región [Internet]. *Diario El Pueblo*. 2024 [citado 7 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://diarioelpueblo.com.pe/2024/04/09/politizar-la-salud-y-ladeshumanizacion-de-los-medicos-son-principales-problemas-en-la-region/>
18. Yupari Azabache IL, Díaz Ortega JL, Azabache Alvarado KA, Bardales Aguirre LB. Modelo logístico de factores asociados al Síndrome de Burnout en el personal de salud. *Enf Global* [Revista de Internet]. 1 de octubre de 2022 [citado 1 de mayo de 2025]; 21(4):144-71. Disponible en: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/512491>
19. Ancco Choquecondo RD, Calderón Paniagua DG, Quispe Vilca GR, Pacompia Toza JF, Quispe Vilca J del R. Síndrome de burnout y desempeño laboral en el sector salud del Perú. *revistavive* [Internet]. 8 de mayo de 2023 [citado 17 de septiembre de 2025]; 6(17):491-502. Disponible en: <https://doi.org/10.33996/revistavive.v6i17.240>
20. Castillo Esquivel DY, Harold Bravo Ramírez MR, Esquivel Grados JT, Esquivel Grados MN, Salgado Montenegro FC. Síndrome de Burnout y compromiso organizacional en un hospital público – Perú. *Ciencia Latina* [Internet]. 20 de diciembre de 2022 [citado 17 de septiembre de 2025]; 6(6):8256-71. Disponible en: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i6.3995
21. Pacheco-Venancio Ángela A. Síndrome de burnout en el personal de enfermería de las unidades críticas de un hospital público de Huánuco, Perú. *Rev Peru Cienc Salud* [Revista en Internet]. 2022 dic. 13 [citado 2 de mayo de 2025]; 4(4):244-8. Disponible en: <https://doi.org/10.37711/rpcs.2022.4.4.395>

22. Vergara Mejía AG, Zeta-Solis L, Córdova-Agurto JS, Gutiérrez-Crespo HF. Síndrome de Burnout y condiciones laborales en profesionales de enfermería de un centro quirúrgico de un hospital nacional en Perú en el contexto del COVID-19. Rev. Cuerpo Med. HNAAA [Revista de Internet]. 1 de febrero de 2025 [citado 7 de mayo de 2025]; 17(4):e2378. Disponible en: <https://doi.org/10.35434/rcmh-naaa.2024.174.2378>
23. Huarcaya-Victoria J, Calle-González R. Influencia del síndrome de *burnout* y características sociodemográficas en los niveles de depresión de médicos residentes de un hospital general. Educación Med. [Revista de Internet]. 2021 [citado 7 de mayo de 2025]; Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2020.01.006>
24. Amnistía Internacional. Fragmentación en sistema de salud ahonda brechas y desigualdad en el acceso a la salud [Internet]. 2024 [citado 7 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://amnistia.org.pe/noticia/sistema-saludperu-desigualdad-acceso-2024/>
25. Campos Pavone Zoboli E L. Relación clínica y problemas éticos en atención primaria, São Paulo, Brasil. Aten Primaria [Revista en Internet]. 1 de agosto de 2010 [citado 8 de mayo de 2025]; 42(8):406-12. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2010.01.018>
26. Guerrero-Nancuante C, Melo A, Gundelach P, Fuster N. Participación social en el sistema de salud de Chile: aportes reflexivos desde la bioética. Salud Colect [Revista en Internet]. 2023 [citado 7 de mayo de 2025]; 19:e4486. Disponible en: <https://doi.org/10.18294/sc.2023.4486>
27. González-de Paz L. Una bioética clínica para la atención primaria de salud. Med Fam SEMERGEN [Revista en Internet]. 2013 [citado 8 de mayo de 2025]; 39(8):445-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2013.02.002>
28. Pérez Ayala M, ¿Por qué hablar de bioética en la atención primaria en salud? Revista Latinoamericana de Bioética [Revista en Internet]. 2016 [citado 6 de mayo de 2025]; 16(2):102-117. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127046821007>
29. Perales A. Formación ética como soporte del desarrollo moral del alumno de carreras de Ciencias de la Salud: Hacia una enseñanza centrada en las necesidades del estudiante como persona. Rev Peru Med Exp Salud Pública [Revista en Internet]. 2019 [citado 2 de mayo de 2025]; 100-5. <http://dx.doi.org/10.17843/rp-mesp.2019.361.4314>
30. Gil-Quevedo W, Agurto-Távora E, Espinoza-Portilla E. Ciudadanos informados y empoderados: claves para el pleno ejercicio de los derechos en salud. Rev Peru Med Exp Salud Pública [Revista en Internet]. 2017 [citado 3 de mayo de 2025]; 311-5. <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2017.342.2747>

Towards an ethics of care in public hospitals: a critical review of structural dehumanization

Hacia una ética del cuidado en hospitales públicos: revisión crítica de la deshumanización estructural

Andherson Jhordan Aguirre-Lanegra*
Universidad Privada del Norte, Peru

<https://doi.org/10.36105/mye.2025v36n4.03>

Abstract

Clinical practice in public hospitals in Latin America is undergoing an institutional transformation that, in the name of efficiency, has eroded the ethical foundations of care. This article problematizes the dehu-

* Researcher specializing in digital law, regulation, ethics, and philosophy of law. Currently a member of the research group at the Universidad Privada del Norte (UPN), Peru. Email: andersonaguirre162000@gmail.com <https://orcid.org/0009-0005-4201-1220>

Reception: 23/05/2025 Acceptance: 26/07/2025

CÓMO CITAR: Aguirre-Lanegra, A. J. (2025). Towards an ethics of care in public hospitals: a critical review of structural dehumanization. *Medicina y ética*, vol. 36, núm. 4. DOI: <https://doi.org/10.36105/mye.2025v36n4.03>



This work is licensed under a Creative Commons Attribution-Noncommercial 4.0 International License.

manization of the clinical act, not as an anomaly, but as a symptom of an order that has displaced the patient from a moral subject to an object of management. It argues that the depersonalization of care responds to institutional frameworks that naturalize the subordination of dignity to performance indicators. Rethinking the healthcare system requires more than administrative reforms: it demands a profound epistemological and normative reconfiguration and the recovery of a situated ethics that recognizes human vulnerability. The rehumanization of health, understood as a political and ethical project, will only be possible by articulating a critique of the mechanisms of exclusion with proposals that restore the centrality of care as a relational, just, and transformative practice.

Keywords: depersonalization of care, critical bioethics, public health, institutional violence, clinical care.

1. Introduction

In recent decades, public hospitals have experienced growing pressure to optimize resources, standardize procedures, and meet performance indicators that, while pursuing greater efficiency, have simultaneously contributed to the dehumanization of clinical care. This situation has been exacerbated in contexts marked by fiscal austerity, particularly in Latin American countries since the 1990s, where neoliberal logic has deeply permeated health systems. In these environments, the therapeutic bond between professionals and patients tends to be diluted by automated routines, reduced consultation times, and impersonal protocols that marginalize the uniqueness of everyone. As a result, care practices emerge that prioritize risk management and institutional control over comprehensive and relational care. This depersonalization of the clinical act not only violates the rights of users but also erodes the ethical sense of the healthcare profession. It is therefore urgent to critically examine the structural conditions that shape these dynamics to rethink a model of care that is truly centered on the individual.

From a theoretical perspective, the dehumanization of care can be—and perhaps should be—considered from different angles that question not only the what, but also the how and why of clinical practice. These are perspectives that problematize, at different levels, the growing medicalization, technical-instrumental rationality, and bureaucratic logic that permeates the healthcare system. Modern medical knowledge has shaped a “clinical gaze,” a gaze that observes, measures, classifies... but in doing so, transforms the patient into an object (1). This is no small matter: in this gesture, subjectivity is reduced to a series of pathological signs. On the other hand, he argued that the normalization of the health crisis represents an exercise of biopower that colonizes the world of life; a critique that, when transferred to the health field, allows us to understand why administrative matters are so often prioritized over human dialogue (2). Another nuance: he proposes an ontological model of care, one that recognizes the coexistence of multiple realities in clinical practice and defends a situated, embodied ethics that is attentive to the body and the context (3). Together, these three entries allow us to see how certain epistemic logics—often invisible—structure forms of care that exclude essential dimensions of suffering: the emotional, the social, the existential. What cannot be measured is simply omitted.

Academic literature has identified several gaps in the understanding of the phenomenon of dehumanization in hospital settings, especially regarding the structural and organizational aspects that underpin it. While there are studies that address medical empathy or clinical communication, there is a perceived lack of work that critically intertwines the epistemological, political, and organizational levels in the same line of work. This shortcoming poses a significant scientific challenge, as it prevents a deeper analysis of the phenomenon in a holistic and proactive manner. Furthermore, despite the tensions that persist between the ethics of care and the demands of institutional efficiency, we are faced with normative dilemmas for which no clear solution is offered. In this sense, analyzing how exclusionary practices arise from a critical perspective allows us to

address not only their origins but also presents an opportunity to consider transformative alternatives. The proposed review also falls within this framework, in a field that undoubtedly requires greater and better conceptual and empirical development.

In this sense, the implications of clinical dehumanization are highly relevant: they lead to a poorer quality of life for patients, increased avoidable suffering, lower motivation among healthcare staff, and a loss of confidence in the healthcare system itself. This post-pandemic period is particularly relevant for highlighting the vulnerability of healthcare systems and the urgent need to reevaluate them (4), based on an ethic that restores the relationship between the self and the other. Proposing guidelines that promote fair and dignified care will require not only changing individual practices but also disrupting the organizational and regulatory frameworks that support them. The ethics of care can make a decisive contribution to this process of reconfiguration, understood as a practical guide based on relational responsibility. In this way, analyzing the logic of exclusion in clinical practice can make it possible to imagine more humane and fair ways of inhabiting care.

Thus, the relevance of this study lies in the need to reexamine the structures that sustain the dehumanization of care in public hospitals, in a social context that demands more empathetic, fair, and viable healthcare systems. In other words, this research is a response to that demand, recovering theoretical and empirical approaches that allow for the development of a critical and proactive perspective. Exploring the conditions that make subject-oriented care possible is also a way of illuminating paths toward a clinical practice that recognizes human dignity. The relevance of the topic is not limited to a temporary urgency; it also represents a way of settling a historical debt to those who have been systematically overshadowed by inadequate institutional logic. Review and reflection on the ethical foundations of the healthcare system are therefore a condition imposed by the need to promote a transformation that can be effective and lasting.

The objective of this review is to critically analyze the dehumanization of clinical care in public hospitals; that is, to describe the epistemic, political, and organizational logics that shape exclusionary care practices, to propose bioethical guidelines that contribute to transforming the healthcare system. This objective is part of an attempt to articulate theoretical analysis with practical analysis, with the intention of contributing original thinking to the debate on the humanization of healthcare. The purpose of this practice is to pave the way for a profound reflection on the place of care in the institutional construction of the contemporary world and, in doing so, to open possibilities for fairer, more dignified, subject-centered care.

2. Theoretical perspectives: unraveling the dehumanization of care

Understanding the phenomenon of dehumanization in the field of health requires placing oneself within a critical genealogy that allows us to grasp not only its current expressions, but also the historical circumstances and epistemic conditions that have enabled its affirmation. Modern medicine is the result of the long march of the scientification of knowledge about the body, which has radically transformed the way in which illness, suffering, and care are understood. In this transition, the patient has been progressively displaced from the center of the clinical experience, replaced by an abstract figure: the case, the diagnosis, the number. Studies have shown how the medical apparatus has colonized fundamental dimensions of human existence—pain, death, fragility—imposing a technocratic view that, in many cases, silences other ways of understanding and accompanying suffering (1,5).

In this context, medical practice tends to favor a conception of the body as a biological object, often disregarding its lived, symbolic, and relational dimensions. However, multiple critical approaches have pointed out that the body, much more than a simple physiological

support, is a conscious body, traversed by experience, cultural contexts, and social structures (6). By focusing almost exclusively on the body as a machine, medicine has contributed to making the body as a subject invisible, reinforcing an asymmetrical clinical relationship in which medical knowledge overlaps the patient's agency. This tension between body and subjectivity is not merely a theoretical problem: it manifests itself daily in clinical interactions where the patient's language ends up being subordinated, or even discarded, in favor of protocol, algorithms, and indicators.

This logic has been criticized from different perspectives, notably those that have questioned the limits of the traditional biomedical model. An approach strictly limited to the biological carries the danger of overlooking the psychological and social facets of care, resulting in segmented and simplistic assistance, rather than promoting humanization and respectful treatment from an ethical perspective (7). This criticism has been echoed in many institutional discourses, although it has rarely translated into fundamental practical changes. Clinical alienation, for its part, occurs when the patient ceases to be recognized as a moral subject, that is, as someone capable of narrating their experience, demanding recognition, and being heard (8). This loss of recognition not only affects the therapeutic bond but also erodes the very ethical basis of medicine. However, these aspects are often not even articulated with each other.

In this sense, it is pertinent to introduce the concept of institutional violence, understood as a critical category that allows us to highlight forms of domination that are not necessarily explicit or deliberate. It is a type of violence that conditions—and in many cases strips away—dignity and quality of care. Symbolic violence is described as the exercise of apparently neutral practices that are nevertheless laden with hierarchical meanings, devaluing patients and subordinating their experience to the codes of mainstream medicine (9). Structural violence, for its part, manifests itself as a set of material inequalities that determine who receives what type of care and under what conditions (10); it does not require direct acts of aggres-

sion, but rather a system that operates under logics that perpetuate the exclusion of the most vulnerable. Finally, epistemic violence can be understood, in this context, as the systematic silencing of the patient's knowledge, their exclusion from decision-making processes, and the establishment of a model of knowledge that disregards their own understanding of the body, illness, and care (11).

Healthcare institutions, by positioning themselves as active agents in the production of meaning and the distribution of resources, are fully involved in this logic of exclusion. Under the imperative of standardization and efficiency, they tend to reduce the experience of illness to a set of clinical signs or an instrumental reading of laboratory results, ignoring the patient's stories, which are what give meaning to suffering and enable truly comprehensive care (12). This depersonalization not only distorts the user's experience: it also reproduces structural inequalities by rendering invisible those who do not fit into the system's normative models; indigenous people, migrants, patients with complex chronic diseases, among others.

In this context, it is necessary to return to the philosophical foundations of sharp bioethics, capable of questioning not only individual clinical dilemmas, but also the structures that generate them. Liberation bioethics, in line with Latin American thought, points toward a historically situated ethics committed to collective rights insofar as these imply transforming the structures where injustice in health is reproduced. This perspective does not refer to traditional normative ethics but rather assumes a political stance: health as a collective good in the face of a social structure that often denies or commodifies it.

From this perspective, the ethics of care recovers the idea of human interdependence as the foundation of all moral and political organization (13,14). Here, care is not limited to a professional function or an expression of individual pity; it is configured as a social responsibility that must be embodied in the institutions themselves. Recognizing vulnerability is not the same as paternalism: it implies accepting a shared human condition that requires public policies

aimed at recognizing suffering and reorganizing priorities beyond the logic of performance.

In this sense, one of the most persistent ethical dilemmas is that between dignity and efficiency. The pressure to achieve quantitative and qualitative goals is often reflected in decisions that, while understandable from a management perspective, end up affecting the humanity of the patient. Limiting family access, standardizing end-of-life procedures, mechanizing interventions in agony... all of this can optimize certain operational parameters, of course, but it often does so at the expense of attention to the individual, listening empathy, and mutual respect (15). There are no simple solutions to this dilemma. But ignoring it is, in itself, a form of dehumanization: when dignity is systematically subordinated to efficiency, the healthcare system loses its *raison d'être*.

Thinking about dehumanization in healthcare from this perspective therefore implies a critique that is not only moral, but also epistemological, political, and structural. It is not a question of seeking individual culprits, but of questioning the frameworks that define what it means to care, who deserves to be cared for, and how we collectively distribute healthcare resources. In this process, the voice of the patient, the subjectivity of the professional, and institutional conditions must be considered in all their complexity if we truly aspire to a medicine that not only cures but also accompanies, recognizes, and dignifies.

3. Dehumanization as a structural device in public hospitals

The history of public hospitals in Peru cannot be understood without considering the political and economic transformations that, with the changes imposed since the end of the 20th century, ended up radically disrupting their institutional logic. The neoliberal reforms of the 1990s involved the introduction of a set of administrative criteria typical of organizations focused on efficiency and public

spending restraint; a search for solutions to macroeconomic pressures that, however, ended up deteriorating the quality and warmth of clinical care (16). The commitment to rationalization led to the resurgence of management indicators and quantifiable goals, while those dimensions of care that could not be translated into accounting terms or evaluated institutionally took a back seat. Instability in hospital management, a result of the persistent politicization of these positions, was followed by an organizational culture that ended up consolidating a tacit acceptance of fragmentation and improvisation in practices (17).

This new hospital management regime has established a technical rationality that, far from being neutral, reconfigures the ways of acting and thinking of health professionals. There is a progressive loss of professional agency, where doctors, nurses, and other health workers must adapt to standardized protocols that often contravene their clinical judgment or ethical sensibilities. Productivity demands limit the possibility of building meaningful human relationships with patients and reduce the clinical act to a sequence of fragmented procedures, whose meaning is diluted in the urgency to meet targets. This situation not only affects the quality of care but also generates moral tensions that are difficult to process, especially for those trained in a person-centered ethic of care.

Job insecurity is, in this sense, a structural factor that directly influences the dehumanization of care. Temporary contracts, work overload, and resource shortages are not circumstantial phenomena, but rather constituent elements of a model that conceives of health-care professionals as just another cog in the hospital's productive machinery. Burnout syndrome, widely documented among health-care personnel, expresses not only physical or emotional exhaustion, but also a form of ethical suffering in the face of the impossibility of providing care that meets the moral demands of the profession (18,19). When time becomes a scarce resource and care a timed task, empathy becomes a luxury that many professionals cannot afford.

Within this logic, clinical productivity becomes the most relevant criterion, ahead of any other procedure for evaluating clinical

practice. Commercial logic —imported from other productive sectors —transforms healthcare into a service, subject to the same rules of competition, efficiency, and performance. This model not only deteriorates working conditions but also profoundly affects the relationship with patients, who increasingly perceive care as mediated, fragmented, depersonalized, and rushed. As reflected in recent research, this gives rise to a clinical environment in which human relationships tend to lose their affectionate and symbolic character, blurring the experience of care in its deepest sense (20).

The concrete manifestations of this dehumanization are easily found at a wide variety of levels. The automation of clinical practices through rigid protocols limits the opportunity to respond specifically to each patient; it reduces care to a mechanical application of standardized knowledge (21). Communication between professionals and patients is often one-way, dominated by technical jargon, which contributes to an experience of care in which patients do not identify themselves as subjects, but rather as objects of intervention (22). This detached dynamic is not limited to strictly functional aspects: it affects the construction of meaning, preventing people's suffering from being narrated, symbolized, and, consequently, accompanied.

Indeed, one of the most worrying aspects of this dehumanization is the omission of the affective, symbolic, and narrative dimensions of suffering. The lack of conditions in hospital structures to accommodate the pain of those being cared for undermines the possibility of comprehensive care. Suffering is then forgotten in a more hidden dimension, as if it were a logistical nuisance, just another clinical variable, rather than a life experience that demands presence, time, and words (20).

The ethical and political effects of this situation are significant. The loss of institutional trust not only translates into a decrease in user satisfaction, but also into a weakening of their moral agency. A patient who does not feel listened to, who perceives indifference or lack of differentiation in their treatment, will find it difficult to play

an active role in their care process. This forced passivity has an impact on both clinical outcomes and the subjective experience of the disease (23). Furthermore, the logic underlying this model —far from being neutral— tends to reproduce and deepen pre-existing inequalities. The most vulnerable populations, with the least ability to exert pressure or claim rights, are those who experience the failures of the system most acutely.

The delegitimization of public hospitals is therefore not just a perceptual phenomenon, but a sign of structural crisis, especially evident on the margins of society (24). Given this diagnosis, we must not only diagnose institutional illness but also ask ourselves what kind of care we are willing to sustain socially.

That is why the public hospital, as we have built it throughout history, finds itself in a situation that requires not only administrative reforms but also a reformulation of the aims of medicine, of the value of the human being in clinical practice, and of the material conditions that enable (or prevent) the exercise of ethical care.

4. Bioethical keys for a humanizing transformation

Today, in a healthcare context conditioned by demands for efficiency, standardization, and technification, which increasingly seem to shape clinical practice, it is necessary to rethink the relationship between the professional and the patient as an ethically just space. Reconfiguring the clinical encounter is not limited to achieving better communication or displaying courtesy: it implies an ontological-political shift in the very understanding of care. Recognizing those who suffer as subjects is not just a matter of informing them or preserving their privacy; it is, above all, listening to them, welcoming their words, and supporting their subjectivity in the midst of the adversity, uncertainty, or fragility they are experiencing (25). Listening is not a technique, but an ethical act that establishes a bond of trust and cooperation, which is absolutely central in primary care contexts, where closeness and continuity are fundamental values.

From this perspective, the notion of clinical hospitality takes on extraordinary value. It is not limited to simply welcoming the other but opens up to their way of suffering; a way linked to dignity and the need to receive care understood as a right, not as an optional quality or a concession. Thus, the clinic becomes a political and moral place, where meanings, ways of life, and priorities are contested. Hospitality is then linked to the foundations of public bioethics that does not reduce medical ethics to individual decision-making or morally neutral questionnaires, but incorporates processes of deliberation, community participation, and justice in the distribution of resources (26). The components of health and illness, of the human group and society, of health and struggle, cannot be thought of without their constitutive structural dimension: without recognizing the material conditions that allow—or prevent—a care relationship from being fully human.

For all these reasons, a clinical ethic based solely on general regulations or abstract principles, detached from the specific situation, is insufficient. The shift from an ethic of principlism to a situated ethic, as proposed by various critical positions, would allow clinical decisions to be anchored in the social and cultural reality of those who make them (27). This situated ethics does not renounce principles, but reinterprets them from lived experience, in light of the tensions and inequalities that shape the field of care. Within this framework, space is opened for a more equitable, more careful practice, less prone to ethical automatisms that ignore the real conditions of suffering and healing.

In this line, critical bioethics asserts itself as a tool of resistance against institutional logics that tend to render structural injustices invisible. Demanding structural justice in health implies holding institutions accountable not only for their administrative efficiency, but also for their capacity—or inability—to guarantee equitable distribution of care (28). Inequalities in access, quality of care, and working conditions for professionals are not anomalies of the system, but symptoms of an organization deeply permeated by power

relations. Faced with this reality, critical bioethics does not limit itself to describing; it proposes to intervene, transforming the normative, organizational, and symbolic frameworks that shape what is possible in health.

However, such transformation cannot take place without a thorough review of training processes. Ethical training in the health sciences must be more than just a module within the curriculum: it must be a comprehensive experience that links theory with the concrete reality of the system, providing tools for critically reading the world and acting responsibly within it. In highly demanding contexts, where stress, overload, and ethical ambiguity are the order of the day, it is essential to offer students spaces for moral development and sensitivity to structural issues (29). Ethics is not learned solely from books, but through practice, shared reflection, and support that helps sustain meaning in the face of the difficulties inherent in clinical reality.

Fostering this moral reflexivity among professionals also requires institutional commitment. It is not enough to demand humanity from individuals if the structures dehumanize them. It is necessary to create conditions that make ethical practice possible: spaces for collective deliberation, instances of emotional support, organizational cultures that value care not only for the patient but also for the caregiver (25). Only in this way can a professional ethic be built that is not heroic but sustainable, that does not depend on exceptional willpower but on contexts that nurture and support it.

Ultimately, this commitment to a more ethical clinic cannot be separated from a broader proposal for health governance. The health system must be rethought from a democratic perspective, in which citizens are not merely recipients of services, but active agents in decisions that affect their lives and health. Democratic participation and citizen oversight strengthen the legitimacy of public policies and ensure that they respond to the real needs of the population (30). But this process cannot be limited to formal mechanisms; it must translate into transformative care policies that view health as a common good shaped by the social, economic, and cultural conditions

of each community (26). Only then, from a public ethic that is not afraid to talk about justice, power, and transformation, will it be possible to imagine a truly humane health system.

5. Conclusions

Understanding the dehumanization of care in the health sector requires much more than a superficial review of what is happening today in clinical practice. Rather, it involves pausing to look closely—and with some discomfort—at the regimes of knowledge and power that sustain them, often naturalized to the point of becoming invisible. This research starts from a premise that, although seemingly obvious, is rarely stated with the necessary bluntness: modern medicine, clinging to a technocratic rationality, has gradually relegated the subjectivity of the patient. It has done so, without scandal, in the name of control, efficiency, and an objectivity that we would do well to begin to view with suspicion. This shift—and it is important to insist on this—is not a side effect or a miscalculation: it is embedded in the very heart of the biomedical apparatus. Its epistemic logic puts data before narrative, and algorithms where lived experience once stood. Recognizing this genealogy is not an academic luxury; it is, if anything, a minimum condition for questioning clinical care that, by disconnecting itself from the human texture of suffering, ends up reproducing forms of silent violence, disguised as technical rigor.

One of the most significant aspects of this work is its decision to uphold a situated bioethical critique, deliberately distancing itself from the universal normative models that still dominate much of the ethical discourse in health. Here, care is conceived from the vulnerability we all share—to a greater or lesser extent—and from a structural interdependence that is rarely acknowledged. Introducing notions such as epistemic, symbolic, and structural violence is not a rhetorical gesture, but a way of expanding the margins of what is ethically relevant. It is no longer enough to observe what happens

between a professional and a patient: we must examine the institutional, cultural, and political frameworks that shape that relationship. In this light, care ceases to be a sequence of technical procedures—protocolized, measured, streamlined—and appears as a complex process, sometimes fragile, strained by moral conflicts, disputes over meaning, and material conditions that enable or stifle it.

This more porous view allows us not only to think more deeply about the phenomenon in question, but also to dismantle, with greater clarity, the institutional discourses that conceal it behind a facade of neutrality. From a more pragmatic perspective, the findings of this research invite us to rethink the ways in which clinical care is organized, especially in the field of public health.

Overcoming the dichotomy between efficiency and dignity is becoming urgent. We need to imagine management models where the human bond once again occupies a central place in the therapeutic act. To do this, we need to review how clinical work is evaluated, create institutional spaces for ethical deliberation, and guarantee working conditions that protect those who care from becoming trapped in the logic of performance. Clinical hospitality—that genuine openness to others, in their differences and suffering—is not presented here as a utopian ideal, but as a practice that must be sustained by the very structures of the system. Good intentions are not enough if the material conditions are not in place.

This work leaves open a dense and fertile agenda for future research. We must go beyond conceptual analysis and delve deeper into empirical studies that gather the voices of those who, from different places, pass through care settings marked by dehumanization. Not only to record the damage, but also to highlight emerging practices that attempt to rehumanize relationships, sometimes from the margins. It would also be key to explore how these logics are reconfigured in specific contexts: rural areas, indigenous communities, intercultural health spaces, where even more complex layers of epistemic exclusion and structural inequality are interwoven. Finally, there is an urgent need to review training processes in the health sciences. This is where the possibility of ethical care practice is shaped or deteriorates.

Thinking about clinical care from a critical ethical perspective is not an exercise in pessimism. Rather, it is an act of hope. Not a naive or decorative hope, but a lucid hope that sees structural violence for what it is but refuses to accept it as destiny. Committing to a more humane medicine is, at its core, committing to another way of being in the world: one in which dignity is not negotiated, but guaranteed. Especially for those bodies that history has ignored, relegated, and left behind. This commitment, however, is not only played out in the technical arena or in institutional corridors: it is played out, above all, in the shared horizon of the common good. In the collective will to sustain a healthcare system that not only cures, but also knows how to care, listen, accompany and, when necessary, transform.

Referencias

1. Foucault M. El nacimiento de la clínica: Una arqueología de la mirada médica. Clave Intelectual; 2021.
2. García Uribe JC. Covid-19 y biopoder: cómo resistir la normalización de una crisis. *mye [Internet Journal]*. 2021 Jan 4 [cited May 3, 2025]; 32(1):65-8. Available from: <https://revistas.anahuac.mx/index.php/bioetica/article/view/470>
3. Mol A. The Logic of Care: Health and the Problem of Patient Choice. London: Routledge; 2008.
4. Gracia LE, Templos LA. La pandemia de Covid-19 en México: el papel fundamental de los cuidados paliativos y de la bioética. *mye [Internet Journal]*. 2021 Jan 4 [cited April 23, 2025]; 32(1):179-95. Available from: <https://revistas.anahuac.mx/index.php/bioetica/article/view/473>
5. Illich I. Némesis médica. La expropiación de la salud. Barcelona: Irrecuperables - Jarrampas; 2022.
6. Scheper-Hughes N, Lock MM. The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology. *Med Anthropol Q [Internet Journal]*. 1987 [cited April 25, 2025]; 1(1):6-41. Available from: <https://doi.org/10.1525/maq.1987.1.1.02a00020>
7. Méndez Toledo JR. Beneficios, desafíos y estrategias en la implementación del cuidado humanizado de enfermería en hospitalización: revisión narrativa. *Enfermería: Cuidados Humanos [Internet Journal]*. Jan 2025 [cited April 24, 2025]; 14(1): e4309. Available from: <https://doi.org/10.22235/ech.v14i1.4309>
8. Honneth A. The Struggle for Recognition: The Moral Grammar of Social Conflicts. Illustrated ed. Cambridge, Mass: Polity Press; 1996.
9. Bourdieu P. Distinction: A Social Critique of the Judgement of Taste. Cambridge, Mass: Harvard University Press; 2002.

10. Farmer P. An Anthropology of Structural Violence. *Curr Anthropol* [Internet Journal]. 2004 [cited April 24, 2025]; 45(3):305-25. Available from: <https://www.journals.uchicago.edu/doi/abs/10.1086/382250>
11. Frank AW. *The Wounded Storyteller: Body, Illness, and Ethics*, Second Edition. Chicago London: University of Chicago Press; 2013.
12. Kleinman A. *The Illness Narratives: Suffering, Healing, And The Human Condition*. New York: Basic Books; 1989.
13. Yáñez Flores K, Rivas Riveros E, Campillay Campillay M. Ética del cuidado y cuidado de enfermería. *Enfermería (Montev.)* [Internet Journal]. Jun 11, 2021 [cited May 8, 2025]; 10(1):03-17. Available from: <https://revistas.ucu.edu.uy/index.php/enfermeriacuidadoshumanizados/article/view/2124>
14. Tronto J. *Caring for Democracy: Markets, Equality, and Justice*. New York: New York University Press; 2013. 256 p.
15. Pavón Sánchez R, Covarrubias Gómez A, Bravo Chang M J. Propuesta de protocolo de visita del familiar o acompañante para despedir durante la agonía a pacientes afectados por Covid-19 en México. *mye* [Internet Journal]. Jan 4, 2021 [cited May 3, 2025]; 32(1):107-21. Available from: <https://revistas.anahuac.mx/index.php/bioetica/article/view/471>
16. Palma P. Neoliberalismo, violencia política y salud mental en Perú (1990-2006). *Rev Cienc Salud* [Internet Journal]. 2019 [cited May 2, 2025]; 17(2):352-72. Available from: <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.7954>
17. Frisancho JC. Politizar la salud y la deshumanización de los médicos son principales problemas en la región [Internet]. *Diario El Pueblo*. 2024 [cited May 7, 2025]. Available from: <https://diarioelpueblo.com.pe/2024/04/09/politizar-la-salud-y-ladeshumanizacion-de-los-medicos-son-principales-problemas-en-la-region/>
18. Yupari Azabache IL, Díaz Ortega JL, Azabache Alvarado KA, Bardales Aguirre LB. Modelo logístico de factores asociados al Síndrome de Burnout en el personal de salud. *Enf Global* [Internet Journal]. Oct 1, 2022 [cited May 1, 2025]; 21(4):144-71. Available from: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/512491>
19. Ancco Choquecondo RD, Calderón Paniagua DG, Quispe Vilca GR, Pacompia Toza JF, Quispe Vilca J del R. Síndrome de burnout y desempeño laboral en el sector salud del Perú. *revistavive* [Internet]. May 8, 2023 [cited September 17, 2025]; 6(17):491-502. Available from: <https://doi.org/10.33996/revistavive.v6i17.240>
20. Castillo Esquivel DY, Harold Bravo Ramírez MR, Esquivel Grados JT, Esquivel Grados MN, Salgado Montenegro FC. Síndrome de Burnout y compromiso organizacional en un hospital público – Perú. *Ciencia Latina* [Internet]. Dec 20, 2022 [cited September 17, 2025]; 6(6):8256-71. Available from: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i6.3995
21. Pacheco-Venancio Ángela A. Síndrome de burnout en el personal de enfermería de las unidades críticas de un hospital público de Huánuco, Perú. *Rev Peru Cienc Salud* [Internet Journal]. Dec 13, 2022 [cited May 2, 2025]; 4(4):244-8. Available from: <https://doi.org/10.37711/rpcs.2022.4.4.395>

22. Vergara Mejía AG, Zeta-Solis L, Córdova-Agurto JS, Gutiérrez-Crespo HF. Síndrome de Burnout y condiciones laborales en profesionales de enfermería de un centro quirúrgico de un hospital nacional en Perú en el contexto del COVID-19. *Rev. Cuerpo Med. HNAAA* [Internet Journal]. Feb 1, 2025 [cited May 7, 2025]; 17(4):e2378. Available from: <https://doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2024.174.2378>
23. Huarcaya-Victoria J, Calle-González R. Influencia del síndrome de burnout y características sociodemográficas en los niveles de depresión de médicos residentes de un hospital general. *Educación Med.* [Internet Journal]. 2021 [cited May 7, 2025]; Available from: <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2020.01.006>
24. Amnistía Internacional. Fragmentación en sistema de salud ahonda brechas y desigualdad en el acceso a la salud [Internet]. 2024 [cited May 7, 2025]. Available from: <https://amnistia.org.pe/noticia/sistema-saludperu-desigualdad-acceso-2024/>
25. Campos Pavone Zoboli E L. Relación clínica y problemas éticos en atención primaria, São Paulo, Brasil. *Aten Primaria* [Internet Journal]. Aug 1, 2010 [cited May 8, 2025]; 42(8):406-12. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2010.01.018>
26. Guerrero-Nancuante C, Melo A, Gundelach P, Fuster N. Participación social en el sistema de salud de Chile: aportes reflexivos desde la bioética. *Salud Colect* [Internet Journal]. 2023 [cited May 7, 2025]; 19:e4486. Available from: <https://doi.org/10.18294/sc.2023.4486>
27. González-de Paz L. Una bioética clínica para la atención primaria de salud. *Med Fam SEMERGEN* [Internet Journal]. 2013 [cited May 8, 2025]; 39(8):445-9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2013.02.002>
28. Pérez Ayala M. ¿Por qué hablar de bioética en la atención primaria en salud? *Revista Latinoamericana de Bioética* [Internet Journal]. 2016 [cited May 6, 2025]; 16(2):102-117. Available from: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127046821007>
29. Perales A. Formación ética como soporte del desarrollo moral del alumno de carreras de Ciencias de la Salud: Hacia una enseñanza centrada en las necesidades del estudiante como persona. *Rev Peru Med Exp Salud Pública* [Internet Journal]. 2019 [cited May 2, 2025]; 100-5. Available from: <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2019.361.4314>
30. Gil-Quevedo W, Agurto-Távora E, Espinoza-Portilla E. Ciudadanos informados y empoderados: claves para el pleno ejercicio de los derechos en salud. *Rev Peru Med Exp Salud Pública* [Internet Journal]. 2017 [cited May 3, 2025]; 311-5. Available from: <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2017.342.2747>

Reflexiones desde la bioética sobre el cáncer de cavidad oral avanzado en cirugía oral y maxilofacial. Revisión sistemática

Bioethical reflections on advanced oral cavity cancer in oral and maxillofacial surgery. Systematic review

Martín Fernández Ferro*
Universidad de Vigo, España

<https://doi.org/10.36105/mye.2025v36n4.04>

Resumen

El cáncer de cavidad oral avanzado es la patología oncológica más frecuente dentro de los tumores de cabeza y cuello para el cirujano

* Médico asociado al Departamento de Cirugía Oral y Maxilofacial del Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Vigo, España. Investigador del Instituto de Investigación Sanitaria Galicia Sur (IIS Galicia Sur), SERGAS-UVIGO, Vigo, España. Profesor EUE Ribera Povisa, Universidad de Vigo. Vigo, España. Correo electrónico: martin.fernandez.ferro@sergas.es <https://orcid.org/0000-0002-5915-9134>

Recepción: 26/05/2025 Aceptación: 10/08/2025

CÓMO CITAR: Fernández Ferro, M. (2025). Reflexiones desde la bioética sobre el cáncer de cavidad oral avanzado en cirugía oral y maxilofacial. Revisión sistemática. *Medicina y ética*, vol. 36, núm. 4. DOI: <https://doi.org/10.36105/mye.2025v36n4.04>



Esta obra está protegida bajo una Licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 4.0 Internacional.

maxilofacial. Es por ello por lo que, en el devenir de la enfermedad, pueden aparecer toda una serie de situaciones complejas, que van desde severas complicaciones hasta un posible desenlace fatal. En esta revisión, se trató de identificar y analizar estas situaciones, que se plantean en forma de dilemas, que deben ser atendidos desde una reflexión fundamentada y razonada. Esto supone un importante reto para el cirujano maxilofacial actual, que debe entender la bioética como una disciplina científica y humanística, esencial para reflexionar y responder de forma adecuada a estas situaciones.

El enorme desarrollo científico y técnico de la especialidad, no puede ser ajeno a la atención que debe brindarse al paciente oncológico, especialmente ante la posibilidad de abandono, futilidad y obstinación terapéutica. Por el contrario, debe ser una garantía de que la vulnerabilidad del enfermo será atendida y protegida en todo momento. Esto requiere de la adquisición de nuevas habilidades que nos permitan integrar todos los elementos útiles que aseguren el respeto a la dignidad y calidad de vida de la persona.

Palabras clave: bioética, cáncer, cirugía oral y maxilofacial.

1. Introducción

El cáncer de cabeza y cuello constituye el séptimo tipo de tumor maligno más frecuente en el mundo. En España se diagnostican aproximadamente entre 13,000-15,000 casos nuevos anualmente, entre los que destaca, el carcinoma de cavidad oral, que constituye aproximadamente el 95% de los cánceres de cabeza y cuello y más del 60%, se diagnostican en etapas avanzadas (1).

1.1. *El cáncer oral avanzado*

El diagnóstico definitivo y una correcta estadificación tumoral, se realiza siguiendo el sistema Tumor Node Metastasis, que es considerado por la *American Joint Committee on Cancer*, esencial para la elección del tratamiento más adecuado, con el mejor pronóstico posible, y el

menor compromiso funcional, y estético (2). Según este sistema se consideran, —Estadios Avanzados III y IV—, aquellos que presentan tumores de más de 4cm. con extensión local o regional, infiltración de estructuras adyacentes en distinto grado, afectación ganglionar, e incluso la existencia de metástasis. Evaluar cada uno de estos aspectos es fundamental, pues limita las opciones terapéuticas y ensombrece claramente el pronóstico, de hecho, la tasa de supervivencia global en estos pacientes a los 5 años puede oscilar entre el 0 al 23 %, según las series (2,3). La realidad añade que el tratamiento para el carcinoma oral avanzado es complejo, pues habitualmente se trata de pacientes ya intervenidos mediante ablaciones radicales con reconstrucciones amplias, y sometidos a tratamientos complementarios. Todos estos casos se pueden presentar asociados a persistencias tumorales, recidivas, y secuelas importantes (4).

Ante este panorama, el cirujano debe tener presente los conceptos clásicos de resecabilidad y operabilidad, que si bien, se han ido modificando con el tiempo, siguen siendo esenciales a la hora de entender la complejidad en el manejo de estos tumores. Para ello la metodología actual, implica una evaluación individualizada de cada caso, desde el Comité de Tumores de Cabeza y Cuello, donde se analizan las opciones terapéuticas posibles, y se toman las decisiones consensuadas (1,5).

1.2. *Bioética y cáncer avanzado en cirugía*

Una reflexión que no debe obviarse de las enfermedades avanzadas, con pocas opciones terapéuticas, o cercanas al final de la vida, es que presentan una dificultad clínica añadida, pues implican situaciones de gran emotividad, y sufrimiento. No obstante, aportan un gran componente ético-moral, que puede entenderse como una oportunidad de mejora, y excelencia en la atención del profesional al enfermo. El cirujano debe entender su labor desde la perspectiva de la dignidad, los valores y en la actitud terapéutica, o en la toma de decisiones sobre, qué hacer en momentos de incertidumbre (6,7).

Una forma de saber si existe proporcionalidad, en la actuación terapéutica que se vaya a proponer, es realizar un ejercicio de reflexión de lo que se va a lograr con el procedimiento propuesto. Este debe cumplir como mínimo uno de estos objetivos; la curación, el aumento de la supervivencia con el menor deterioro de la calidad de vida, o conseguir el alivio sintomático cuando el tratamiento curativo no sea posible. Si el procedimiento propuesto no cumple ninguno de estos objetivos, se puede considerar como una medida terapéuticamente fútil y por consiguiente éticamente inaceptable (4,8).

Según la Organización Médica Colegial, las situaciones de buena práctica clínica están dirigidas a conseguir unos resultados adecuados, basados en la promoción de la dignidad, y calidad de vida del paciente, mientras que otras opciones, como la obstinación terapéutica, consisten en la aplicación de medidas no indicadas, desproporcionadas, o extraordinarias con el objetivo de alargar innecesariamente la vida (9).

La realidad asistencial puede superar por su complejidad estas definiciones. Se recomienda buscar argumentos que mejoren la toma de decisiones, desde un fundamento racional, y ético en la deliberación entre los profesionales, y el paciente. Se deben de tener en cuenta los valores y expectativas personales, las posibilidades de beneficio de las terapias, y las decisiones compartidas según objetivos secuenciales, y consensuados que eviten procesos de abandono, encarnizamiento, futilidad, o, en definitiva, todas las situaciones deshumanizantes (10). Para ello nos planteamos conocer, y analizar los problemas bioéticos que afronta el profesional ante esta patología, y abordar aquellos que vinculan la praxis médica y quirúrgica con los valores, la dignidad y la calidad de vida de la persona (8). La actitud tradicional de hacer todo lo que está en nuestra mano, precisa de una atenta reinterpretación, desde el momento que existe la posibilidad real de perjudicar al paciente (7,11).

La relación entre bioética, moral, y medicina, adquiere gran influencia a partir del trabajo de Beauchamp, TL y Childress, JF, con la publicación de *Principles of Biomedical Ethics* (12), en 1979. Este trabajo constituye el texto más influyente del movimiento bioético, desde

el que se construye el paradigma que permitió, y permite hoy en día, dar una respuesta fundamentada a problemas o dilemas que se plantean entre los avances científico-técnicos, y el valor intrínseco o dignidad de la persona. Este trabajo, sigue siendo una guía práctica y actual para el profesional. Se consideran determinantes dos características de este texto, por un lado, la descripción del principalismo bioético basado en cuatro principios; beneficencia (hacer el bien), no maleficencia (no hacer daño y prevenirlo), autonomía (capacidad de decidir del paciente) y justicia (equidad en las cargas y beneficios), y, por otro lado, el esfuerzo por presentar una justificación teórico-práctica que ayuda a clarificar, y resolver los problemas concretos de la labor asistencial (10-12).

La literatura hace hincapié, en que algunas disciplinas como la cirugía oncológica, presenta aspectos únicos que todo cirujano debe comprender y asumir (7). Entre ellos se describe, que debe ser confiable desde el punto de vista ético ante la posibilidad de dañar antes de curar, que puede tomar decisiones en circunstancias de gran incertidumbre, y finalmente que debe considerar la posibilidad de presentar errores, asumir riesgos, complicaciones o secuelas severas (8,12).

Por ello, el presente trabajo plantea una revisión sistemática de la literatura, con el objetivo de conocer la evidencia científica más actual, que nos permita identificar, analizar, y responder a los problemas o dilemas éticos asociados al cáncer oral avanzado, desde la perspectiva única del cirujano. Se trata de contribuir a la necesidad de crear debate sobre estos dilemas, reflexionar sobre las cuestiones fundamentales de la relación asistencial, haciendo especial énfasis, en los argumentos que han de darse para que las decisiones sean aceptadas y aceptables, en una disciplina reciente como la cirugía oral y maxilofacial.

2. Metodología

Para la elaboración de este trabajo se realizó una revisión sistemática de acuerdo con las directrices de la Declaración PRISMA 2020 (13).

La búsqueda se realizó en dos bases de datos reconocidas en medicina; Scopus y PubMed, y a partir de una pregunta de investigación estructurada según el formato PICO (14);

- Población: estudios observacionales o empíricos, con pacientes diagnosticados de cáncer de cáncer oral avanzado.
- Intervención: evaluar, desde la perspectiva ética, las intervenciones propuestas en cada serie.
- Comparación: no aplica.
- *Outcomes* (resultados): describir y analizar, de forma objetiva, las evidencias científicas, desde la dimensión ética de los procedimientos realizados.

La búsqueda se realizó entre 1 de enero de 2018 y 1 de diciembre de 2024. Para la selección de las palabras clave se utilizaron los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS), para términos en español y MeSH (*Medical Subjects Heading*, por sus siglas en inglés). Se utilizaron las bases de datos PubMed y ScienceDirect, por ser de referencia en este campo.

Para la ecuación de búsqueda se utilizan los términos; “cáncer oral” y *mouth neoplasms and head and neck neoplasm*, y *oral surgical procedures* que incluye los “procedimientos de cirugía oral y maxilofacial”, **“ética o bioética en cáncer oral”**, *ethics or bioethics*, *mouth neoplasms*, “futilidad médica y obstinación terapéutica”, *medical futility or therapeutic obstinacy*.

Dichas palabras se combinaron con el operador AND, para agrupar diferentes condiciones, y el operador OR, para términos dentro de la misma condición. Como criterios de inclusión se recogieron estudios observacionales (descriptivos transversales, cohortes y casos-contrroles), escritos en inglés o en español y con disponibilidad de texto completo, y como criterio de exclusión aquellos trabajos que no cuenten con la validación del comité de ética. La ecuación de búsqueda se puede observar en la Tabla 1.

Tabla 1: Búsquedas bibliográficas realizadas y resultados obtenidos

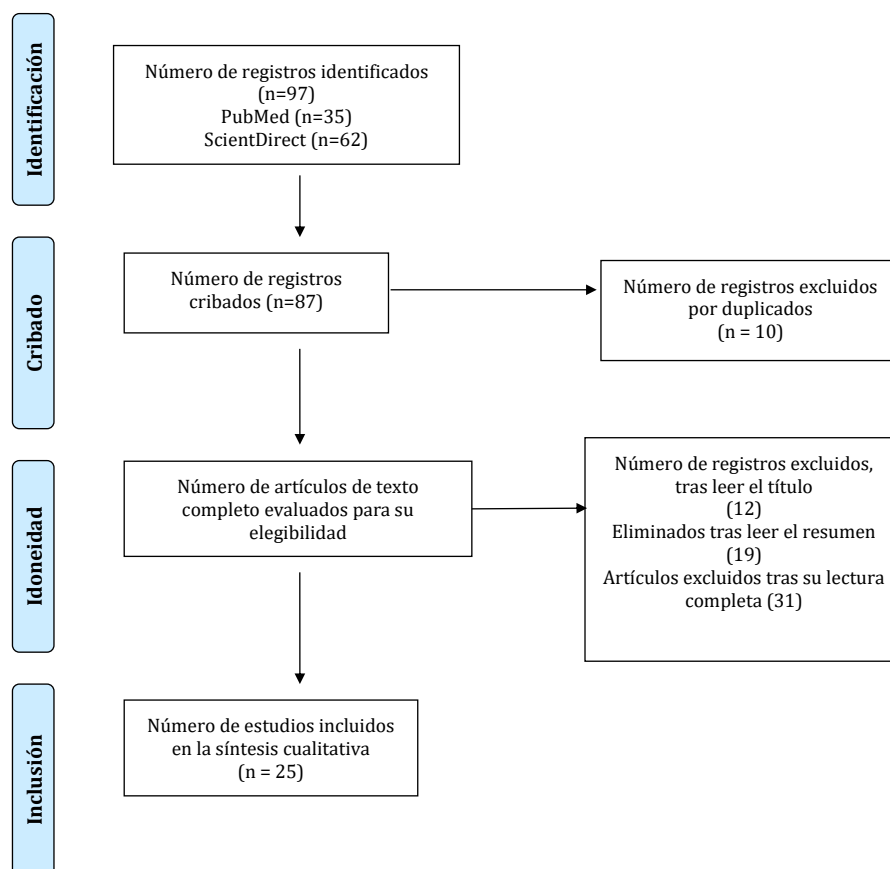
CONSULTA (1 enero de 2028 – 1 de diciembre de 2024)	RESULTADO
PubMed (https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/) Search: ((((((ethics) OR (bioethics)) AND (mouth neoplasms)) OR (head and neck neoplasms)) AND (surgery)) AND (futility)) OR (obstinacy) Filters: Case Reports, Clinical Study, Clinical Trial, Clinical Trial Protocol, Multicenter Study, Observational Study	35
ScienceDirect https://www.sciencedirect.com/search Title, abstract, keywords: ethics bioethics AND mouth neoplasms head and neck neoplasms AND surgical procedures operative AND futility OR obstinacy	62

Fuente: elaboración propia.

Los resultados se volcaron a un gestor bibliográfico y, se eliminaron los artículos o trabajos duplicados. Se procedió a la elegibilidad y selección de los registros según la lectura del título, resumen y texto completo, descartando aquellos trabajos que no cumplieran con los criterios de inclusión, o no estaban relacionados con los objetivos del trabajo. La relevancia se valoró en función de la especificidad del estudio respecto a la cuestión planteada en la pregunta de investigación (14), en la Figura 1 se puede observar el diagrama de flujo.

Este trabajo no precisó de la evolución por parte de un comité de ética al tratarse de una revisión sistemática.

Figura 1. Diagrama de flujo



Fuente: elaboración propia.

Los registros seleccionados se muestran en la Tabla 2.

Tabla 2: Artículos incluidos en la revisión

Autor	Título	Año
Almadori G. <i>et al.</i> (15)	<i>Impact of microvascular free flap reconstruction in oral cavity cancer: our experience in 130 cases</i>	2015
Barata PC. <i>et al.</i> (16)	<i>Symptom clusters and survival in Portuguese patients with advanced cancer</i>	2016
Belloni E. <i>et al.</i> (17)	<i>Radiological exams on end-stage oncologic patients before hospice admission</i>	2017
Boceta J. <i>et al.</i> (18)	<i>Consensus and controversies in the definition, assessment, treatment and monitoring of BTcP: results of a Delphi study</i>	2016
Bossi P. <i>et al.</i> (19)	<i>Prevalence of Fatigue in Head and Neck Cancer Survivors</i>	2019
Carta F. <i>et al.</i> (20)	<i>Compartmental Surgery With Microvascular Free Flap Reconstruction in Patients With T1-T4 Squamous Cell Carcinoma of the Tongue: Analysis of Risk Factors, and Prognostic Value of the 8th Edition AJCC TNM Staging System</i>	2020
Chen YW. <i>et al.</i> (21)	<i>Preoperative Computed Tomography Angiography for Evaluation of Feasibility of Free Flaps in Difficult Reconstruction of Head and Neck</i>	2016
Gallegos Hdez, J.F <i>et al.</i> (5)	<i>Tratamiento del cáncer avanzado de cabeza y cuello. ¿Neoadyuvancia, concomitancia o cirugía?</i>	2021
Gangopadhyay A. <i>et al.</i> (3)	<i>Survival Impact of Surgical Resection in Locally Advanced T4b Oral Squamous Cell Carcinoma</i>	2012
Hasegawa T. <i>et al.</i> (22)	<i>The prospective evaluation and risk factors of dysphagia after surgery in patients with oral cancer</i>	2021

Hsiang CC. <i>et al.</i> (23)	<i>Early Postoperative Oral Exercise Improves Swallowing Function Among Patients With Oral Cavity Cancer: A Randomized Controlled Trial</i>	2019
Kannan B. <i>et al.</i> (24)	<i>Immunotherapy for oral cancer treatment through targeting of IDO1 and its pathway</i>	2023
Machiels JP. <i>et al.</i> (25)	KEYNOTE-412 Investigators. Pembrolizumab plus concurrent chemoradiotherapy versus placebo plus concurrent chemoradiotherapy in patients with locally advanced squamous cell carcinoma of the head and neck (KEYNOTE-412): a randomized, double-blind, phase 3 trial	2024
Nakayama Y. <i>et al.</i> (26)	<i>Examination of Suprahyoid Muscle Resection and Other Factors Affecting Swallowing Function in Patients With Advanced Oral Cancer After Surgical Resection and Reconstruction</i>	2022
Nocon CC. <i>et al.</i> (27)	<i>Association of Facility Volume With Positive Margin Rate in the Surgical Treatment of Head and Neck Cancer</i>	2018
Nuchit S. <i>et al.</i> (28)	<i>Alleviation of dry mouth by saliva substitutes improved swallowing ability and clinical nutritional status of post-radiotherapy head and neck cancer patients: a randomized controlled trial</i>	2020
Okano W. <i>et al.</i> (29)	<i>Extent of salvage neck dissection following chemoradiation for locally advanced head and neck cancer</i>	2021
Patil VM. <i>et al.</i> (30)	<i>Low-Dose Immunotherapy in Head and Neck Cancer: A Randomized Study</i>	2023
Pedrini Cruz R. (31)	<i>Death with dignity: Are we providing adequate palliative care to cancer patients?</i>	2022
Pyszora A. <i>et al.</i> (32)	<i>Physiotherapy programme reduces fatigue in patients with advanced cancer receiving palliative care: randomized controlled trial</i>	2017

Roberts MK. <i>et al.</i> (33)	<i>Ethical and Regulatory Concerns in Pragmatic Clinical Trial Monitoring and Oversight</i>	2020
Rosenberg AR. <i>et al.</i> (34)	<i>Promoting resilience in adolescents and young adults with cancer: Results from the PRISM randomized controlled trial</i>	2018
Tirelli G. <i>et al.</i> (2)	<i>Prognosis of oral cancer: a comparison of the staging systems given in the 7th and 8th editions of the American Joint Committee on Cancer Staging Manua</i>	2018
Vanbutsele G. <i>et al.</i> (35)	<i>Effect of early and systematic integration of palliative care in patients with advanced cancer: a randomised controlled trial</i>	2018
Wang L. <i>et al.</i> (36)	<i>Effect of Different Repair and Reconstruction Methods Combined with Psychological Intervention on Quality of Life and Negative Emotion in Patients with Oral Cancer</i>	2022

Fuente: elaboración propia.

Se revisó, cuidadosamente, cada trabajo para extraer la máxima información respecto, a los posibles dilemas éticos asociados a los pacientes con cáncer oral avanzado, su descripción, interpretación y posibles soluciones.

3. Resultados y discusión

A lo largo del texto, se recopila, discute, y reflexiona sobre ideas o problemas que el autor meramente cita, así como también, sobre los que el autor desarrolla en su trabajo. Todo ello, desde el enfoque de los principios de la bioética —no sólo desde el principalismo—, que puedan ser de interés clínico y práctico, para la toma de decisiones del cirujano de hoy.

3.1. *El avance científico-técnico y su reflexión ética*

Una parte de los trabajos está formada por series, de pacientes diagnosticados de carcinomas orales en estadios avanzados, en los que se realiza una cirugía de rescate ablativa, y una posterior reconstrucción microquirúrgica (5,13,15,20,27,36).

Estos procedimientos quirúrgicos son entendidos como la práctica médica habitual, pues presentan como resultado un aumento de la supervivencia. Se entiende que el cirujano debe poseer el conocimiento, y competencias suficientes para guiar de forma efectiva estas acciones (13,14,26).

En la mayoría de los textos se alude, repetidamente, a la importancia del avance científico-técnico, que ha superado los límites de resecabilidad y operabilidad clásicos, permitiendo realizar intervenciones cada vez más complejas, apoyándose en las nuevas técnicas de reconstrucción de gran precisión (15,16,22,26), y el avance en los cuidados peri y postoperatorios (20,32).

Desde la perspectiva ética, es necesario reevaluar estas cuestiones y reflexionar sobre los límites que deberían guiar este campo de investigación. El correcto actuar ético en la práctica clínica, debe estar regido por el *principio de proporcionalidad terapéutica*, y la cuestión; *¿es ético todo procedimiento que sea posible realizar?*, debe ser respondida desde una conciencia ética, el razonamiento crítico, y la toma de decisiones compartidas entre el paciente, la familia y el cirujano (8,11,37,38).

Estas cuestiones, que surgen habitualmente en el devenir de la enfermedad, deben de ser resueltas. Para ello se acepta que, no todos los procedimientos técnicamente posibles, se alinean con principios que han de guiar nuestra actuación, que será justa, responsable, y respetuosa con los derechos y el bienestar del paciente (37). Jonas, H., señala en su libro *Principio de responsabilidad* (38), de 1995, que el avance científico y tecnológico actual, tiene implicaciones inimaginables, por lo que se debe exigir una completa comprensión/reflexión ética. Bajo este parámetro de responsabilidad, según Jonas, el paciente es la parte más vulnerable, y el cirujano, es el responsable de garantizar

la preservación de la dignidad, y actuar con la máxima cautela, ante situaciones que pueden ser irreversibles (37,38).

Es indudable que el avance científico-técnico, se muestra como relevante en la mejora de la supervivencia específica y global, considerándose como un gran logro de la cirugía maxilofacial actual (15,29). Esta mejora de la supervivencia se ha producido también con la asociación de nuevas terapias adyuvantes como la quimioterapia, radioterapia, y más recientemente la inmunoterapia (24,25,30).

Sin embargo, la literatura añade un aspecto no menor, y es que, a medida que aumenta la supervivencia se observa, también, un aumento considerable de las complicaciones y secuelas (19,22,23). Entre ellas se encuentra, el mayor riesgo de recidiva, de disfagia o imposibilidad para tragar o hablar, la fatiga crónica, el dolor central y una visible alteración de la anatomía facial, todo ello implica una percepción emocional y física negativas en la calidad de vida de la persona (16,34,37).

Algunos autores proponen minimizar estas secuelas desde un abordaje precoz, con técnicas de resiliencia al estrés (34,36), o desde un enfoque multidisciplinar mediante técnicas de rehabilitación temprana (23,32). Debemos recordar que el paciente, siempre, solicita al médico, un cambio o mejora, e incluso la restauración a un estado previo (10).

Es por ello, que la necesidad de actuar debe estar ligada al principio de proporcionalidad, sin olvidar, que *la parte corporal* que el paciente pone a disposición del cirujano no es un elemento que pueda separarse del *todo personal*, que incluye la dignidad de la persona enferma (37,38).

Hace más de dos siglos, Kant, I (1724-1804), afirmó que los seres humanos se caracterizan por tener dignidad y no precio (40). La dignidad constituye, probablemente, el concepto esencial sobre el que se asienta la bioética y toda vida humana (12,39-41). La dignidad de la persona le otorga la capacidad de proyectar los actos de su vida, y la responsabilidad de estos, pues quien tiene esta condición es un fin en sí mismo, estas premisas siempre han estado vigentes, y han de guiar la relación clínica entre el profesional y el paciente (39,40).

Cuando se hace referencia a la dignidad del paciente, se suele pensar en personas autónomas capaces de decidir o discernir por sí mismos (41), sin embargo, la realidad de las situaciones que se describen en esta revisión es bien diferente, pues el cáncer oral avanzado supone una realidad marcada por el progresivo deterioro físico, y psíquico de la persona, que la aísla, y la hace vulnerable, expresándose como situaciones contrarias a la dignidad que se había considerado (39-42).

En este sentido los autores proponen algunas reflexiones éticas como; no hay soluciones únicas sino alternativas, todos los casos clínicos implican algún aspecto desafiante, y ante cualquier conflicto, puede existir un choque de valores, de forma que las respuestas deben estar basadas en razonamientos bien justificados (10-12,41).

Una de las esperanzas recurrentes de los Comités de Tumores, es destacar el papel de las nuevas terapias adyuvantes, que pueden mejorar el pronóstico, con una menor morbilidad. Estos datos están limitados a estudios muy concretos y se refieren sobre todo al uso de la inmunoterapia (3,16,25,27).

Desde el análisis bioético, se entiende el impacto positivo de las investigaciones en el avance del conocimiento para la persona enferma, pero también, se reconoce el posible conflicto con la industria, que prioriza únicamente determinadas líneas de investigación, dejando de lado *los tumores huérfanos* (42-44).

3.2. *La obstinación terapéutica y ética quirúrgica*

Según los artículos incluidos en la revisión, se describen distintos tipos de obstinación terapéutica; la puramente quirúrgica, la diagnóstica e incluso la promovida por el cirujano, el paciente o su familia, que insisten en realizar procedimientos invasivos a pesar de su futilidad conocida (15,17,20,21,26).

Se observa como ante la creciente complejidad de los casos clínicos que se presentan, subyacen situaciones propicias para esta obstinación terapéutica, encarnizamiento o futilidad, que, además, pueden

expresarse en forma de decisiones o actuaciones avaladas por el equipo médico, lo que hace que se conviertan en situaciones más difíciles de identificar (35,37,45,46).

Estos hechos se suelen relacionar con momentos de gran exigencia en corto espacio de tiempo, en los que se pone en evidencia la falta de una sólida confianza y claridad del cirujano, o equipo médico en la deliberación razonada, así como la escasa formación ética, que puede dificultar la preservación de la dignidad del paciente frente cualquier planteamiento (41,43).

Bajo estas formas de obstinación, subyace la idea de una muerte difícil y angustiosa, por lo que se pretende retrasar por todos los medios posibles, aunque no haya esperanza alguna de curación (47). Se describen situaciones en las que el cirujano se empeña, en utilizar todos los medios a su alcance para salvar al enfermo moribundo, y no reconoce que ha llegado el final de su ciclo vital (41-43). Los motivos pueden ser muy variados, desde un apasionamiento o soberbia egoísta, un desmedido interés por las actividades formativas de entrenamiento, o investigación, e incluso propiciado por el propio paciente, que persiste en la demanda de un tratamiento quirúrgico, pues no entienden la ausencia de beneficio en los procedimientos fútiles (41,46-48).

Little JM. (48,49), describe en su trabajo que, el rendimiento quirúrgico que se le exige al cirujano, no puede ser sólo un objetivo único, sino que debe estar englobado, en una *ética quirúrgica*, basada en la capacidad de juicio o sabiduría práctica. El autor desarrolla esta idea a partir de los principios de beneficencia, no maledicencia, proporcionalidad técnica y terapéutica, y responsabilidad (12,38,48,49), y afirma que las decisiones que se tomen deben mostrar una relación razonable entre los medios empleados disponibles, y que el fin previsible, pueda ser aplicable a todos los casos (48-50).

En este sentido, los autores recuerdan algunas reflexiones que deben estar presentes en el actuar de los profesionales de la salud, pues, no hay respuestas correctas o incorrectas, sino mejores o peores soluciones, que siempre deben estar basadas en razonamientos bien justificados (41,46,50).

Corresponde al cirujano tomar la decisión más adecuada, de continuar o no con un tratamiento, lo que también puede ser motivo de crítica, si lo suspende se le puede acusar de abandono, y si lo continúa sin razón, de caer en el obstinamiento terapéutico (7,37,39,46). Este dilema debe resolverse desde la deliberación, la toma de decisiones compartidas, y la confianza en la relación médico-paciente, es decir, en el hecho de que la persona no será abandonada, si no que comenzará un nuevo tratamiento —cuidados paliativos—, enfocado en el cuidado de todas las necesidades de la persona (44,45,46,51). El compromiso ético del cirujano forma parte integral del manejo de la enfermedad desde su inicio hasta el final (7).

3.3. Limitación de las técnicas de soporte vital y el cuidado desde la perspectiva del cirujano

La medicina ha logrado niveles de beneficio muy altos, pero existe el riesgo objetivo de olvidar que el enfermo es ante todo un ser humano, y no un cuerpo que necesita una reparación. Cuando la técnica quirúrgica, sólo busca el rendimiento y beneficio, sin establecer un encuentro con la persona, la dimensión humana desaparece (42,43).

El desarrollo de esta revisión continúa, una vez tomada la decisión de suspender la aplicación de cualquier medida que se considere extraordinaria, o desproporcionada en un paciente con mal pronóstico vital (9,16,31,33,35). Actualmente, se utiliza el término de *limitación de las técnicas de soporte vital*, en lugar de limitación del esfuerzo terapéutico, pues se ha descrito que esta limitación del esfuerzo no debe entenderse de forma literal, ya que podría suponer el abandono del paciente (51-53). Más que limitar el esfuerzo terapéutico, este se debe transformar en un esfuerzo por mantener la vida con el menor sufrimiento, sin abandonar al paciente, y sin aplicar procedimientos extraordinarios, que aporten poco o ningún beneficio (53).

Esta decisión supone un desafío para muchos profesionales, ante los múltiples escenarios que se presentan, a medida que avanza en la línea de desarrollo de la enfermedad (47). Según los principios de

efectividad y eficacia de cada acción médica, cuando no existe una indicación adecuada para realizar una intervención, se deberán realizar otros procedimientos, o tratamientos cuya expectativa no es la curación, o la prolongación de la vida, sino el proporcionar calidad de vida sin alargar o acortar la supervivencia (50,51,54). Estas intervenciones actúan sobre todos los aspectos de la persona; los físicos, psicológicos, sociales y espirituales (50,52).

Numerosos autores demuestran que un modelo de integración temprana, y sistemática de cuidados en la atención oncológica multidisciplinar, aumenta de forma significativa, la calidad de vida de los pacientes con cáncer avanzado al final de su vida (23,28,31-33,55-57).

Siguiendo esta idea, el cuidado integral al final de la vida promueve la autonomía y la dignidad de la persona (10,11), y debe adoptarse precozmente, pues las medidas preventivas de las posibles complicaciones que pudieran ocurrir en el curso de la enfermedad constituyen la única forma que ha demostrado su utilidad, en proporcionar calidad de vida a los pacientes (31,33,56,57). De hecho, es posible mejorar síntomas como la fatiga, la depresión, el insomnio, el dolor oncológico irruptivo, e incluso síntomas locales como la xerostomía (25,50-52).

La idea del *cuidado* es la virtud ética imprescindible para la vida moral, es decir, el cuidado y el descuido, sobre el ser humano a lo largo de la historia, no se presentan como un valor neutro, sino positivo, pues la aspiración a una vida mejor, a una vida digna, es irrenunciable a una estructura personal llena de virtudes (47,51). Este *cuidado*, capacita al ser humano para que sea posible realizar una transformación interior que le permita dar fruto, este fruto será; hacia el cuidado propio, el cuidado de los otros e incluso el cuidado del mundo (51).

López-Azpitarte E. (47), menciona la progresiva deshumanización de la medicina moderna. El autor considera este punto como un mal endémico de nuestro tiempo, en el que la civilización actual esta planificada para matar el dolor, eliminar la enfermedad, y luchar

contra la muerte, pero a costa de sacrificar el contenido humano de la propia existencia, si la muerte no se ha vencido, al menos se ha expropiado, ya que el hombre actual ha perdido el derecho a presidir su acto de morir (47).

Una comunidad médica que acepta la muerte como parte de la vida, y comprende la relevancia de las intervenciones, que no pretenden curar sino brindar calidad y conveniencia, probablemente logre una mejor aceptación de la enfermedad en fases avanzadas y, de la misma manera, evite al paciente, y a la familia, los sufrimientos inherentes a la extensión de la vida cuando no hay una opción razonable de curación o recuperación (8,41,47,51).

En el ámbito quirúrgico, es común que la relación clínica inicial que se establece con el paciente tienda a ser muy técnica (6-8), aunque en el trascurso de la enfermedad, se desarrolle un trato de confianza y diálogo basado en el modelo deliberativo, descrito por Emanuel E. (58). Este modelo unido al principio de autonomía facilita de forma comprensible y adecuada las necesidades, y requerimientos del paciente para ayudarlo a tomar decisiones autónomas, con el matiz, de que en los dilemas complejos estas decisiones deben ser compartidas (10,12,58). La toma de decisiones compartidas añade un valor sustancial al principio de autonomía, y beneficencia, y refuerza la relación de confianza entre el médico y el paciente (12,58).

3.4. *Cirugía maxilofacial y bioética*

La bioética es una disciplina unida intrínsecamente a la persona, y más aún, entre los profesionales de la salud. Hay que reconocer que si la actividad profesional se aleja de unos principios éticos y morales, repercute en la esfera más profunda de la persona. Por ello, se menciona que los conflictos y dilemas de la actividad profesional, se viven con estrés emocional, y sufrimiento espiritual (59,60).

Los autores señalan la importancia de incluir una formación en ética, específica y dirigida, entre las competencias de todo profesional de la salud (48,54,58). Destacando la necesidad del profesional,

de disponer de las herramientas necesarias para afrontar los conflictos, y mejorar la atención a los pacientes en situaciones complejas (58).

Es posible que, en este trabajo, la cuestión ética de mayor peso para el cirujano maxilofacial es saber reconocer que, durante todo el desarrollo de la enfermedad, la persona está dotada de razón, juicio moral, y conciencia por lo que es capaz de reconocer lo que es recto y bueno. Esta máxima, también, se aplica al cirujano, que debe comprender la importancia del avance científico, el riesgo de caer en la obstinación terapéutica, entender su papel responsable en el cuidado de la persona, y limitar los procedimientos fútiles.

4. Conclusiones

Cada uno de los conflictos planteados, precisa de una respuesta adecuada desde los principios de la bioética. Para ello el cirujano debe adoptar las competencias necesarias, para comprender y recordar su responsabilidad durante todo el proceso de la enfermedad.

La fundamentación de cada dilema nos recuerda que la cirugía es una práctica ética y moral, que reconoce la fragilidad del ser humano, y que, como toda ciencia de la vida, no puede ser privada de los valores intrínsecos al ser humano, sino al contrario, debe protegerlos y garantizarlos.

Por último, es necesario hacer hincapié en la importancia de los principios y fundamentos que definen la bioética, de forma que sean útiles, para crear debate y discusión, en el ámbito asistencial de la Cirugía Oral y Maxilofacial actual.

5. Financiación

No se recibió financiación de ninguna fuente para este estudio.

6. Conflicto de intereses

Ninguno que declarar.

Referencias

1. Mateo-Sidrón Antón M, Somacarrera Pérez M. Cáncer oral: genética, prevención, diagnóstico y tratamiento. revisión de la literatura. *Av Odontoestomatol*. 2015; 31(4): 247-259. <https://dx.doi.org/10.4321/S0213-12852015000400002>
2. Tirelli G, Gatto A, Boscolo Nata F, Bussani R, Piccinato A, Marcuzzo A, Tofanelli M. Prognosis of oral cancer: a comparison of the staging systems given in the 7th and 8th editions of the American Joint Committee on Cancer Staging Manual. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2018; 56(1):8-13. <https://doi.org/10.1016/j.bjoms.2017.11.009>
3. Gangopadhyay A, Bhatt S, Nandy K, Rai S, Rathod P, Puj KS. Survival Impact of Surgical Resection in Locally Advanced T4b Oral Squamous Cell Carcinoma. *Laryngoscope*. 2021; 131(7): E2266-E2274. <https://doi.org/10.1002/lary.29394>
4. Lacas B, Bourhis J, Overgaard J, Zhang Q, Grégoire V, Nankivell. Role of radiotherapy fractionation in head and neck cancers (MARCH): an updated meta-analysis. *Lancet Oncol*. 2017; 18(9):1221-1237. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(17\)30458-8](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(17)30458-8)
5. Gallegos-Hernández J, Abrego-Vázquez J. Tratamiento del cáncer avanzado de cabeza y cuello. ¿Neoadyuvancia, concomitancia o cirugía? Cirugía y cirujanos. 2021; 89(1), 1-3. <https://doi.org/10.24875/ciru.19001705>
6. Schwartz P, Sachs G. Rethinking Decision Quality: Measures, Meaning, and Bioethics. *Hastings Cent Rep*. 2022; 52(6):13-22. <https://doi.org/10.1002/hast.1443>
7. Conley J. Ethics in head and neck surgery. *Arch Otolaryngol*. 1981; 107(11):655-7. <https://doi.org/10.1001/archotol.1981.00790470003002>
8. Hermerén G. The principle of proportionality revisited: interpretations and applications. *Med Health Care Philos*. 2012; 15(4):373-82. <https://doi.org/10.1007/s11019-011-9360-x>
9. Gómez-Sancho M, Altisent R, Bátis J, Ciprés L, Corral P, González-Fernández J. Atención médica al final de la vida: Conceptos. *Rev. Soc. Esp. Dolor*. 2010; 17(3): 177-179. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113480462010000300007&lng=es
10. Ramos Pozón, S. Bioética: una reflexión necesaria para las decisiones que más importan, Plataforma Editorial, Barcelona; 2018.
11. Altisent R. Temas de ética clínica para estudiantes de medicina, Digital Reasons, Madrid; 2025.
12. Beauchamp T, Childress J. Principios de ética biomédica, Masson, Barcelona; 1989.

13. Page M, McKenzie J, Bossuyt P, Boutron I, Hoffmann T, Mulrow C. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021; 29;372: n71.
14. Page M, Moher D, Bossuyt P, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow C. PRISMA 2020 explanation and elaboration: updated guidance and exemplars for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021; 29;372: n160.
15. Almadori G, Rigante M, Bussu F, Parrilla C, Gallus R, Barone Adesi L. Impact of microvascular free flap reconstruction in oral cavity cancer: our experience in 130 cases. *Acta Otorhinolaryngol*. 2015; 35(6):386-93. <https://doi.org/10.14639/0392-100X-919>
16. Barata P, Cardoso A, Custodio M, Alves M, Papoila A, António B, Lawlor PG. Symptom clusters and survival in Portuguese patients with advanced cancer. *Cancer Med*. 2016; 5(10):2731-2739. <https://doi.org/10.1002/cam4.860>
17. Belloni E, Tentoni S, Cella A, Cassinelli D, Bertè R, Scagnelli P. Radiological examinations on end-stage oncologic patients before hospice admission. *Radiol Med*. 2017; 122(10):793-797. <https://doi.org/10.1007/s11547-017-0776-0>
18. Boceta J, Boceta J, De la Torre A, Samper D, Farto M, Sánchez-de la Rosa R. Consensus and controversies in the definition, assessment, treatment and monitoring of BTcP: results of a Delphi study. *Clin Transl Oncol*. 2016 ;18(11):1088-1097. <https://doi.org/10.1007/s12094-016-1490-4>
19. Bossi P, Di Pede P, Guglielmo M, Granata R, Alfieri S, Iacovelli NA. Prevalence of Fatigue in Head and Neck Cancer Survivors. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 2019; 128(5):413-419. <https://doi.org/10.1177/0003489419826138>
20. Carta F, Quartu D, Mariani C, Tatti M, Marrosu V, Gioia E, Gerosa C, Zanda JSA, Chuchueva N, Figus A, Puxeddu R. Compartmental Surgery With Microvascular Free Flap Reconstruction in Patients With T1-T4 Squamous Cell Carcinoma of the Tongue: Analysis of Risk Factors, and Prognostic Value of the 8th Edition AJCC TNM Staging System. *Front Oncol*. 2020; 14; 10:984. <https://doi.org/10.3389/fonc.2020.00984>
21. Chen Y, Yen J, Chen W, Chen I, Lai C, Lu C, Song D. Preoperative Computed Tomography Angiography for Evaluation of Feasibility of Free Flaps in Difficult Reconstruction of Head and Neck. *Ann Plast Surg*. 2016; 76 Suppl 1: S19-24. 10.1097/SAP.0000000000000690. <https://doi.org/10.1097/SAP.0000000000000690>
22. Hasegawa T, Yatagai N, Furukawa T, Wakui E, Saito I, Takeda D. The prospective evaluation and risk factors of dysphagia after surgery in patients with oral cancer. *J Otolaryngol Head Neck Surg*. 2021; 25;50(1):4. <https://doi.org/10.1186/s40463-020-00479-6>
23. Hsiang C, Chen A, Chen C, Chen M. Early Postoperative Oral Exercise Improves Swallowing Function Among Patients with Oral Cavity Cancer: A Randomized Controlled Trial. *Ear Nose Throat J*. 2019; 98(6): E73-E80. <https://doi.org/10.1177/0145561319839822>
24. Kannan B, Jayaseelan VP, Arumugam P. Immunotherapy for oral cancer treatment through targeting of IDO1 and its pathway. *J Stomatol Oral Maxillofac Surg*. 2023; 124(1S):101375. <https://doi.org/10.1016/j.jormas.2022.101375>

25. Machiels JP, Tao Y, Licitra L, Burtneß B, Tahara M, Rischin D. KEYNOTE-412 Investigators. Pembrolizumab plus concurrent chemoradiotherapy versus placebo plus concurrent chemoradiotherapy in patients with locally advanced squamous cell carcinoma of the head and neck (KEYNOTE-412): a randomized, double-blind, phase 3 trial. *Lancet Oncol.* 2024; 25(5):572-587. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(24\)00100-1](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(24)00100-1)
26. Nakayama Y, Yamakawa N, Ueyama Y, Yagyu T, Ueda N, Nakagawa Y. Examination of Suprahyoid Muscle Resection and Other Factors Affecting Swallowing Function in Patients With Advanced Oral Cancer After Surgical Resection and Reconstruction. *J Craniofac Surg.* 2022; 33(8):e840-e844. <https://doi.org/10.1097/SCS.00000000000008770>
27. Nocon C, Ajmani G, Bhayani M. Association of Facility Volume With Positive Margin Rate in the Surgical Treatment of Head and Neck Cancer. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg.* 2018; 144(12):1090-1097. <https://doi.org/10.1001/jamaoto.2018.2421>
28. Nuchit S, Lam-Ubol A, Paemuang W, Talungchit S, Chokchaitam O, Mungkung O, Pongcharoen T, Trachootham D. Alleviation of dry mouth by saliva substitutes improved swallowing ability and clinical nutritional status of post-radiotherapy head and neck cancer patients: a randomized controlled trial. *Support Care Cancer.* 2020; 28(6):2817-2828. <https://doi.org/10.1007/s00520-019-05132-1>
29. Okano W, Hayashi R, Matsuura K, Shinozaki T, Tomioka T. Extent of salvage neck dissection following chemoradiation for locally advanced head and neck cancer. *Head Neck.* 2021; 43(2):413-418. <https://doi.org/10.1002/hed.26494>
30. Patil V, Noronha V, Menon N, Rai R, Bhattacharjee A, Singh A. Low-Dose Immunotherapy in Head and Neck Cancer: A Randomized Study. *J Clin Oncol.* 2023; 41(2):222-232. <https://doi.org/10.1200/JCO.22.01015>
31. Pedrini Cruz R. Death with dignity: Are we providing adequate palliative care to cancer patients? *Eur J Cancer Care.* 2022; 31(6): e13512. <https://doi.org/10.1111/ecc.13512>
32. Pyszora A, Budzyński J, Wójcik A, Prokop A, Krajnik M. Physiotherapy program reduces fatigue in patients with advanced cancer receiving palliative care: randomized controlled trial. *Support Care Cancer.* 2017; 25(9):2899-2908. <https://doi.org/10.1007/s00520-017-3742-4>
33. Roberts MK, Fisher DM, Parker LE, Darnell D, Sugarman J, Carrithers J, et al. Ethical and Regulatory Concerns in Pragmatic Clinical Trial Monitoring and Oversight. *Ethics Hum Res.* 2020; 42(5):29-37. <https://doi.org/10.1002/eahr.500066>
34. Rosenberg A, Bradford M, McCauley E, Curtis J, Wolfe J, Baker K, Yi-Frazier JP. Promoting resilience in adolescents and young adults with cancer: Results from the PRISM randomized controlled trial. *Cancer.* 2018; 124(19):3909-3917. <https://doi.org/10.1002/cncr.31666>
35. Warnakulasuriya S, Kerr AR. Oral Cancer Screening: Past, Present, and Future. *J Dent Res.* 2021; 100(12):1313-1320. <https://doi.org/10.1177/00220345211014795>
36. Wang L, Dong Q, Ye M, Du J, Zhou R, Cai X. Effect of Different Repair and Reconstruction Methods Combined with Psychological Intervention on Quality of Life

- and Negative Emotion in Patients with Oral Cancer. *Comput Math Methods Med.* 2022; 2022:7359584. <https://doi.org/10.1155/2022/7359584>
37. Varkey B. Principles of Clinical Ethics and Their Application to Practice. *Med Princ Pract.* 2021; 30(1):17-28. <https://doi.org/10.1159/000509119>
38. Jonas, H. El principio de responsabilidad: ensayo de una ética para la civilización tecnológica. Círculo de Lectores, Madrid; 1994.
39. Pérez-Soba Díez del Corral J. Bioethics of principles. *Cuad Bioet.* 2008; 19(65):43-55.
40. Byers P. Dependence and a Kantian conception of dignity as a value. *Theor Med Bioeth.* 2016; 37(1):61-9. <https://doi.org/10.1007/s11017-016-9351-2>
41. Gracia D. Morir con dignidad: Dilemas éticos en el final de la vida. Doce Calles Fundación de Ciencias de la Salud, Madrid; 1995.
42. Tonelli M, Sullivan M. Person-centered shared decision making. *J Eval Clin Pract.* 2019; 25(6):1057-1062. <https://doi.org/10.1111/jep.13260>
43. Ubbink D, Hageman M, Legemate D. Shared Decision-Making in Surgery. *Surg Technol Int.* 2015; 26:31-6.
44. Shin J. Conflicts of Interest in Research and Clinical Practice. *J Korean Soc Radiol.* 2022; 83(4):771-775. <https://doi.org/10.3348/jksr.2022.0050>
45. Denholm L, Lal A, Henderson M, McConnell P. Bioethics: canceling patient operations. *Curr Opin Anaesthesiol.* 2020; 33(2):211-217. <https://doi.org/10.1097/ACO.0000000000000828>
46. Prescher H, Gudex LM, Mauch JT, Vercler CJ. Avoiding Patient Abandonment: A Pathway to Ethical Resolution in Situations of Untenable Patient-Surgeon Relationships. *Plast Reconstr Surg.* 2025; 155(2):391-396. <https://doi.org/10.1097/PRS.00000000000011735>
47. López E. Ética y vida: desafíos actuales. San Pablo, Madrid; 1990.
48. Little J. Ethics in surgical practice. *Br J Surg.* 2001; 88(6):769-70. <https://doi.org/10.1046/j.0007-1323.2001.01791.x>
49. Little J. Guest commentary: is there a distinctively surgical ethics? *Surgery.* 2001; 129(6):668-71. <https://doi.org/10.1067/msy.2001.111213>
50. Pellegrini C. Presidential address: The surgeon of the future: anchoring innovation and science with moral values. *Bull Am Coll Surg.* 2013; 98(12):8-14.
51. López M. El cuidado un imperativo para la bioética. Servicio de Publicaciones Universidad Pontificia de Comillas, Madrid; 2011.
52. Baena C. Limitation of therapeutic effort: When less is more. *Colomb Med (Cali).* 2015; 46(1):1-2.
53. García R, Real de Asúa D, García L, Herreros B. Do internists know what limitation of therapeutic effort means? *Rev Clin Esp.* 2021; 221(5):274-278. <https://doi.org/10.1016/j.rce.2020.01.005>
54. Ferreres A. Ethics and Surgery in the 21(st) century. *Cir Esp.* 2015; 93(6):357-8. <https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2014.12.002>
55. Meert AP, Berghmans T, Hardy M, Markiewicz E, Sculier JP. Non-invasive ventilation for cancer patients with life-support techniques limitation. *Support Care Cancer.* 2006; 14(2):167-71. <https://doi.org/10.1007/s00520-005-0845-0>

56. Bosman J, Bood Z, Scherer-Rath M. The effects of art therapy on anxiety, depression, and quality of life in adults with cancer: a systematic literature review. *Supportive Care in Cancer*. 2021 ;29(5):2289-2298.
57. Vanbutsele G, Pardon K, Van Belle S, Surmont V, De Laat M, Colman R. Effect of early and systematic integration of palliative care in patients with advanced cancer: a randomized controlled trial. *Lancet Oncol*. 2018; 19(3):394-404. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(18\)30060-3](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(18)30060-3)
58. Emanuel E, Emanuel LL. Cuatro modelos de la relación médico paciente. Triacastela, Madrid; 1999.
59. Sanz Á, Del Valle M, Flores L. Bioethical issues of the Covid-19 pandemic in Spain. A systematic review. *Cuad Bioet*. 2024; 35(114):125-141. <https://doi.org/10.30444/CB.169>
60. García J. Personalist bioethics and principlialist bioethics. Perspectives. *Cuad Bioet*. 2013; 24(80):67-76.

Bioethical reflections on advanced oral cavity cancer in oral and maxillofacial surgery. Systematic review

Reflexiones desde la bioética sobre el cáncer de cavidad oral avanzado en cirugía oral y maxilofacial. Revisión sistemática

Martín Fernández Ferro*
University of Vigo, Spain

<https://doi.org/10.36105/mye.2025v36n4.04>

Abstract

Advanced oral cavity cancer is the most common oncological pathology among head and neck tumors for maxillofacial surgeons. That is

* Physician associated with the Department of Oral and Maxillofacial Surgery at the University Hospital Complex of Vigo, Vigo, Spain. Researcher at the Southern Galicia Health Research Institute (IIS Galicia Sur), SERGAS-UVIGO, Vigo, Spain. EUE Ribera Povisa Professor, University of Vigo. Vigo, Spain. Email: martin.fernandez.ferro@sergas.es <https://orcid.org/0000-0002-5915-9134>

Reception: 26/05/2025 Acceptance: 10/08/2025

CÓMO CITAR: Fernández Ferro, M. (2025). Bioethical reflections on advanced oral cavity cancer in oral and maxillofacial surgery. Systematic review. *Medicina y ética*, vol. 36, núm. 4. DOI: <https://doi.org/10.36105/mye.2025v36n4.04>



This work is licensed under a Creative Commons Attribution-Noncommercial 4.0 International License.

why, as the disease progresses, a whole series of complex situations can arise, ranging from severe complications to a possible fatal outcome. This review sought to identify and analyze these situations, which are presented as dilemmas that must be addressed through informed and reasoned reflection. This poses a significant challenge for today's maxillofacial surgeons, who must understand bioethics as a scientific and humanistic discipline that is essential for reflecting on and responding appropriately to these situations.

The enormous scientific and technical development of the specialty cannot be ignored when it comes to the care that must be provided to cancer patients, especially in the face of the possibility of abandonment, futility, and therapeutic obstinacy. On the contrary, it must be a guarantee that the vulnerability of the patient will be cared for and protected at all times. This requires the acquisition of new skills that allow us to integrate all the useful elements that ensure respect for the dignity and quality of life of the person.

Keywords: bioethics, cancer, oral and maxillofacial surgery.

1. Introduction

Head and neck cancer is the seventh most common type of malignant tumor in the world. In Spain, approximately 13,000-15,000 new cases are diagnosed annually, among which oral cavity carcinoma stands out, accounting for approximately 95% of head and neck cancers, and more than 60% are diagnosed at advanced stages (1).

1.1. *Advanced oral cancer*

The definitive diagnosis and correct tumor staging are performed according to the Tumor Node Metastasis system, which is considered by the *American Joint Committee on Cancer* to be essential for choosing the most appropriate treatment, with the best possible prognosis and the least functional and aesthetic compromise (2). According to this system, advanced stages III and IV are considered to

be those with tumors larger than 4 cm with local or regional spread, infiltration of adjacent structures to varying degrees, lymph node involvement, and even the presence of metastasis. It is essential to evaluate each of these aspects, as they limit the therapeutic options and clearly worsen the prognosis. In fact, the overall survival rate in these patients at 5 years can range from 0 to 23%, depending on the series (2,3). The reality is that treatment for advanced oral carcinoma is complex, as these patients have usually already undergone radical ablation with extensive reconstruction and complementary treatments. All these cases may be associated with tumor persistence, recurrence, and significant sequelae (4).

Given this scenario, surgeons must bear in mind the classic concepts of resectability and operability, which, although they have changed over time, remain essential for understanding the complexity of managing these tumors. For this purpose, the current methodology involves an individualized assessment of each case by the Head and Neck Tumor Committee, where the possible therapeutic options are analyzed and consensus decisions are made (1,5).

1.2. Bioethics and advanced cancer in surgery

A consideration that should not be overlooked in advanced diseases with few therapeutic options or near the end of life is that they present an added clinical difficulty, as they involve situations of great emotion and suffering. However, they also have a significant ethical and moral component, which can be understood as an opportunity for improvement and excellence in the care provided by professionals to patients. Surgeons must understand their work from the perspective of dignity, values, and therapeutic attitude, or in decision-making about what to do in moments of uncertainty (6,7).

One way to determine whether the proposed therapeutic action is proportionate is to reflect on what will be achieved with the proposed procedure. This must meet at least one of the following objectives: cure, increased survival with the least deterioration in

quality of life, or symptomatic relief when curative treatment is not possible. If the proposed procedure does not meet any of these objectives, it may be considered a therapeutically futile measure and therefore ethically unacceptable (4,8).

According to the Medical Association, good clinical practice aims to achieve appropriate results based on promoting the dignity and quality of life of the patient, while other options, such as therapeutic obstinacy, consist of applying inappropriate, disproportionate, or extraordinary measures with the aim of unnecessarily prolonging life (9). The reality of healthcare can exceed these definitions in terms of complexity. It is recommended to seek arguments that improve decision-making, based on rational and ethical grounds in the deliberation between professionals and the patient. Personal values and expectations, the potential benefits of therapies, and shared decisions based on sequential, consensual objectives that avoid processes of abandonment, obstinacy, futility, or, ultimately, all dehumanizing situations, must be considered (10). For this purpose, we aim to identify and analyze the bioethical problems faced by professionals in relation to this disease and address those that link medical and surgical practice with the values, dignity, and quality of life of the individual (8). The traditional attitude of doing everything in our power requires careful reinterpretation, since there is a real possibility of harming the patient (7,11).

The relationship between bioethics, morality, and medicine has become highly influential since the publication of *Principles of Bio-medical Ethics* (12) by Beauchamp, TL, and Childress, JF, in 1979. This work is the most influential text of the bioethical movement, from which the paradigm was constructed that allowed, and still allows today, a well-founded response to problems or dilemmas that arise between scientific and technical advances and the intrinsic value or dignity of the person. This work continues to be a practical and current guide for professionals. Two characteristics of this text are considered decisive: on the one hand, the description of bioethical principlism based on four principles: beneficence (doing good),

non-maleficence (not harming and preventing harm), autonomy (the patient's capacity to decide), and justice (equity in burdens and benefits); and, on the other hand, the effort to present a theoretical-practical justification that helps to clarify and resolve specific problems in healthcare work (10-12).

The literature emphasizes that some disciplines, such as cancer surgery, have unique aspects that all surgeons must understand and accept (7). These include being ethically reliable in the face of the possibility of causing harm before curing, being able to make decisions in circumstances of great uncertainty, and finally, considering the possibility of errors, assuming risks, complications, or severe sequelae (8,12).

Therefore, this paper presents a systematic review of the literature with the aim of identifying the most current scientific evidence that will allow us to identify, analyze, and respond to the ethical problems or dilemmas associated with advanced oral cancer from the unique perspective of the surgeon. The aim is to contribute to the need to create debate on these dilemmas, to reflect on the fundamental issues of the healthcare relationship, with special emphasis on the arguments that must be given for decisions to be accepted and acceptable in a recent discipline such as oral and maxillofacial surgery.

2. Methodology

To prepare this paper, a systematic review was conducted in accordance with the guidelines of the PRISMA 2020 Statement (13). The search was conducted in two recognized medical databases, Scopus and PubMed, based on a research question structured according to the PICO format (14):

- Population: observational or empirical studies with patients diagnosed with advanced oral cancer.

- Intervention: to evaluate, from an ethical perspective, the interventions proposed in each series.
- Comparison: not applicable.
- *Outcomes*: to describe and analyze objectively, the scientific evidence from the ethical perspective of the procedures performed.

The search was conducted between January 1, 2018, and December 1, 2024. The Health Sciences Descriptors (DeCS) were used to select keywords for Spanish terms, and MeSH (*Medical Subject Headings*) for English terms. The PubMed and ScienceDirect databases were used as they are the reference databases in this field.

The search equation used the terms “oral cancer” and “*mouth neoplasms and head and neck neoplasm*,” and “*oral surgical procedures*,” which includes “oral and maxillofacial surgery procedures,” “ethics or bioethics in oral cancer,” “*ethics or bioethics*,” “*mouth neoplasms*,” and “*medical futility or therapeutic obstinacy*.”

These words were combined with the AND operator to group different conditions and the OR operator for terms within the same condition. The inclusion criteria were observational studies (descriptive cross-sectional, cohort, and case-control) written in English or Spanish with full text available. The exclusion criteria were studies that were not validated by an ethics committee. The search equation can be seen in Table 1.

Table 1. Bibliographic research conducted and results obtained

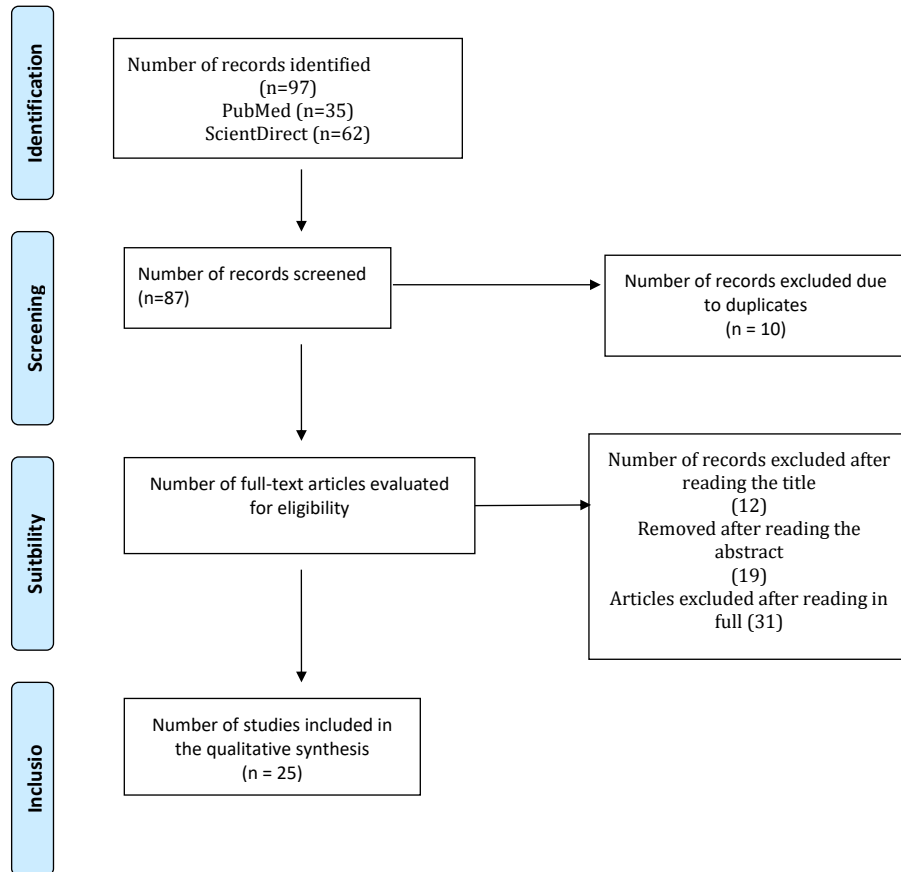
CONSULTATION (January 1, 2028 – December 1, 2024)	OUTCOME
PubMed (https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/) Search: ((((((ethics) OR (bioethics)) AND (mouth neoplasms)) OR (head and neck neoplasms)) AND (surgery)) AND (futility)) OR (obstinacy) Filters: Case Reports, Clinical Study, Clinical Trial, Clinical Trial Protocol, Multicenter Study, Observational Study	35
ScienceDirect https://www.sciencedirect.com/search Title, abstract, keywords: ethics bioethics AND mouth neoplasms head and neck neoplasms AND surgical procedures operative AND futility OR obstinacy	62

Source: prepared by the author.

The results were transferred to a bibliographic manager, and duplicate articles or papers were eliminated. The records were then eligible and selected based on the title, abstract, and full text, discarding those papers that did not meet the inclusion criteria or were not related to the objectives of the study. Relevance was assessed based on the specificity of the study in relation to the research question (14). Figure 1 shows the flow chart.

This study did not require review by an ethics committee as it was a systematic review.

Figure 1. Flow chart



Source: prepared by the author.

The selected records are shown in Table 2.

Table 2: Articles included in the review

Author	Title	Year
Almadori G. <i>et al.</i> (15)	<i>Impact of microvascular free flap reconstruction in oral cavity cancer: our experience in 130 cases</i>	2015
Barata PC. <i>et al.</i> (16)	<i>Symptom clusters and survival in Portuguese patients with advanced cancer</i>	2016
Belloni E. <i>et al.</i> (17)	<i>Radiological exams on end-stage oncologic patients before hospice admission</i>	2017
Boceta J. <i>et al.</i> (18)	<i>Consensus and controversies in the definition, assessment, treatment and monitoring of BTcP: results of a Delphi study</i>	2016
Bossi P. <i>et al.</i> (19)	<i>Prevalence of Fatigue in Head and Neck Cancer Survivors</i>	2019
Carta F. <i>et al.</i> (20)	<i>Compartmental Surgery With Microvascular Free Flap Reconstruction in Patients With T1-T4 Squamous Cell Carcinoma of the Tongue: Analysis of Risk Factors, and Prognostic Value of the 8th Edition AJCC TNM Staging System</i>	2020
Chen YW. <i>et al.</i> (21)	<i>Preoperative Computed Tomography Angiography for Evaluation of Feasibility of Free Flaps in Difficult Reconstruction of Head and Neck</i>	2016
Gallegos Hdez, J.F <i>et al.</i> (5)	<i>Tratamiento del cáncer avanzado de cabeza y cuello. ¿Neoadyuvancia, concomitancia o cirugía?</i>	2021
Gangopadhyay A. <i>et al.</i> (3)	<i>Survival Impact of Surgical Resection in Locally Advanced T4b Oral Squamous Cell Carcinoma</i>	2012
Hasegawa T. <i>et al.</i> (22)	<i>The prospective evaluation and risk factors of dysphagia after surgery in patients with oral cancer</i>	2021

Hsiang CC. <i>et al.</i> (23)	<i>Early Postoperative Oral Exercise Improves Swallowing Function Among Patients With Oral Cavity Cancer: A Randomized Controlled Trial</i>	2019
Kannan B. <i>et al.</i> (24)	<i>Immunotherapy for oral cancer treatment through targeting of IDO1 and its pathway</i>	2023
Machiels JP. <i>et al.</i> (25)	<i>KEYNOTE-412 Investigators. Pembrolizumab plus concurrent chemoradiotherapy versus placebo plus concurrent chemoradiotherapy in patients with locally advanced squamous cell carcinoma of the head and neck (KEYNOTE-412): a randomized, double-blind, phase 3 trial</i>	2024
Nakayama Y. <i>et al.</i> (26)	<i>Examination of Suprahyoid Muscle Resection and Other Factors Affecting Swallowing Function in Patients With Advanced Oral Cancer After Surgical Resection and Reconstruction</i>	2022
Nocon CC. <i>et al.</i> (27)	<i>Association of Facility Volume With Positive Margin Rate in the Surgical Treatment of Head and Neck Cancer</i>	2018
Nuchit S. <i>et al.</i> (28)	<i>Alleviation of dry mouth by saliva substitutes improved swallowing ability and clinical nutritional status of post-radiotherapy head and neck cancer patients: a randomized controlled trial</i>	2020
Okano W. <i>et al.</i> (29)	<i>Extent of salvage neck dissection following chemoradiation for locally advanced head and neck cancer</i>	2021
Patil VM. <i>et al.</i> (30)	<i>Low-Dose Immunotherapy in Head and Neck Cancer: A Randomized Study</i>	2023
Pedrini Cruz R. (31)	<i>Death with dignity: Are we providing adequate palliative care to cancer patients?</i>	2022
Pyszora A. <i>et al.</i> (32)	<i>Physiotherapy programme reduces fatigue in patients with advanced cancer receiving palliative care: randomized controlled trial</i>	2017

Roberts MK. <i>et al.</i> (33)	<i>Ethical and Regulatory Concerns in Pragmatic Clinical Trial Monitoring and Oversight</i>	2020
Rosenberg AR. <i>et al.</i> (34)	<i>Promoting resilience in adolescents and young adults with cancer: Results from the PRISM randomized controlled trial</i>	2018
Tirelli G. <i>et al.</i> (2)	<i>Prognosis of oral cancer: a comparison of the staging systems given in the 7th and 8th editions of the American Joint Committee on Cancer Staging Manua</i>	2018
Vanbutsele G. <i>et al.</i> (35)	<i>Effect of early and systematic integration of palliative care in patients with advanced cancer: a randomised controlled trial</i>	2018
Wang L. <i>et al.</i> (36)	<i>Effect of Different Repair and Reconstruction Methods Combined with Psychological Intervention on Quality of Life and Negative Emotion in Patients with Oral Cancer</i>	2022

Source: prepared by the author

Each study was carefully reviewed to extract as much information as possible regarding the potential ethical dilemmas associated with patients with advanced oral cancer, their description, interpretation, and possible solutions.

3. Results and discussion

Throughout the text, ideas or problems that the author merely cites are compiled, discussed, and reflected upon, as well as those that the author develops in his work. All of this is done from the perspective of the principles of bioethics—not only from the principle-based approach—that may be of clinical and practical interest for the decision-making of today's surgeons.

3.1. *Scientific and technical advances and their ethical implications*

Part of the work consists of a series of patients diagnosed with advanced oral carcinomas who underwent ablative salvage surgery and subsequent microsurgical reconstruction (5,13,15,20,27,36).

These surgical procedures are understood to be standard medical practice, as they result in increased survival. It is understood that the surgeon must have sufficient knowledge and skills to effectively guide these actions (13,14,26).

Most texts repeatedly refer to the importance of scientific and technical advances, which have exceeded the classic limits of resectability and operability, allowing increasingly complex interventions to be performed, supported by new high-precision reconstruction techniques (15,16,22,26) and advances in perioperative and postoperative care (20,32).

From an ethical perspective, it is necessary to reevaluate these issues and reflect on the limits that should guide this field of research. Correct ethical behavior in clinical practice must be governed by the *principle of therapeutic proportionality*, and the question, “*Is every procedure that can be performed ethical?*”, must be answered from an ethical conscience, critical reasoning, and shared decision-making between the patient, the family, and the surgeon (8,11,37,38).

These questions, which commonly arise in the course of the disease, must be resolved. To this end, it is accepted that not all technically possible procedures are aligned with the principles that should guide our actions, which should be fair, responsible, and respectful of the rights and well-being of the patient (37). Jonas, H., points out in his 1995 book *Principle of Responsibility* (38) that current scientific and technological advances have unimaginable implications, which is why a complete understanding/ethical reflection must be required. Under this parameter of responsibility, according to Jonas, the patient is the most vulnerable party, and the surgeon is responsible for ensuring the preservation of dignity and acting with the utmost caution in situations that may be irreversible (37,38).

There is no doubt that scientific and technical advances are relevant in improving specific and overall survival and are considered a major achievement of modern maxillofacial surgery (15,29). This improvement in survival has also been achieved through the use of new adjuvant therapies such as chemotherapy, radiotherapy, and more recently immunotherapy (24,25,30).

However, literature adds another important aspect, which is that as survival increases, there is also a considerable increase in complications and sequelae (19,22,23). These include an increased risk of recurrence, dysphagia or inability to swallow or speak, chronic fatigue, central pain, and visible changes in facial anatomy, all of which have a negative emotional and physical impact on the patient's quality of life (16,34,37).

Some authors propose minimizing these sequelae through early intervention, using stress resilience techniques (34,36), or through a multidisciplinary approach using early rehabilitation techniques (23,32). We must remember that the patient always asks the doctor for a change or improvement, or even restoration to a previous state (10).

That is why the need to act must be linked to the principle of proportionality, without forgetting that the *body part* that the patient makes available to the surgeon is not an element that can be separated from the *whole person*, which includes the dignity of the sick person (37,38).

More than two centuries ago, Kant, I (1724-1804), stated that human beings are characterized by dignity and not price (40). Dignity is probably the essential concept on which bioethics and all human life are based (12,39-41). The dignity of the person gives them the capacity to plan their life's actions and the responsibility for them, since those who have this condition are an end in themselves. These premises have always been valid and must guide the clinical relationship between the professional and the patient (39,40).

When referring to the dignity of the patient, we tend to think of autonomous individuals capable of deciding or discerning for them-

selves (41). However, the reality of the situations described in this review is quite different, as advanced oral cancer is a reality marked by the progressive physical and psychological deterioration of the person, which isolates them and makes them vulnerable, expressing itself in situations contrary to the dignity that had been considered (39-42).

In this sense, the authors propose some ethical reflections such as: there are no single solutions, only alternatives; all clinical cases involve some challenging aspect; and in the event of any conflict, there may be a clash of values, so that responses must be based on well-justified reasoning (10-12,41).

One of the recurring hopes of the Tumor Committees is to highlight the role of new adjuvant therapies, which can improve prognosis with lower morbidity. These data are limited to very specific studies and refer mainly to the use of immunotherapy (3,16, 25,27).

From a bioethical perspective, the positive impact of research on advancing knowledge for patients is understood, but the potential conflict with industry, which prioritizes only certain lines of research, leaving aside *orphan tumors*, is also recognized (42-44).

3.2. *Therapeutic obstinacy and surgical ethics*

According to the articles included in the review, different types of therapeutic obstinacy are described: purely surgical, diagnostic, and even promoted by the surgeon, the patient, or their family, who insist on performing invasive procedures despite their known futility (15,17,20,21,26).

It has been observed that, given the increasing complexity of clinical cases, there are underlying situations that are conducive to therapeutic obstinacy, futility, or relentless pursuit of futile treatment, which can also be expressed in the form of decisions or actions endorsed by the medical team, making these situations more difficult to identify (35,37,45,46).

These events are often related to moments of great demand in a short period of time, in which the lack of solid confidence and clarity on the part of the surgeon or medical team in reasoned deliberation becomes evident, as well as poor ethical training, which can make it difficult to preserve the patient's dignity in the face of any approach (41,43).

Underlying these forms of obstinacy is the idea of a difficult and distressing death, which is sought to be delayed by all possible means, even if there is no hope of cure (47). Situations are described in which the surgeon is determined to use all means at his disposal to save the dying patient and does not recognize that the end of his life cycle has come (41-43). The reasons can be varied, ranging from passion or selfish pride, an excessive interest in training or research activities, or even encouraged by the patient themselves, who persists in demanding surgical treatment because they do not understand the futility of the procedures (41, 46-48).

Little JM. (48,49) describes in his work that the surgical performance required of the surgeon cannot be a single objective but must be encompassed within a *surgical ethic* based on judgment or practical wisdom. The author develops this idea based on the principles of beneficence, non-maleficence, technical and therapeutic proportionality, and responsibility (12,38,48,49), and affirms that the decisions made must show a reasonable relationship between the means available and the foreseeable end, and that they must be applicable to all cases (48-50).

In this regard, the authors recall some reflections that should be present in the actions of health professionals, since there are no right or wrong answers, but rather better or worse solutions, which should always be based on well-justified reasoning (41,46,50).

It is up to the surgeon to make the most appropriate decision on whether to continue treatment, which may also be subject to criticism: if treatment is suspended, the surgeon may be accused of neglect, and if it is continued without reason, of therapeutic obstinacy (7,37,39,46). This dilemma must be resolved through deliberation,

shared decision-making, and trust in the doctor-patient relationship, i.e., in the fact that the person will not be abandoned but will begin a new treatment—palliative care—focused on caring for all of the person's needs (44,45,46,51). The surgeon's ethical commitment is an integral part of disease management from onset to end (7).

3.3. *Limitations of life support techniques and care from the surgeon's perspective*

Medicine has achieved very high levels of benefit, but there is an objective risk of forgetting that the patient is first and foremost a human being, not a body in need of repair. When surgical technique seeks only performance and benefit, without establishing a connection with the person, the human dimension disappears (42,43).

This review is ongoing, once the decision has been made to suspend the application of any measure considered extraordinary or disproportionate in a patient with a poor prognosis (9,16,31,33,35). Currently, the term “*limitation of life-sustaining techniques*” is used instead of “*limitation of therapeutic effort*,” as it has been described that this limitation of effort should not be understood literally, as it could imply abandonment of the patient (51-53). Rather than limiting therapeutic effort, it should be transformed into an effort to maintain life with the least suffering, without abandoning the patient and without applying extraordinary procedures that provide little or no benefit (53).

This decision poses a challenge for many professionals, given the multiple scenarios that arise as the disease progresses (47). According to the principles of effectiveness and efficiency of each medical action, when there is no adequate indication for an intervention, other procedures or treatments should be performed whose expectation is not cure or prolongation of life, but rather the provision of quality of life without prolonging or shortening survival (50,51,54). These interventions address all aspects of the person: physical, psychological, social, and spiritual (50,52).

Numerous authors demonstrate that an early and systematic model of integration of care in multidisciplinary oncology significantly improves the quality of life of patients with advanced cancer at the end of their lives (23,28,31-33,55-57).

Following this idea, comprehensive end-of-life care promotes the autonomy and dignity of the person (10,11) and should be adopted early, as preventive measures for possible complications that may occur in the course of the disease are the only proven way to provide quality of life to patients (31,33,56,57). In fact, it is possible to improve symptoms such as fatigue, depression, insomnia, breakthrough cancer pain, and even local symptoms such as xerostomia (25,50-52).

The idea of *care* is the ethical virtue essential for moral life, that is, care and neglect of human beings throughout history are not presented as a neutral value, but as a positive one, since the aspiration to a better life, to a dignified life, is indispensable to a personal structure full of virtues (47,51). This *care* enables human beings to undergo an inner transformation that allows them to bear fruit, which will be: care for oneself, care for others, and even care for the world (51).

López-Azpitarte E. (47) mentions the progressive dehumanization of modern medicine. The author considers this point to be an endemic evil of our time, in which today's civilization is designed to kill pain, eliminate disease, and fight against death, but at the cost of sacrificing the human content of existence itself. If death has not been conquered, it has at least been expropriated, since modern man has lost the right to preside over his own act of dying (47).

A medical community that accepts death as part of life and understands the relevance of interventions that do not seek to cure but to provide quality and convenience will probably achieve better acceptance of disease in its advanced stages and, in the same way, spare the patient and family the suffering inherent in prolonging life when there is no reasonable chance of cure or recovery (8,41,47,51).

In the surgical setting, it is common for the initial clinical relationship established with the patient to tend to be very technical

(6-8), although in the course of the disease, a relationship of trust and dialogue based on the deliberative model described by Emanuel E. (58) develops. This model, combined with the principle of autonomy, facilitates the patient's needs and requirements in an understandable and appropriate manner to help them make autonomous decisions, with the caveat that in complex dilemmas these decisions must be shared (10,12,58). Shared decision-making adds substantial value to the principles of autonomy and beneficence and strengthens the relationship of trust between the physician and the patient (12,58).

3.4. *Maxillofacial surgery and bioethics*

Bioethics is a discipline intrinsically linked to the individual, and even more so among healthcare professionals. It must be recognized that if professional activity is far removed from ethical and moral principles, it has an impact on the deepest sphere of the individual. For this reason, it is said that conflicts and dilemmas in professional activity are experienced with emotional stress and spiritual suffering (59,60).

The authors point out the importance of including specific and targeted training in ethics among the skills of all healthcare professionals (48,54,58). They emphasize the need for professionals to have the necessary tools to deal with conflicts and improve patient care in complex situations (58).

In this work, the most important ethical issue for maxillofacial surgeons may be recognizing that, throughout the course of the disease, the person is endowed with reason, moral judgment, and conscience, and is therefore capable of recognizing what is right and good. This maxim also applies to surgeons, who must understand the importance of scientific progress, the risk of falling into therapeutic obstinacy, understand their responsible role in caring for the person, and limit futile procedures.

4. Conclusions

Each of the conflicts raised requires an appropriate response based on the principles of bioethics. To this end, surgeons must adopt the necessary skills to understand and remember their responsibility throughout the entire process of the disease.

The basis of each dilemma reminds us that surgery is an ethical and moral practice that recognizes the fragility of human beings and that, like all life sciences, it cannot be deprived of the values intrinsic to human beings but, on the contrary, must protect and guarantee them.

Finally, it is necessary to emphasize the importance of the principles and foundations that define bioethics, so that they are useful for creating debate and discussion in the field of oral and maxillofacial surgery today.

5. Funding

No funding was received from any source for this study.

6. Conflict of interest

None to declare.

References

1. Mateo-Sidón Antón M, Somacarrera Pérez M. Cáncer oral: genética, prevención, diagnóstico y tratamiento. revisión de la literatura. *Av Odontoestomatol*. 2015; 31(4): 247-259. <https://dx.doi.org/10.4321/S0213-12852015000400002>
2. Tirelli G, Gatto A, Boscolo Nata F, Bussani R, Piccinato A, Marcuzzo A, Tofanelli M. Prognosis of oral cancer: a comparison of the staging systems given in the 7th and 8th editions of the American Joint Committee on Cancer Staging Manual. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2018; 56(1):8-13. <https://doi.org/10.1016/j.bjoms.2017.11.009>

3. Gangopadhyay A, Bhatt S, Nandy K, Rai S, Rathod P, Puj KS. Survival Impact of Surgical Resection in Locally Advanced T4b Oral Squamous Cell Carcinoma. *Laryngoscope*. 2021; 131(7): E2266-E2274. <https://doi.org/10.1002/lary.29394>
4. Lacas B, Bourhis J, Overgaard J, Zhang Q, Grégoire V, Nankivell. Role of radiotherapy fractionation in head and neck cancers (MARCH): an updated meta-analysis. *Lancet Oncol*. 2017; 18(9):1221-1237. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(17\)30458-8](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(17)30458-8)
5. Gallegos-Hernández J, Abrego-Vázquez J. Tratamiento del cáncer avanzado de cabeza y cuello. ¿Neoadyuvancia, concomitancia o cirugía? *Cirugía y cirujanos*. 2021; 89(1), 1-3. <https://doi.org/10.24875/ciru.19001705>
6. Schwartz P, Sachs G. Rethinking Decision Quality: Measures, Meaning, and Bioethics. *Hastings Cent Rep*. 2022; 52(6):13-22. <https://doi.org/10.1002/hast.1443>
7. Conley J. Ethics in head and neck surgery. *Arch Otolaryngol*. 1981; 107(11):655-7. <https://doi.org/10.1001/archotol.1981.00790470003002>
8. Hermerén G. The principle of proportionality revisited: interpretations and applications. *Med Health Care Philos*. 2012; 15(4):373-82. <https://doi.org/10.1007/s11019-011-9360-x>
9. Gómez-Sancho M, Altisent R, Bátis J, Ciprés L, Corral P, González-Fernández J. Atención médica al final de la vida: Conceptos. *Rev. Soc. Esp. Dolor*. 2010; 17(3): 177-179. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113480462010000300007&lng=es
10. Ramos Pozón, S. Bioética: una reflexión necesaria para las decisiones que más importan, Plataforma Editorial, Barcelona; 2018.
11. Altisent R. Temas de ética clínica para estudiantes de medicina, Digital Reasons, Madrid; 2025.
12. Beauchamp T, Childress J. Principios de ética biomédica, Masson, Barcelona; 1989.
13. Page M, McKenzie J, Bossuyt P, Boutron I, Hoffmann T, Mulrow C. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021; 29;372: n71.
14. Page M, Moher D, Bossuyt P, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow C. PRISMA 2020 explanation and elaboration: updated guidance and exemplars for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021; 29;372: n160.
15. Almadori G, Rigante M, Bussu F, Parrilla C, Gallus R, Barone Adesi L. Impact of microvascular free flap reconstruction in oral cavity cancer: our experience in 130 cases. *Acta Otorhinolaryngol*. 2015; 35(6):386-93. <https://doi.org/10.14639/0392-100X-919>
16. Barata P, Cardoso A, Custodio M, Alves M, Papoila A, António B, Lawlor PG. Symptom clusters and survival in Portuguese patients with advanced cancer. *Cancer Med*. 2016; 5(10):2731-2739. <https://doi.org/10.1002/cam4.860>
17. Belloni E, Tentoni S, Cella A, Cassinelli D, Bertè R, Scagnelli P. Radiological examinations on end-stage oncologic patients before hospice admission. *Radiol Med*. 2017; 122(10):793-797. <https://doi.org/10.1007/s11547-017-0776-0>

18. Boceta J, Boceta J, De la Torre A, Samper D, Farto M, Sánchez-de la Rosa R. Consensus and controversies in the definition, assessment, treatment and monitoring of BTcP: results of a Delphi study. *Clin Transl Oncol*. 2016; 18(11):1088-1097. <https://doi.org/10.1007/s12094-016-1490-4>
19. Bossi P, Di Pede P, Guglielmo M, Granata R, Alfieri S, Iacovelli NA. Prevalence of Fatigue in Head and Neck Cancer Survivors. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 2019; 128(5):413-419. <https://doi.org/10.1177/0003489419826138>
20. Carta F, Quartu D, Mariani C, Tatti M, Marrosu V, Gioia E, Gerosa C, Zanda JSA, Chuchueva N, Figus A, Puxeddu R. Compartmental Surgery With Microvascular Free Flap Reconstruction in Patients With T1-T4 Squamous Cell Carcinoma of the Tongue: Analysis of Risk Factors, and Prognostic Value of the 8th Edition AJCC TNM Staging System. *Front Oncol*. 2020; 14; 10:984. <https://doi.org/10.3389/fonc.2020.00984>
21. Chen Y, Yen J, Chen W, Chen I, Lai C, Lu C, Song D. Preoperative Computed Tomography Angiography for Evaluation of Feasibility of Free Flaps in Difficult Reconstruction of Head and Neck. *Ann Plast Surg*. 2016; 76 Suppl 1: S19-24. 10.1097/SAP.0000000000000690. <https://doi.org/10.1097/SAP.0000000000000690>
22. Hasegawa T, Yatagai N, Furukawa T, Wakui E, Saito I, Takeda D. The prospective evaluation and risk factors of dysphagia after surgery in patients with oral cancer. *J Otolaryngol Head Neck Surg*. 2021; 25;50(1):4. <https://doi.org/10.1186/s40463-020-00479-6>
23. Hsiang C, Chen A, Chen C, Chen M. Early Postoperative Oral Exercise Improves Swallowing Function Among Patients with Oral Cavity Cancer: A Randomized Controlled Trial. *Ear Nose Throat J*. 2019; 98(6): E73-E80. <https://doi.org/10.1177/0145561319839822>
24. Kannan B, Jayaseelan VP, Arumugam P. Immunotherapy for oral cancer treatment through targeting of IDO1 and its pathway. *J Stomatol Oral Maxillofac Surg*. 2023; 124(1S):101375. <https://doi.org/10.1016/j.jormas.2022.101375>
25. Machiels JP, Tao Y, Licitra L, Burtneess B, Tahara M, Rischin D. KEYNOTE-412 Investigators. Pembrolizumab plus concurrent chemoradiotherapy versus placebo plus concurrent chemoradiotherapy in patients with locally advanced squamous cell carcinoma of the head and neck (KEYNOTE-412): a randomized, double-blind, phase 3 trial. *Lancet Oncol*. 2024; 25(5):572-587. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(24\)00100-1](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(24)00100-1)
26. Nakayama Y, Yamakawa N, Ueyama Y, Yagyu T, Ueda N, Nakagawa Y. Examination of Suprahyoid Muscle Resection and Other Factors Affecting Swallowing Function in Patients With Advanced Oral Cancer After Surgical Resection and Reconstruction. *J Craniofac Surg*. 2022; 33(8):e840-e844. <https://doi.org/10.1097/SCS.00000000000008770>
27. Nocon C, Ajmani G, Bhayani M. Association of Facility Volume With Positive Margin Rate in the Surgical Treatment of Head and Neck Cancer. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg*. 2018; 144(12):1090-1097. <https://doi.org/10.1001/jamaoto.2018.2421>

28. Nuchit S, Lam-Ubol A, Paemuang W, Talungchit S, Chokchaitam O, Mungkung O, Pongcharoen T, Trachootham D. Alleviation of dry mouth by saliva substitutes improved swallowing ability and clinical nutritional status of post-radiotherapy head and neck cancer patients: a randomized controlled trial. *Support Care Cancer*. 2020; 28(6):2817-2828. <https://doi.org/10.1007/s00520-019-05132-1>
29. Okano W, Hayashi R, Matsuura K, Shinozaki T, Tomioka T. Extent of salvage neck dissection following chemoradiation for locally advanced head and neck cancer. *Head Neck*. 2021; 43(2):413-418. <https://doi.org/10.1002/hed.26494>
30. Patil V, Noronha V, Menon N, Rai R, Bhattacharjee A, Singh A. Low-Dose Immunotherapy in Head and Neck Cancer: A Randomized Study. *J Clin Oncol*. 2023; 41(2):222-232. <https://doi.org/10.1200/JCO.22.01015>
31. Pedrini Cruz R. Death with dignity: Are we providing adequate palliative care to cancer patients? *Eur J Cancer Care*. 2022; 31(6): e13512. <https://doi.org/10.1111/ecc.13512>
32. Pyszora A, Budzyński J, Wójcik A, Prokop A, Krajnik M. Physiotherapy program reduces fatigue in patients with advanced cancer receiving palliative care: randomized controlled trial. *Support Care Cancer*. 2017; 25(9):2899-2908. <https://doi.org/10.1007/s00520-017-3742-4>
33. Roberts MK, Fisher DM, Parker LE, Darnell D, Sugarman J, Carrithers J, et al. Ethical and Regulatory Concerns in Pragmatic Clinical Trial Monitoring and Oversight. *Ethics Hum Res*. 2020; 42(5):29-37. <https://doi.org/10.1002/eahr.500066>
34. Rosenberg A, Bradford M, McCauley E, Curtis J, Wolfe J, Baker K, Yi-Frazier JP. Promoting resilience in adolescents and young adults with cancer: Results from the PRISM randomized controlled trial. *Cancer*. 2018; 124(19):3909-3917. <https://doi.org/10.1002/cncr.31666>
35. Warnakulasuriya S, Kerr AR. Oral Cancer Screening: Past, Present, and Future. *J Dent Res*. 2021; 100(12):1313-1320. <https://doi.org/10.1177/00220345211014795>
36. Wang L, Dong Q, Ye M, Du J, Zhou R, Cai X. Effect of Different Repair and Reconstruction Methods Combined with Psychological Intervention on Quality of Life and Negative Emotion in Patients with Oral Cancer. *Comput Math Methods Med*. 2022; 2022:7359584. <https://doi.org/10.1155/2022/7359584>
37. Varkey B. Principles of Clinical Ethics and Their Application to Practice. *Med Princ Pract*. 2021; 30(1):17-28. <https://doi.org/10.1159/000509119>
38. Jonas, H. El principio de responsabilidad: ensayo de una ética para la civilización tecnológica. *Círculo de Lectores*, Madrid; 1994.
39. Pérez-Soba Díez del Corral J. Bioethics of principles. *Cuad Bioet*. 2008; 19(65):43-55.
40. Byers P. Dependence and a Kantian conception of dignity as a value. *Theor Med Bioeth*. 2016; 37(1):61-9. <https://doi.org/10.1007/s11017-016-9351-2>
41. Gracia D. Morir con dignidad: Dilemas éticos en el final de la vida. *Doce Calles Fundación de Ciencias de la Salud*, Madrid; 1995.
42. Tonelli M, Sullivan M. Person-centered shared decision making. *J Eval Clin Pract*. 2019; 25(6):1057-1062. <https://doi.org/10.1111/jep.13260>

43. Ubbink D, Hageman M, Legemate D. Shared Decision-Making in Surgery. *Surg Technol Int*. 2015; 26:31-6.
44. Shin J. Conflicts of Interest in Research and Clinical Practice. *J Korean Soc Radiol*. 2022; 83(4):771-775. <https://doi.org/10.3348/jksr.2022.0050>
45. Denholm L, Lal A, Henderson M, McConnell P. Bioethics: canceling patient operations. *Curr Opin Anaesthesiol*. 2020; 33(2):211-217. <https://doi.org/10.1097/ACO.0000000000000828>
46. Prescher H, Gudex LM, Mauch JT, Vercler CJ. Avoiding Patient Abandonment: A Pathway to Ethical Resolution in Situations of Untenable Patient-Surgeon Relationships. *Plast Reconstr Surg*. 2025; 155(2):391-396. <https://doi.org/10.1097/PRS.00000000000011735>
47. López E. Ética y vida: desafíos actuales. San Pablo, Madrid; 1990.
48. Little J. Ethics in surgical practice. *Br J Surg*. 2001; 88(6):769-70. <https://doi.org/10.1046/j.0007-1323.2001.01791.x>
49. Little J. Guest commentary: is there a distinctively surgical ethics? *Surgery*. 2001; 129(6):668-71. <https://doi.org/10.1067/msy.2001.111213>
50. Pellegrini C. Presidential address: The surgeon of the future: anchoring innovation and science with moral values. *Bull Am Coll Surg*. 2013; 98(12):8-14.
51. López M. El cuidado un imperativo para la bioética. Servicio de Publicaciones Universidad Pontificia de Comillas, Madrid; 2011.
52. Baena C. Limitation of therapeutic effort: When less is more. *Colomb Med (Cali)*. 2015; 46(1):1-2.
53. García R, Real de Asúa D, García L, Herreros B. Do internists know what limitation of therapeutic effort means? *Rev Clin Esp*. 2021; 221(5):274-278. <https://doi.org/10.1016/j.rce.2020.01.005>
54. Ferreres A. Ethics and Surgery in the 21(st) century. *Cir Esp*. 2015; 93(6):357-8. <https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2014.12.002>
55. Meert AP, Berghmans T, Hardy M, Markiewicz E, Sculier JP. Non-invasive ventilation for cancer patients with life-support techniques limitation. *Support Care Cancer*. 2006; 14(2):167-71. <https://doi.org/10.1007/s00520-005-0845-0>
56. Bosman J, Bood Z, Scherer-Rath M. The effects of art therapy on anxiety, depression, and quality of life in adults with cancer: a systematic literature review. *Supportive Care in Cancer*. 2021 ;29(5):2289-2298.
57. Vanbutsele G, Pardon K, Van Belle S, Surmont V, De Laat M, Colman R. Effect of early and systematic integration of palliative care in patients with advanced cancer: a randomized controlled trial. *Lancet Oncol*. 2018; 19(3):394-404. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(18\)30060-3](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(18)30060-3)
58. Emanuel E, Emanuel LL. Cuatro modelos de la relación médico paciente. Triacastela, Madrid; 1999.
59. Sanz Á, Del Valle M, Flores L. Bioethical issues of the Covid-19 pandemic in Spain. A systematic review. *Cuad Bioet*. 2024; 35(114):125-141. <https://doi.org/10.30444/CB.169>
60. García J. Personalist bioethics and principlalist bioethics. Perspectives. *Cuad Bioet*. 2013; 24(80):67-76.

Aplicación del enfoque de acción sin daño en el consentimiento informado de mujeres con discapacidad intelectual en Colombia

Application of the do no-harm approach to informed consent among women with intellectual disabilities in Colombia

Inés Yohanna Pinzón Marín*

Consultorio Jurídico UT, Tolima, Colombia

<https://doi.org/10.36105/mye.2025v36n4.05>

Resumen

El presente artículo analiza la pertinencia del Enfoque de la Acción Sin Daño (EASD) en la obtención del consentimiento informado (CI) en decisiones reproductivas de mujeres con discapacidad intelectual (DI), quienes además enfrentan múltiples formas de vulnerabilidad. Desde

* Profesora en Ciencias Humanas y Artes de la Universidad del Tolima. Directora del Centro de Conciliación y Consultorio Jurídico UT. Correo electrónico: ypinzon@ut.edu.co <https://orcid.org/0009-0003-9772-8419>

Recepción: 19/11/2024 Aceptación: 30/07/2025

CÓMO CITAR: Pinzón Marín, I. Y. (2025). Aplicación del enfoque de acción sin daño en el consentimiento informado de mujeres con discapacidad intelectual en Colombia. *Medicina y ética*, vol. 36, núm. 4. DOI: <https://doi.org/10.36105/mye.2025v36n4.05>



Esta obra está protegida bajo una Licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 4.0 Internacional.

una perspectiva bioética, se plantea la necesidad de garantizar el respeto a la autonomía y dignidad de estas mujeres, evitando prácticas paternalistas o intervenciones que, aunque bien intencionadas, puedan generar efectos adversos. La propuesta metodológica es cualitativa y se estructura a partir de las categorías: EASD, CI, decisiones reproductivas, DI y vulnerabilidad. A través de un rastreo documental y jurisprudencial, se busca identificar los modelos utilizados en la práctica para la obtención del consentimiento, advirtiendo la necesidad de realizar ajustes razonables. El EASD permite repensar las intervenciones para que sean sensibles al contexto y promuevan decisiones verdaderamente informadas, sin imponer cargas indebidas ni sustituir la voluntad de las mujeres involucradas.

Palabras clave: acción sin daño, consentimiento informado, decisiones reproductivas, mujeres con discapacidad mental.

1. Introducción

La toma de una decisión reproductiva resulta de gran importancia en la vida de las personas, bien porque opten ser padres o madres, o por no serlo; sin embargo, estas decisiones se tornan más complejas cuando se trata de mujeres con discapacidad intelectual. Las dudas que surgen oscilan entre la autonomía para la toma de la decisión y el acompañamiento para la obtención del CI de una actuación médica en el ámbito reproductivo, sea esta el uso de anticonceptivos, la interrupción voluntaria del embarazo o la esterilización.

Suponiendo que una mujer adulta mayor, cuidadora, habitante de sector rural en zona de ex conflicto armado, acude al sistema de administración de justicia, manifestando actuar en nombre y representación de su nieta, mujer mayor de edad, en situación de discapacidad intelectual, contra una entidad prestadora de servicios de salud, por la denegación del servicio de ligadura de trompas o también conocido como método Pomeroy. La dificultad entorno a la prestación del servicio de salud solicitado, radica en la no claridad sobre el modo de obtención del CI de la paciente mayor de edad con

discapacidad intelectual. Quién, cómo, dónde, cuándo, porqué y de qué manera debe tomar una decisión reproductiva en un caso como este, es de gran complejidad.

La toma de decisiones difíciles generalmente se realiza en un ejercicio individual, en que se revisan los intereses y valores propios, sin embargo, la toma de una decisión difícil en personas que no pueden representar sus propios intereses y las consecuencias que se derivan a futuro de sus acciones, hace que deba revisarse el papel del apoyo, ayuda, medida o intervención. Cualquiera que sea su origen, estas acciones se insertan inevitablemente en un contexto de vulnerabilidad.

Si bien, los términos discapacidad, mujer y pobreza no son sinónimo de víctima, es también pertinente indicar que, asociados como condiciones a una misma persona, hace que esta, sea una potencial víctima de abusos en todo orden. Las condiciones de vulnerabilidad no solo coexisten, sino que interactúan entre sí, produciendo contextos únicos e individualizados. En otras palabras, no se trata solo de sumar factores de vulnerabilidad, sino de reconocer que cuando se presentan simultáneamente en una misma persona, la situación de riesgo no es simplemente mayor, sino cualitativamente distinta, y requiere un análisis más complejo y sensible.

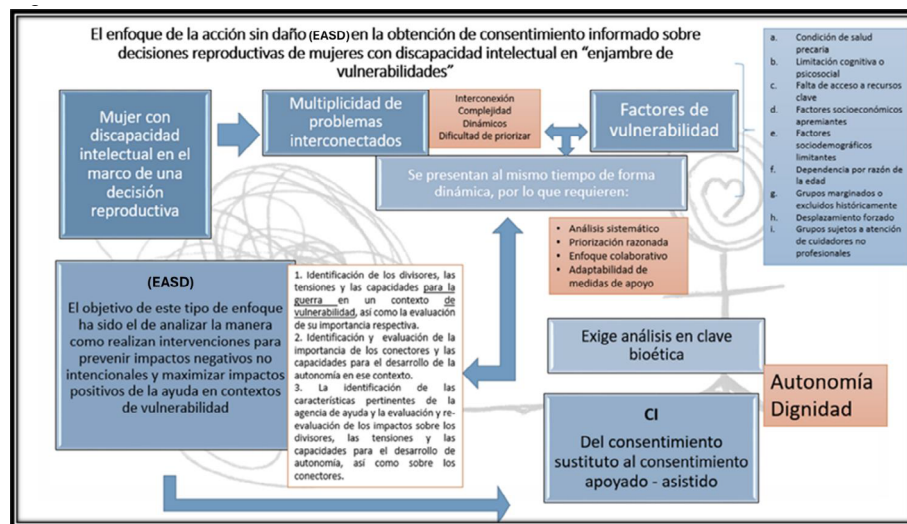
Una mujer con DI en condición de pobreza no es *per se* una víctima, pero si una potencial víctima por sobre exposición de factores de vulnerabilidad que al cruzarse se combinan, generando formas de discriminación y desventaja específicas y acumulativas. De suerte que, cuando en una mujer se suman varias condiciones, ella se encuentra sujeta a que en las acciones que busquen mitigar el daño o garantizar sus derechos, pueda quedar también sujeta a que se exacerbe su vulnerabilidad.

Algunos modelos de deliberación bioética permiten la revisión de dilemas éticos complejos como el que se presenta, entre los más destacados: el modelo principialista (1), modelo deliberativo (2), modelo hermenéutico (3), modelo narrativo (4,5), modelo casuístico (6), modelo ético de la responsabilidad (7), Modelo ético de las

virtudes (8), solo por reseñar algunos. No obstante, estos modelos no dan cuenta del poder del contexto, ni la naturaleza multifactorial de la vulnerabilidad, ni cómo, en ciertos casos, el apoyo o acompañamiento en la toma de decisiones puede intensificar otras formas de vulnerabilidad distintas a la que se pretendía atender. Por esta razón, el EASD, desarrollado en el ámbito de la ayuda humanitaria, como se observa en la Figura 1, puede ofrecer herramientas metodológicas útiles para analizar y comprender las intervenciones de apoyo en este tipo de escenarios.

El objetivo de este artículo es entonces, el de analizar cómo la aplicación del EASD contribuye a la obtención del CI sobre decisiones reproductivas en mujeres con discapacidad intelectual, que se encuentran en contexto de vulnerabilidad, garantizando el respeto a su autonomía, y dignidad.

Figura 1. El EASD



Fuente: elaboración propia.

2. El EASD en el marco de una decisión reproductiva de mujeres con discapacidad intelectual

La EASD es un concepto ampliamente difundido en el mundo, a partir de las experiencias obtenidas por los trabajadores humanitarios para abordar los contextos del conflicto, sin empeorarlo. El objetivo de este tipo de enfoque ha sido el de analizar la manera como realizan intervenciones la Organización de las Naciones Unidas, las ONG, cooperantes, mediadores y políticos, para prevenir impactos negativos no intencionales y maximizar impactos positivos de la ayuda humanitaria (9).

En otras palabras, este enfoque permite revisar como diseñar e implementar intervenciones humanitarias que promuevan la paz y la reconciliación en contextos de conflicto, fortaleciendo la capacidad de las comunidades locales para construir sistemas alternativos de resolución de conflictos y reducir su dependencia de la violencia. Esto en consideración a que la manera como interactúa la asistencia en situaciones de conflicto puede llevar a la exacerbación o la mitigación de este, por lo que es importante identificar el escenario para tener un mejor control de los impactos (10).

De suerte que, el EASD emergió en el contexto de la acción humanitaria, inspirado en el principio ético *primum non nocere*, basado en el juramento hipocrático y que daría origen al principio de no maleficencia (11).

Sin embargo, este principio bajo el EASD se erigió bajo dos preceptos:

- a. Que el “no hacer daño” se centra por igual en el daño y el beneficio, es decir, que no se centra solo en los posibles daños o efectos negativos que proporciona una intervención humanitaria, sino que igualmente debe considerar el bien en su conjunto.
- b. Que no se puede usar el “no hacer daño” para justificar que no se actuará. Bajo la premisa de que no se debe causar la mínima posibilidad de daño o incomodidad, entonces se opta por mejor no hacer nada.

De otro lado, Wallace (12) desarrolla a partir de los estudios de Anderson, seis lecciones de no hacer daño, en el marco de una intervención en el contexto de ayuda humanitaria: i). Siempre que una intervención de cualquier tipo entra en un contexto, se convierte en parte del contexto, ii). Todos los contextos se caracterizan por divisores y conectores. iii). Todas las intervenciones interactúan con ambos, ya sea empeorándolos o mejorándolos. iv). Las acciones y los comportamientos tienen consecuencias, que crean impactos. v). Los detalles de las intervenciones importan. vi). Siempre hay opciones.

En este orden, el principio de no hacer daño en el marco del EASD no se agota en solo abstenerse de dañar, sino que implica sobre todo el imperativo de hacer activamente el bien, además de prevenir el mal (13).

Pese a que este enfoque emergió en el contexto de la ayuda humanitaria, este resulta aplicable a otras áreas de intervención en contextos que no necesariamente se caractericen por la violencia (14), la metodología que se emplea a partir del EASD puede convertirse igualmente en una valiosa herramienta para la comprensión de contextos de vulnerabilidad. En la Tabla 1 se muestra la metodología del EASD que comprende al menos las siguientes etapas:

Tabla 1. Análisis de contexto (diferente a análisis de conflictos; que divide a las personas y como se conectan sus intereses y objetivos)

Wallace	Anderson
Fase 1. Comprender el contexto y el escenario del conflicto	<i>Etapla 1. comprende la identificación de los divisores, las tensiones y las capacidades para la guerra en un contexto de conflicto, así como la evaluación de su importancia respectiva</i>

Fase 2: Analizar los factores de división y las fuentes de tensión	Divisores “Cosas que se quieren detener” Estos divisores pueden ser de naturaleza étnica, religiosa, política, económica o social, y a menudo son explotados por actores violentos para profundizar las divisiones y perpetuar el conflicto Los divisores debilitan las capacidades locales para la paz <i>La etapa 2 comprende la identificación y la evaluación de la importancia de los conectores y las capacidades para la paz en ese contexto</i>
Fase 3: Analizar los factores de cohesión o conectores y las capacidades locales para la paz	Conectores y capacidades locales para la paz “Cosas que se quieren apoyar” Frente a los divisores, se propone fortalecer las “capacidades locales para la paz”. Esto implica desarrollar las habilidades, recursos y estructuras necesarias dentro de las comunidades para que puedan gestionar sus propios conflictos de manera pacífica y sostenible. En otras palabras, se trata de empoderar a las comunidades para que sean los principales actores en la construcción de su propia paz
Fase 4: Analizar los elementos del proyecto	<i>La etapa 3. la identificación de las características pertinentes de la agencia de ayuda y su programa, y la evaluación y reevaluación de los impactos sobre los divisores, las tensiones y las capacidades para la guerra, así como sobre los conectores y las capacidades para la paz</i>
Fase 5: Analizar los efectos y el impacto del proyecto sobre el escenario de conflicto	
Fase 6: Identificar opciones y/o alternativas para el proyecto	
Fase 7: Comprobar las opciones y rediseñar el proyecto	

Fuente: realizado a partir de (CDA, 2016; Wallace, 2016; Anderson, 1999).

Ahora bien, el EASD resulta especialmente útil para el análisis de la toma de decisiones en contextos marcados por el conflicto. Se entiende por conflicto, aquel escenario en el que dos o más personas o grupos mantienen intereses opuestos que generan disputas, desacuerdos y situaciones de confrontación constante. En estos casos, las medidas de ayuda o de restablecimiento suelen requerir la intervención de terceros, que actúan como mediadores o facilitadores en la búsqueda de soluciones.

Sin embargo, no todos los escenarios problemáticos en los que se requiere toma de decisiones corresponden a contextos de conflicto. Algunos deben entenderse como contextos dilemáticos, los cuales presentan una lógica distinta. Un dilema se define como una situación en la que se enfrentan dos posibles soluciones, ambas aceptables, pero ninguna plenamente satisfactoria (15).

A diferencia del conflicto, el dilema se centra en una única persona que debe decidir entre dos o más opciones disponibles, cada una con consecuencias tanto positivas como negativas. Estas opciones reflejan un valor cuya solución no resulta satisfactoria para todos los derechos involucrados de esa misma persona; de este modo, los derechos entran en tensión, y una resolución inevitablemente deja algún aspecto sin una respuesta completamente justa o adecuada.

Las dificultades en la toma de decisiones dilemáticas se agudizan cuando se presentan en el límite con los conflictos; por ejemplo, cuando una persona no puede expresar un dilema moral por sí misma y, además, enfrenta intereses contrapuestos. Lo que sucede en casos como, los de toma de decisiones de mujeres con DI y en situaciones de vulnerabilidad.

En estos casos, es necesario que otros intervengan para brindarle apoyo o asistencia, lo que guarda correspondencia con una de las reglas para tratar a las personas de manera autónoma: “cuando te lo pidan, ayuda a otros a tomar decisiones importantes” (16). Esto es así, porque el contexto en el que se desenvuelven marca la diferencia, debido el estatus socio relacional multifactorial de vulnerabilidad, que resulta igualmente relevante para la evaluación de su autoridad normativa (17), como se observa en la Tabla 2.

De igual manera, estos son casos en los que no se debe atender solo la consideración específica de una vulnerabilidad, sino de múltiples vulnerabilidades que se encuentran en una misma persona y sobre los cuales, esta rara vez podría ejercer algún control, porque provienen de dinámicas externas.

Tabla 2. Análisis de contexto en el EASD

1. Comprender el contexto	Enjambre de vulnerabilidades	No se pueden abordar de modo aislado cuando están en una misma persona, ya que una decisión puede generar efectos colaterales o estar conectados
	Factores de vulnerabilidad: a. Condiciones de salud precaria b. Limitación cognitiva o psicosocial c. Falta de acceso a recursos clave d. Factores socioeconómicos apremiantes e. Factores socio demográficos limitantes f. Dependencia por razón de la edad g. Grupos marginados o excluidos históricamente h. Desplazamiento forzado i. Sujetos a atención de cuidadores no capacitados en el cuidado	Características: • Interconexión • Complejidad • Dinámica • Dificultad de priorización • Están presentes de modo simultaneo Requiere que se realice: - Análisis sistemático: ¿cómo se conectan los factores de vulnerabilidad? ¿cuáles son sus causas, orígenes, consecuencias, relaciones y efectos? - Priorización racional: en el marco de la prudencia, ¿cuál factor de vulnerabilidad al resolverse facilita el tratamiento de otros factores? - Enfoque colaborativo: ¿Cómo se articula la familia, el Estado, la Sociedad, las entidades y profesionales para atender personas en enjambre de vulnerabilidades?

2. Comprensión de la identificación y la evaluación de la importancia de los conectores y las capacidades	Divisores	Ayuda, Apoyo, Medida De Restablecimiento o Intervención	Conectores
	Cosas que se quieren detener	Toma de una decisión reproductiva	Cosas que se quieren apoyar
	Sistemas e instituciones	Integración de información cognitiva, emocional y motivacional El conocimiento solo no es suficiente	Sistemas e instituciones
	Actitudes y acciones	¿Por qué? ¿Dónde? ¿Qué? ¿Cuándo? ¿Cómo?	Actitudes y acciones
	Valores e intereses		Valores e intereses
	Experiencias		Experiencias
	Símbolos		Símbolos
		Toda ayuda debe reducir tensiones y fortalecer capacidades (competencia para la autonomía)	

3. la identificación de las características pertinentes de la agencia de ayuda y su programa, y la evaluación y reevaluación de los impactos sobre los divisores, las tensiones y las capacidades	<i>“Nada de nosotros sin nosotros”</i> Ningún apoyo que afecte un derecho puede ser tomado a espaldas de su beneficiario (confianza) <i>“Yo no comprendo, pero tu sí”</i> El que no comprenda las consecuencias de una decisión no hace que quien la apoya no la deba comprender representando al otro en la situación. (empatía) <i>“No basta pensar en lo que es bueno”</i> Toda ayuda debe consultar cada factor de vulnerabilidad para no exacerbar daños (responsabilidad) <i>“siempre es el momento apropiado para hacer lo que es bueno”</i> Siempre será mejor actuar para mejorar las condiciones de vulnerabilidad que no hacerlo (acción) <i>No use el “no daño” como pretexto para mentir</i> No hacer daño no puede ser usado como pretexto de la mentira, las personas merecen en el trato la verdad (veracidad) <i>Quienes ayudan o apoyan “eligen el bien, no eligen un bien”</i> La ayuda o apoyo no tiene como finalidad juzgar a quienes apoyan, aunque pueda estar la idea de que su intervención no se hace bien, está siempre se enmarca en el bien, es decir, busca elegir el bien (no recriminación)
--	--

Fuente: elaboración propia, realizada a partir del esquema del EASD de Anderson y Wallace.

3. Implicaciones prácticas del EASD en la obtención de CI

Tal como se referenció, el EASD tiene como objetivo principal prevenir consecuencias negativas no intencionadas sobre las personas, comunidades o grupos sobre los que se va a intervenir para

apoyarlos. Cuando se aplica este enfoque a mujeres con DI en el marco de una decisión reproductiva, en las que además de su discapacidad, pueden converger otros factores de vulnerabilidad al tiempo, sus implicaciones prácticas son profundas. Este enfoque invita a reconocer que incluso las acciones bien intencionadas, pueden generar efectos adversos si no se consideran adecuadamente las condiciones contextuales, las múltiples dimensiones de la vulnerabilidad y la capacidad de decisión de las mujeres involucradas.

Así, la aplicación del EASD en este tipo de decisiones no solo implica la prevención de daños adicionales, sino que también exige la promoción activa de escenarios que garanticen la autonomía, la dignidad y la justicia reproductiva para las mujeres. Esta aplicación debe considerar, en todo caso, los siguientes elementos:

a. Comprensión de la DI como un factor de vulnerabilidad

La DI corresponde a un trastorno del desarrollo intelectual, dentro de los trastornos del neurodesarrollo, definida a partir del año 2022 como “una discapacidad caracterizada por limitaciones significativas tanto en el funcionamiento intelectual como en el comportamiento adaptativo, que abarca muchas habilidades sociales y prácticas cotidianas”. Esta discapacidad se origina antes de los 22 años” (18). La DI tiene tres criterios de diagnóstico: i). Deficiencias de las funciones intelectuales, ii). Deficiencias del comportamiento adaptativo. iii). Inicio de las deficiencias intelectuales y adaptativas durante el periodo del desarrollo. El DSM-5 TR (2022)¹ (19) propone una clasificación del trastorno del desarrollo intelectual en función de la gravedad, medida según el funcionamiento adaptativo ya que éste es el que determina el nivel de apoyos requerido, distinguiendo entre: leve, moderado, grave y profundo.

¹ El DMS TR 20022, ha buscado simplificar algunos términos para mayor comprensión y mejor comunicación, así, por ejemplo, la “discapacidad intelectual” ha sido renombrada como “trastorno del desarrollo intelectual” para reflejar mejor la naturaleza del trastorno y resaltar su relación con el desarrollo intelectual.

La discusión que plantean casos en los que efectivamente se reconoce que el estado de DI es de tal magnitud, que impide que la titular del derecho pueda expresar de manera inequívoca una decisión sobre la disposición de su cuerpo, bien para recibir un tratamiento médico o una intervención quirúrgica con el objetivo de evitar el embarazo, es decir, de un método anticonceptivo permanente. Siendo esta una toma de decisión trascendental y en este caso dilemática, dadas las implicaciones que reporta la decisión de tener hijos o no tenerlos, en el proyecto de vida de las personas, lo que se fundamenta en su autonomía y libre desarrollo de la personalidad, y de otro lado, las condiciones en que el nuevo integrante pueda desarrollarse, con los cuidados que se aspira debe tener y que una mujer con una condición de discapacidad severa, probablemente no pueda dispensar, advierte un debate que no es fácil de mediar.

Cuando la DI afecta la capacidad de decisión del individuo, resulta de gran dificultad la comprensión de un CI del paciente, lo que plantea un obstáculo para las prestadoras o profesionales de servicios de salud, que obliga en muchas ocasiones a que sean los familiares o cuidadores, quienes tomen la decisión.

Si la mujer no cuenta con las facultades cognitivas plenas, que permitan la comprensión de la toma de una decisión, esto es: la atención, la percepción, motricidad, cognición social, funciones ejecutivas, lenguaje y memoria (20), es sumamente difícil que se obtenga de ella un CI válido, lo que no significa que los profesionales de la salud en la red de los prestadores de servicios de salud, se eximan de adelantar todos los pasos para su obtención, lo que implica atender las orientaciones técnicas para la implementación del CI para personas con discapacidad, en el marco de los derechos sexuales y derechos reproductivos (21).

Tal como establece la consigna de “Nada de nosotros, sin nosotros” empleada por el movimiento a favor de la vida independiente de las personas con discapacidad (22), con la que se ha querido expresar la idea de que ninguna decisión que influya sobre las personas con discapacidad debe hacerse sin su participación plena o a sus

espaldas; resulta importante advertir en todo caso, que el reconocimiento de su autonomía no es sinónimo alguno de su capacidad, y esta debe ser respetada en toda decisión que les afecte.

El reconocimiento y valoración médica del estado, nivel o grado de discapacidad es un factor determinante para establecer en qué medida puede comprender una decisión reproductiva, de allí se desprende el camino a seguir para la posible intervención clínica.

Ha de entenderse que cualquier intervención en el cuerpo requiere consentimiento y este en el campo clínico, ha de ser suficientemente informado, teniendo como características: la voluntariedad, la divulgación o información plena y la capacidad decisional. Dentro de las habilidades involucradas en la capacidad decisional, se advierte que tal como sucede en el proceso cognitivo humano, la persona debe hallarse en una situación que le permita entender, apreciar, razonar y pueda expresar su elección en libertad.

b. *Comprensión del contexto de las mujeres con DI en la toma de una decisión reproductiva desde aspectos normativos*

El análisis de contexto debe consultar los derechos reproductivos y su desarrollo jurisprudencial, en la categoría de mujeres con discapacidad intelectual. En Colombia se ha reconocido a través de varias disposiciones y pronunciamientos jurisprudenciales² los derechos

² La Corte Constitucional en sentencia T- 199 de 2025 del 25 de mayo, siendo Magistrada ponente la Dra. Diana Fajardo Rivera, en un fallo histórico para la defensa de la autonomía de las mujeres en la toma de decisiones reproductivas en situación de discapacidad, planteó como un problema jurídico a resolver en un caso específico: (i) ¿Vulneran una ESE y una EPS los derechos a la salud, al consentimiento informado, a la capacidad legal, a una vida libre de violencias y los derechos reproductivos de una mujer mayor de edad en situación de discapacidad, intelectual, sicosocial (mental) y múltiple, al ordenar un procedimiento de anticoncepción quirúrgica? En este caso, se establece que *Verónica*, como mujer en situación de discapacidad intelectual y psicosocial, tiene derecho a ejercer plena y autónomamente sus derechos sexuales y reproductivos, en igualdad con las demás personas. Para ello, puede contar con ajustes razonables y apoyos para la toma de decisiones, sin que

reproductivos de las mujeres, y de modo especial, como este derecho se debe garantizar a mujeres en condición de discapacidad, sobre estos se hará referencia más adelante. Lo primero que se advierte es que el escenario de esterilización sin el consentimiento de la mujer con discapacidad es inconstitucional. No obstante, se reconoce que las mujeres con discapacidad requieren ser apoyadas en sus decisiones reproductivas de manera respetuosa y con los mecanismos adecuados, para asegurar que su autonomía sea protegida.

En la Tabla 3 se observa el marco normativo a revisarse entorno a los derechos sexuales y reproductivos en personas con discapacidad en Colombia, en el cual se tienen, entre otras disposiciones, las siguientes:

Tabla 3. Marco normativo de los derechos sexuales y reproductivos en personas con discapacidad en Colombia

Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (2016). Adoptada mediante la Ley 1346 de 2009 “Por medio de la cual se aprueba la <i>Convención sobre los Derechos de las personas con Discapacidad</i> ”, adoptada por la Asamblea General de la Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006. Especialmente el artículo 12 y 25.
Ley Estatutaria 1618 de 2013: “Por medio de la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad”.
Ley Estatutaria 1751 de 2015: “Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”.
Ley 762 de 2002: “Por medio de la cual se aprueba la <i>Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad</i> , suscrita en la ciudad de Guatemala, Guatemala, el siete (7) de junio de mil novecientos noventa y nueve (1999)”.

su discapacidad justifique que otros decidan por ella. Negar esta autonomía constituye una forma de discriminación, contraria a la Constitución, la jurisprudencia y los compromisos internacionales del Estado colombiano.

Decreto 3973 de 2005: “Por el cual se promulga la <i>Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad</i> , suscrita en la ciudad de Guatemala, Guatemala, el siete (7) de junio de mil novecientos noventa y nueve (1999)”.
Ley 1306 de 2009: “Por la cual se dictan normas para la Protección de Personas con Discapacidad Mental y se establece el <i>Régimen de la Representación Legal de Incapaces Emancipados</i> ” Reglamentada parcialmente por el Decreto Nacional 600 de 2012. En concordancia con la Ley 762 de 2002 y Ley 1346 de 2009. Artículos del 1 al 48 fueron derogados por el art.61 de la Ley 1996 de 2019.
Ley 1412 de 2010: “Por medio de la cual se autoriza la realización de forma gratuita y se promueve la ligadura de conductos deferentes o vasectomía y la ligadura de trompas de Falopio como formas para fomentar la paternidad y la maternidad responsable”.
Decreto 0600 de 2012: “Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 1306 de 2009 y se expiden disposiciones en relación con los avales o garantías”.
Resolución 2003 de 2014 MinSalud: Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud.
Resolución 1904 de 2017 MinSalud: “Por medio de la cual se adopta el reglamento en cumplimiento de lo ordenado en la orden décima primera de la sentencia T-573 de 2016 de la Corte Constitucional y se dictan otras disposiciones”
Ley 1996 de 2019: “Por medio de la cual se establece el régimen para el ejercicio de la capacidad legal de las personas con discapacidad mayores de edad” Modifica Ley 1564 de 2012 Código General del Proceso. Establece el régimen para el ejercicio de la capacidad legal de las personas con discapacidad mayores de edad.
Marco jurisprudencial Corte Constitucional de Colombia sobre derechos reproductivos de mujeres en condición de discapacidad
Sentencia T-850/2002 de 10 de octubre de 2002. M.P. Rodrigo Escobar Gil.
Sentencia T-248 de 2003 de 21 de marzo de 2003.M.P. Eduardo Montealegre Lynett.
Sentencia T-492 de 2006 de 29 de junio de 2006. M.P. Marco Gerardo Monroy Cabra.
Sentencia T-1019 de 2006 de 1 de diciembre de 2006M.P. Jaime Córdoba Triviño.

Sentencia T-063 de 2012 de 9 de febrero de 2012M.P. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo.
Sentencia C-131 de 2014 de11 de marzo de 2014. M.P. Mauricio González Cuervo.
Sentencia T-740 de 2014 de 3 de octubre de 2014. M.P. Luis Ernesto Vargas Silva.
Sentencia C-182 de 2016 de13 de abril de 2016M.P. Gloria Stella Ortiz Delgado.
Sentencia T-573 de 2016 de 19 de octubre de 2016M.P. Luis Ernesto Vargas Silva.
Sentencia T-690 de 2016 de 7 de diciembre de 2016. M.P. Alberto Rojas Ríos.
Sentencia T-665 de 2017 de M.P. Gloria Stella Ortiz Delgado.
Sentencia T-231 de 2019 de 28 de mayo de 2019. M.P. Cristina Pardo Schlesinger.
Sentencia T-199 de 2025 del 25 de mayo, M.P Dra. Diana Fajardo Rivera

Fuente: elaboración propia.

De suerte que, la legislación y jurisprudencia constitucional colombiana ha desarrollado un marco sólido y garantista en torno a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en condición de discapacidad. Se ha consolidado como regla general, la prohibición de la esterilización sin el consentimiento libre e informado de la persona afectada, presumiendo siempre su capacidad jurídica. Solo de manera excepcional —y tras cumplir rigurosos requisitos— puede autorizarse un CI sustituto, lo que requiere la existencia de una discapacidad profunda y severa, riesgo probado para la vida, la imposibilidad comprobada de que la persona consienta en el presente o futuro, y la obtención previa de autorización judicial.

En la actualidad, se propugna por el deber de brindar ajustes razonables y apoyos para la toma de decisiones, como parte del tránsito hacia el modelo social de la discapacidad (23,24), alineado con los estándares de derechos humanos internacionales. En consecuencia, el CI en estos casos debe adelantarse, ser promovido y facilitado

mediante medios técnicos, pedagógicos y por profesionales, para garantizar el respeto a la autodeterminación de todas las mujeres, incluidas aquellas en situación de discapacidad intelectual.

En este contexto la Ley 23 de 1981 por la cual se dictan Normas en Materia de Ética Médica en Colombia, al referirse a las relaciones médico-paciente, en los artículos 14 y 15, advirtió la necesidad del consentimiento, para realizar los diferentes tratamientos medico quirúrgicos que se requieran, así:

Artículo 14. El médico no intervendrá quirúrgicamente a menores de edad, a personas en estado de inconsciencia o mentalmente incapaces, sin la previa autorización de sus padres, tutores o allegados, a menos que la urgencia del caso exija una intervención inmediata.

Artículo 15. El médico no expondrá a su paciente a riesgos injustificados. Pedirá su consentimiento para aplicar los tratamientos médicos, y quirúrgicos que considere indispensables y que puedan afectarlo física o síquicamente, salvo en los casos en que ello no fuere posible, y le explicará al paciente o a sus responsables de tales consecuencias anticipadamente.

De la normatividad y desarrollo jurisprudencial esbozado, se puede establecer al menos cuatro modelos de CI en Colombia, como puede observarse en la Tabla 4, para casos de toma de decisiones reproductivas de mujeres con discapacidad intelectual, así: CI general en materia reproductiva, asistido, cualificado y sustituto.

Tabla 4. Tipos de CI empleados en la toma de decisiones reproductivas de mujeres con DI en Colombia

CI – concepto normativo general

Resolución 2003 de 2014, definió el CI como: “...la aceptación libre, voluntaria y consciente de un paciente o usuario, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar un acto asistencial. Para efectos del estándar de historia clínica es el documento que se produce luego de la aceptación en las condiciones descritas. En caso de que el paciente no cuente con sus facultades plenas, la aceptación del acto médico la hará el familiar, allegado o representante que sea responsable del paciente”

Sentencia Corte Constitucional C- 182-2016.

El CI debe ser (i) libre, es decir, debe ser voluntario y sin que medie ninguna interferencia indebida o coacción, (ii) informado, en el sentido de que la información provista debe ser suficiente, esto es —oportuna, completa, accesible, fidedigna y oficiosa— y en algunos casos, (iii) cualificado, criterio bajo el cual el grado de información que debe suministrarse al paciente para tomar su decisión se encuentra directamente relacionado con la complejidad del procedimiento y por lo tanto se exige un mayor grado de capacidad para ejercer el consentimiento, casos en los cuales también pueden exigirse formalidades para que dicho consentimiento sea válido, como que se dé por escrito. Además, requiere que el individuo pueda comprender de manera autónoma y suficiente las implicaciones de la intervención médica sobre su cuerpo. En su defecto, excepcionalmente terceras personas pueden otorgar dicho consentimiento como se desarrollará más adelante.

Sentencia Corte Constitucional C-233-2021: estableció que el CI tiene que ser libre, informado e inequívoco, indicando del mismo modo, que las personas no solo podrían manifestarlo cuando lo necesitaran, sino que podría ser previo o anticipado

CI

Requisitos esenciales en el ámbito del acceso a la información en materia reproductiva según la Comisión Interamericana de Derechos Humanos

La Comisión Interamericana de Derechos Humanos, específicamente en el ámbito del acceso a la información en materia reproductiva, ha dicho que el CI consta de tres requisitos esenciales:

- (i) que los profesionales de la salud suministren la información necesaria sobre la naturaleza, beneficios y riesgos del tratamiento, así como alternativas al tratamiento;
- (ii) tomar en cuenta las necesidades de la persona y asegurar la comprensión del paciente de esa información; y
- (iii) que la decisión del paciente sea voluntaria. Así, el CI debe garantizar una decisión voluntaria y suficientemente informada, lo cual protege el derecho del paciente a participar en las decisiones médicas, y a su vez impone obligaciones en los prestadores del servicio de salud.

CI asistido

Se entiende por CI asistido, aquel que se obtiene cuando no es posible conocer la voluntad de la persona con discapacidad, después de haber realizado la determinación de apoyos y ajustes razonables. En estos casos, se acudirá a las personas de apoyo que demuestran una relación de confianza con la persona con discapacidad y al personal de salud tratante, para asistir de manera conjunta la toma de decisiones frente a la atención en salud y la suscripción del CI. De este hecho debe quedar registro en la historia clínica con la información de la decisión tomada (25).

Es importante señalar, que el CI asistido, a diferencia del CI sustituto, requiere de la participación de la persona con discapacidad y que además esté presente en la toma de decisión, respecto de la intervención en salud que vaya a recibir.

- Sentencias T 1019 de 2006, T-740 de 2014, C-182 de 2016, T-690 de 2016, T573-2016, T-665 de 2017.

CI cualificado

La jurisprudencia constitucional ha establecido que, dependiendo del carácter extraordinario, invasivo o riesgoso de una intervención médica, puede requerirse un CI cualificado. En otras palabras, entre más cualificado deba ser el CI, “la

competencia del paciente para decidir debe ser mayor y aparecer más clara”. Ello evidencia que el ejercicio de la autonomía del paciente, lejos de ser un concepto absoluto, “depende de la naturaleza misma de la intervención sanitaria”. Este tipo de consentimiento exige una mayor claridad en la competencia del paciente y una información más detallada por parte del profesional de salud. Asimismo, su formalización puede implicar requisitos adicionales, como la constancia escrita de la voluntad del paciente y, en ciertos casos, la reiteración del consentimiento tras un período de reflexión, especialmente en tratamientos prolongados. Estos elementos refuerzan la idea de que la autonomía del paciente es una noción graduada, sujeta al contexto y a la complejidad del procedimiento médico.

- Sentencias C 182-2016, T-850 de 2002.

CI sustituto

El CI sustituto, se presenta cuando la persona no puede manifestar su voluntad y no lo ha hecho de manera anticipada mediante un documento de voluntad anticipada, sus familiares y personas más cercanas pueden ayudar a interpretar la voluntad y las preferencias de la persona (26).

El CI sustituto es excepcional y sólo procede en casos en que la persona no pueda manifestar su voluntad libre e informada una vez se hayan prestado todos los apoyos necesarios para ello.

Por consiguiente, la jurisprudencia constitucional ha determinado que en aquellos supuestos en los que las personas carecen de la conciencia suficiente para autorizar tratamientos médicos sobre su propia salud y para reconocer la realidad que los rodea, como en el caso de “las personas con discapacidades o limitaciones mentales profundas o de aquellos menores de edad, que por su corta edad dependen totalmente de sus padres para sobrevivir”, terceras personas, mediante el denominado CI sustituto, pueden avalar los procedimientos médicos requeridos por ellos, con el fin de velar por su vida, salud e integridad física. Este tipo de consentimiento es restringido y se aplica caso a caso, dadas las particularidades del mismo. Es de carácter excepcional y sólo procede en casos en que la persona no pueda manifestar su voluntad una vez se hayan prestado todos los apoyos para que lo haga

El CI sustituto tiene sustento en los artículos 14 y 15 de la Ley 23 de 1981.

- Sentencias T 248 de 2003, T 492 de 2006, T 063 de 2012, C 131 de 2014, C 182-2012, C-231 de 2019.

Fuente: elaboración propia.

De lo anterior, se colige que el desarrollo jurisprudencial demuestra una tendencia hacia el apoyo, ayudas o ajustes razonables que permita la toma de decisiones asistidas a mujeres en condiciones de DI y solo exceptivamente, en aquellos eventos en los que se torna imposible la toma de una decisión individual, se recurra al consentimiento sustituto. Esto es así, porque se entiende que cada persona requiere un análisis específico e individual, ya que la discapacidad no es igual en todos los casos, y por tanto no pueden ser taxativas las ayudas, apoyos o intervenciones.

- c. *El análisis de contexto debe indagar factores de vulnerabilidad adicionales a la DI – enjambres de vulnerabilidad*

La vulnerabilidad en primer lugar, al ser parte de la condición humana nos hace iguales a todos, sin embargo, se reconoce que algunas personas requieren una protección reforzada, bien porque las condiciones del entorno, o por las propias de su fuero interno o capacidades limitadas, obligan a un trato diferencial, positivo y progresivo para protegerles. En este sentido, la vulnerabilidad es percibida como una señal de alerta de que algunas personas necesitan atención especial.

De acuerdo con Ten la vulnerabilidad existe cuando se dan al menos estos tres componentes (27): a) exposición: deben existir tensiones o perturbaciones externas que generen amenazas potencialmente dañinas, como resultado de la relación del hombre con su entorno natural y social, b) sensibilidad: como la susceptibilidad al daño y c) capacidad de adaptación o capacidad de respuesta; de estos la a) corresponde a factores externos y b) y c) a factores internos.

Por lo general, las mujeres con DI enfrentan además otras situaciones de vulnerabilidad, las cuales deben ser consideradas y abordadas integralmente en cualquier forma de apoyo, asistencia o intervención que se les brinde.

De allí, que se emplee la expresión “enjambres de vulnerabilidad” en este artículo, para referirse al hecho de que algunas personas o

grupos, debido a ciertos factores sociales en los que se desenvuelven, se encuentran en un mayor riesgo de sufrir daños, abusos, explotación, en contextos en donde deben tomar decisiones importantes, relacionadas con su vida, salud o la disposición de derechos fundamentales, y por tanto, requieren de una protección reforzada, para evitar que las condiciones de vulnerabilidad sumadas, las conviertan en víctimas. Entre algunos factores de vulnerabilidad se encuentran los siguientes: a) Condiciones de salud precaria, b) Limitación cognitiva o psicosocial, c) Falta de acceso a recursos clave, d) Factores socio económicos apremiantes, e) Factores socio demográficos limitantes, f) Dependencia por razón de la edad, g) Grupos marginados o excluidos históricamente, h) Desplazamiento forzado, i) Sujetos a atención de cuidadores no capacitados en el cuidado.

En el caso reseñado inicialmente de la abuela y su nieta, confluyen varios factores de vulnerabilidad; de un lado, es una mujer con discapacidad intelectual, en condiciones socio-económicas precarias, dependiente del cuidado de una adulta mayor, en ubicación geográfica de ruralidad en zona de conflicto armado, en donde el acceso a servicios de salud y educación son bajos para la atención de sus específicas necesidades. Es lo que se podría denominar un *enjambre de vulnerabilidades*, que expone a la mujer a posiciones de desventaja o fragilidad frente a amenazas externas o internas que pueden afectar su bienestar, derechos, o acceso a recursos esenciales.

De suerte que, en el análisis del caso la ayuda, apoyo o medida que se estime prudente tomar, debe consultar el contexto; de modo que, se privilegie el interés superior de sus derechos, para no hacer en todo caso más gravosa su situación y, por el contrario, intentar que quede en una mejor situación a la que presenta en este momento, por lo que el EASD provee un mejor enfoque metodológico para abordar la toma de decisiones.

Algunos autores en el marco de teorías de justicia social (28), han advertido que se debe plantear una nueva perspectiva sobre la vulnerabilidad, criticando las definiciones tradicionales que la entienden como una condición fija, por lo que se propone un enfoque dinámico

y contextual, conceptualizando la vulnerabilidad en “capas” (29). Estas capas pueden superponerse y manifestarse de modos diferentes según el contexto y las circunstancias individuales en que se desenvuelven los sujetos, como el caso de las mujeres en entornos que limitan sus derechos reproductivos.

De manera que, la vulnerabilidad no es una etiqueta permanente, sino una condición variante, que se puede alterar y ajustar. El enfoque de la vulnerabilidad por capas pretende evitar los estereotipos y etiquetas, permitiendo una comprensión más relacional y adaptable de la vulnerabilidad, que refleja las complejidades de cada caso particular.

Sin embargo, a diferencia del abordaje de *capas de vulnerabilidad*, la denominación de *enjambres de vulnerabilidad*, presenta la idea de que existen en un mismo tiempo múltiples factores que, aunque están interconectados, no siempre dependen uno de otro, se hallan en desorden, por lo que al abordar un factor no necesariamente se supera este sin exacerbar otro, mientras que, las capas sugieren conexiones lineales una de otra, representa un orden de abordaje de problemáticas simultáneas.

De otro lado, Las capas son abordadas como condiciones negativas que impiden algo, como un simple divisor y tensor, por su parte, el *enjambre* plantea la idea de abordar el contexto que sigue al sujeto, no solo como un elemento individual que puede superar, sino que exige comprender que existen factores que a lo mejor nunca serán superables, porque no existe el poder individual de hacerlo, ya que su superación depende de otros.

En resumen, cualquier ayuda, apoyo, medida o intervención que se implemente para la obtención de CI de una mujer con DI en el marco de sus derechos reproductivos, debe consultar no solamente el principio de autonomía y no maleficencia, sino que ha de considerar de modo especial, e incluso en primer orden, el principio de beneficencia; en el que se cumpla al menos lo siguiente:

1. Cumplir la exigencia ética de “no hacer daño intencionado” para el caso corresponde establecer cuál es el daño, que en estos casos puede oscilar entre:

- a. Que la mujer no pueda tener hijos, como consecuencia de un procedimiento quirúrgico que no puede comprender y sobre el que a lo mejor no puede extender un CI individual (esterilización decidida por terceros – *principio de prevención*, que establece que es mejor actuar preventivamente para evitar riesgos que podrían comprometer la seguridad, el bienestar o el derecho de una persona, en lugar de reaccionar una vez que el daño ya ha ocurrido (30)
 - b. Que quien no puede comprender la toma de una decisión reproductiva pueda quedar embarazada con posibilidades del nacimiento de un niño enfermo e imposibilidad de extender atención y cuidado apropiados para ella y para él, ya que no se puede valer en varios aspectos de su vida por sí misma (*principio de precaución* aplicable cuando existen indicios de que una acción podría causar daño grave o irreversible, pero no hay certeza científica completa sobre la magnitud o probabilidad del riesgo. Este principio implica que, ante la falta de certeza, se deben tomar medidas preventivas para evitar posibles daños, incluso si aún no se ha demostrado de manera concluyente que el daño se producirá) (31,32). Con todo, la precaución es una conducta humana que tiene como finalidad evitar un daño.
2. Prevenir el daño.
 3. Quitar o destruir el daño.
 4. Acrecentar al máximo los beneficios y disminuir los daños posibles.
 5. Promover el bien, a través de acciones positivas de cuidado y bienestar.

En esta valoración ha de considerarse que la obligación del Estado a través de todas las entidades que le hacen parte se relaciona con la obligación de procurar “hacer el bien”, es decir, tomar medidas de reforzamiento de derechos en favor de las mujeres con discapacidad intelectual, siempre que se den las siguientes condiciones (33): a) una

amenaza de padecer una pérdida o daño importante en sus derechos, b) la acción e intervención necesaria del Estado para evitar un daño, la pérdida o menoscabo de un derecho importante, c) el reconocimiento de que, con la acción e intervención del Estado, probablemente se evitará el daño, pérdida o menoscabo de un derecho importante.

- d. *El diseño de las intervenciones con medidas de apoyo debe estar centradas en la dignidad y autonomía*

Una vez se ha efectuado un análisis sistemático del contexto, corresponde revisar que las medidas de intervención o apoyo para la toma de una decisión reproductiva se realicen en un proceso de integración de la información tanto cognitiva, como emocional y motivacional.

Por lo que, al momento de obtención del consentimiento informado, debe buscarse la manera en que se reduzcan tensiones y se promueva el respeto a la autonomía progresiva de la mujer con discapacidad intelectual, evitando decisiones impuestas o prácticas paternalistas, realizando los ajustes razonables que correspondan.

La Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad (34), Art 2. Inciso 4 establece que por “ajustes razonables” se entenderán las modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas que no impongan una carga desproporcionada o indebida, cuando se requieran en un caso particular, para garantizar a las personas con discapacidad el goce o ejercicio, en igualdad de condiciones con las demás, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales.

Los ajustes razonables, se advierten en la actualidad como una nueva herramienta del derecho antidiscriminatorio que, a pesar de no ser del resorte exclusivo de la discapacidad, permiten un espacio de igualdad inclusiva (35).

En relación con el consentimiento informado, estos ajustes pueden incluir que todo apoyo debe ser adaptado comunicativamente,

de acuerdo con sus capacidades cognitivas, usando lenguaje claro, pictogramas o apoyos visuales para facilitar la comprensión de la información médica. Según el caso, se debe disponer formatos accesibles y el uso del asentimiento, entendido como la expresión verbal o no verbal de la voluntad. Estas medidas buscan asegurar el respeto a la autonomía y los derechos de las personas con discapacidad en contextos sanitarios.

Entre otras consideraciones, cualquier medida adoptada implica revisar políticas, protocolos o servicios para garantizar accesibilidad, inclusión y ajustes razonables.

No es menos importante en casos de discapacidad intelectual, hacer parte del proceso a las familias o cuidadores, su rol es importante. Sin embargo, el EASD exige escuchar y priorizar el consentimiento y perspectiva de la mujer, incluso si requiere apoyos para expresar su voluntad. De este modo, se generan procesos de acompañamiento y empoderamiento, y no de reemplazo de decisiones.

Las mujeres con DI enfrentan escenarios de desconfianza social constante. La aplicación del EASD significa construir vínculos terapéuticos o sociales que restauren su sentido de confianza y pertenencia, que permita su reconocimiento como mujeres que sienten; en este orden, toda acción debe estar alineada con la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, el enfoque de género interseccional, y marcos como el Modelo Social de la Discapacidad.

Conclusiones

Es preciso concluir sobre la importancia de un abordaje bioético sensible a las realidades por las que transitan las mujeres con discapacidad intelectual, especialmente en la toma de decisiones reproductivas sobre su cuerpo, de manera que, siempre se promueva su bienestar sin exacerbar factores de vulnerabilidad asociados a su contexto.

En este sentido, la garantía del Estado, la sociedad representada entre otros por sus médicos, y la familia, en corresponsabilidad, deben

garantizar la obtención de CI de mujeres con DI en decisiones reproductivas, en el marco del respeto a su autonomía y dignidad, especialmente en contextos de alta vulnerabilidad.

La aplicación del EASD ofrece un marco valioso para entender cómo las intervenciones deben ser diseñadas de manera que no exacerbén las vulnerabilidades existentes y, en cambio, promuevan el bienestar de las mujeres. Se propone este enfoque, en consideración a que los modelos bioéticos tradicionales no siempre abordan adecuadamente la multifactorialidad de las vulnerabilidades. En consideración a que los modelos bioéticos tradicionales, como el principalismo de Beauchamp y Childress, la bioética utilitarista e incluso el modelo deliberativo, han sido ampliamente criticados por su enfoque individualista, racional, universalista, que puede encubrir las relaciones de poder presentes y débiles a la sensibilidad de la diversidad cultural y relacional, dejando en evidencia su limitada capacidad para abordar la complejidad y multifactorialidad de las vulnerabilidades que afectan a ciertos grupos sociales, como en este caso, las mujeres con discapacidad intelectual.

Estos modelos tienden a centrarse en sujetos ideales —autónomos, informados y plenamente racionales—, ignorando las intersecciones que se pueden presentar al mismo tiempo en una persona, entre discapacidad, género, pobreza, exclusión social u otras, lo cual puede derivar en respuestas normativas y éticas insuficientes ante escenarios reales de desigualdad estructural. Por lo tanto, se requiere un enfoque más contextualizado que considere la intersección de diversos factores que de modo simultáneo y de difícil superación generan un *enjambre de vulnerabilidades*.

De suerte que, todo apoyo, ayuda, medida o intervención debe ser diseñada y evaluada en función del contexto específico en el que se lleva a cabo, reconociendo que cada situación puede tener impactos diferentes en las mujeres involucradas.

Si bien, siempre será deseable la obtención de un CI que cumpla los requisitos de fondo y de forma, en donde la expresión de la voluntad sea un auténtico reflejo de la autonomía, en los casos de DI

en mujeres en decisiones reproductivas, no resulta sencillo; por lo que, en países como Colombia, se ha pasado por la revisión de los modelos de CI cualificado, asistido y sustituto, evidenciándose, a partir de la incorporación de la convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, una inclinación a la obtención de consentimientos directos y asistidos con apoyos o ajustes razonables que permitan la participación en la toma de decisiones sobre sus propias vidas, a través de un acompañamiento adecuado que respete su autonomía.

Referencias

1. Beauchamp T, Childress J. Principles of Biomedical Ethics. 7th ed. New York: Oxford University Press; 2012.
2. Gracia D. Procedimientos de decisión en ética clínica. 3a ed. Madrid: Editorial Triacastela; 2008.
3. Gadamer H. Verdad y método. Salamanca: Editorial Sígueme; 1984.
4. Charon R. Narrative Medicine: A Model for Empathy, Reflection, Profession, and Trust. JAMA. 2001; 286(15):1897–902. <https://doi.org/10.1001/jama.286.15.1897>.
5. Martha M. Narrative ethics. In: Narrative Ethics: The Role of Stories in Bioethics; 2014.
6. Jonsen A, Toulmin S. The Abuse of Casuistry. Berkeley: University of California Press; 1988.
7. Jonas H. El principio de responsabilidad. Ensayo de una ética para la civilización tecnológica. Barcelona: Herder Editorial; 2004.
8. Pellegrino E, Thomasma D. For the patient's good: the restoration of beneficence of the healing professions. New York: Oxford University Press; 1988.
9. Wallace M. From Principle to Practice. A User's Guide to Do No Harm. Cambridge: Collaborative Learning Projects (CDA). Disponible en: https://www.cdacollaborative.org/?smd_process_download=1&download_id=3948
10. Anderson M. Acción sin daño: cómo la ayuda humanitaria puede apoyar la paz o la guerra. Londres: Lynne Rienner Publishers; 1999.
11. Abellán J. Bioética, autonomía y libertad. España: Fundación Universitaria Española; 2006.
12. Wallace M, Ziai A. From Principle to Practice. A User's Guide to Do No Harm / Development Discourse and Global History: From Colonialism to the Sustainable Development Goals. Cambridge/Londres: CDA Collaborative Learning Projects / Routledge; 2016.
13. Sgreccia E. Manuale di Bioética. Milano: Vita e Pensiero; 1994.

14. Langa Herrero A, Rey Marcos F. La acción sin daño y los proyectos de desarrollo: una alternativa práctica de triple nexo. *Rev Esp Des Coop.* 2023; 50(2):199–212.
15. Rabadán AT, Tripodoro VA. ¿Cuándo acudir al comité de bioética institucional?: El método deliberativo para resolver posibles dilemas. *Medicina (B Aires)*. 2017; 77(6):486–90. Disponible en: https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_art-text&pid=S0025-76802017000600007
16. Beauchamp T, Childress J. *Principles of Biomedical Ethics*. 7th ed. New York: Oxford University Press; 2012.
17. Mackenzie C. Autonomía relacional, autonomía normativa y perfeccionismo. *Humanitas Hodie*; 2020.
18. Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo (AAIDD). Definición de la discapacidad intelectual; 2022.
19. Morrison J. *DSM-5® Guía para el diagnóstico clínico*. Ciudad de México: Editorial El Manual Moderno; 2015.
20. Lezak MD, Howieson DB, Bigler ED, Tranel D. *Neuropsychological Assessment*. 5th ed. Oxford: Oxford University Press; 2012.
21. Ministerio de Salud y Protección Social. Orientaciones técnicas para la implementación del consentimiento informado para personas con discapacidad, en el marco de los derechos sexuales y derechos reproductivos. Bogotá: MinSalud; 2018.
22. Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación. Nada sobre nosotros sin nosotros: La convención de Naciones Unidas sobre discapacidad y la gestión civil de derechos. México: CONAPRED; 2016.
23. Oliver M. *The Politics of Disablement*. London: Macmillan Press; 1990.
24. Palacios A. El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Madrid: CERMI; 2008.
25. Ministerio de Salud y Protección Social. Orientaciones técnicas para la implementación del consentimiento informado para personas con discapacidad, en el marco de los derechos sexuales y derechos reproductivos. Bogotá: MinSalud; 2018.
26. Ministerio de Salud y Protección Social. Orientaciones técnicas para la implementación del consentimiento informado para personas con discapacidad, en el marco de los derechos sexuales y derechos reproductivos. Bogotá: MinSalud; 2018.
27. Ten Have H. The Idea of Vulnerability. In: *Vulnerability*. 1st ed. United Kingdom: Routledge; 2016.
28. Fraser N. Escalas de justicia. Barcelona: Herder; 2008. Fraser N, Honneth A. ¿Redistribución o reconocimiento? Madrid: Morata; 2006. Luna F. Vulnerabilidad: la metáfora de las capas. *Jurisprudencia Argentina*. 2008; IV(1):60–7.
29. Luna F. Vulnerabilidad: la metáfora de las capas. *Jurisprudencia Argentina*. 2008; IV(1):60–7.
30. Garrafa V. Da bioética de princípios a uma bioética interventiva. *Rev Bioét (Impr.)*. 2009; 13(1). Disponible en: https://revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/97
31. Briceño AM. El principio de precaución en una sociedad de riesgos ambientales. Bogotá: Universidad Externado de Colombia; 2017.

32. Kottow M. Acerca del 'principio' precautorio. *Bioética y precaución. Nuevos Folios de Bioética*. 2011; (5):7–26. Disponible en: <https://www.revistas.uchile.cl/index.php/NFB/article/download/32902/34639>
33. Beauchamp T, Childress J. *Principles of Biomedical Ethics*. 7th ed. New York: Oxford University Press; 2012.
34. Organización de las Naciones Unidas (ONU). *Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*; 2006.
35. Martínez J. Los ajustes razonables como medida de integración laboral de las personas con discapacidad. *Rev Derecho*. 2022; 23(1):187–211.

Application of the no-harm approach to informed consent among women with intellectual disabilities in Colombia

Aplicación del enfoque de acción sin daño en el consentimiento informado de mujeres con discapacidad intelectual en Colombia

Inés Yohanna Pinzón Marín*
UT Legal Clinic, Tolima, Colombia

<https://doi.org/10.36105/mye.2025v36n4.05>

Abstract

This article analyzes the relevance of the “Action No Harm Approach” (ANHA; in Spanish, *Enfoque de Acción sin Daño*, EASD) in obtaining informed consent in reproductive decisions of women with intellectual disabilities, who also face multiple

* Professor of Humanities and Arts at the University of Tolima. Director of the UT Conciliation Center and Legal Clinic. Email: iypinzon@ut.edu.co <https://orcid.org/0009-0003-9772-8419>

Reception: 19/11/2024 Acceptance: 30/07/2025

CÓMO CITAR: Pinzón Marín, I. Y. (2025). Application of the no-harm approach to informed consent among women with intellectual disabilities in Colombia. *Medicina y ética*, vol. 36, núm. 4. DOI: <https://doi.org/10.36105/mye.2025v36n4.05>



This work is licensed under a Creative Commons Attribution-Noncommercial 4.0 International License.

forms of vulnerability. From a bioethical perspective, it raises the need to guarantee respect for the autonomy and dignity of these women, avoiding paternalistic practices or interventions that, although well-intentioned, may have adverse effects. The methodological proposal is qualitative and structured around the categories of ANHA, informed consent, reproductive decisions, intellectual disability, and vulnerability. Through a review of literature and case law, the study seeks to identify the models used in practice to obtain consent, noting the need for reasonable adjustments. The ANHA allows for a rethinking of interventions so that they are context-sensitive and promote truly informed decisions, without imposing undue burdens or substituting the will of the women involved.

Keywords: action no harm, informed consent, reproductive decisions, women with mental disabilities.

1. Introduction

Making reproductive decisions is extremely important in people's lives, whether they choose to become parents or not. However, these decisions become more complex when it comes to women with intellectual disabilities. The doubts that arise range from autonomy in decision-making to support in obtaining informed consent for medical procedures in the reproductive sphere, whether this involves the use of contraceptives, voluntary termination of pregnancy, or sterilization.

Suppose that an elderly woman, a caregiver living in a rural area in a former conflict zone, goes to the justice system on behalf of her granddaughter, an adult woman with intellectual disabilities, against a health service provider for denying her tubal ligation, also known as the Pomeroy method. The difficulty surrounding the provision of the requested health service lies in the lack of clarity regarding how to obtain informed consent from the adult patient with intellectual

disabilities. Who, how, where, when, why, and in what manner a reproductive decision should be made in a case such as this is highly complex.

Difficult decisions are generally made individually, after reviewing one's own interests and values. However, when a difficult decision must be made for people who cannot represent their own interests and understand the future consequences of their actions, the role of support, assistance, measures, or intervention must be reviewed. Whatever their origin, these actions are inevitably part of a context of vulnerability.

Although the terms disability, woman, and poverty are not synonymous with victim, it is also relevant to point out that when associated as conditions of the same person, they make that person a potential victim of abuse of all kinds. Conditions of vulnerability not only coexist, but also interact with each other, producing unique and individualized contexts. In other words, it is not simply a matter of adding up factors of vulnerability, but of recognizing that when they occur simultaneously in the same person, the risk situation is not simply greater, but qualitatively different, and requires a more complex and sensitive analysis.

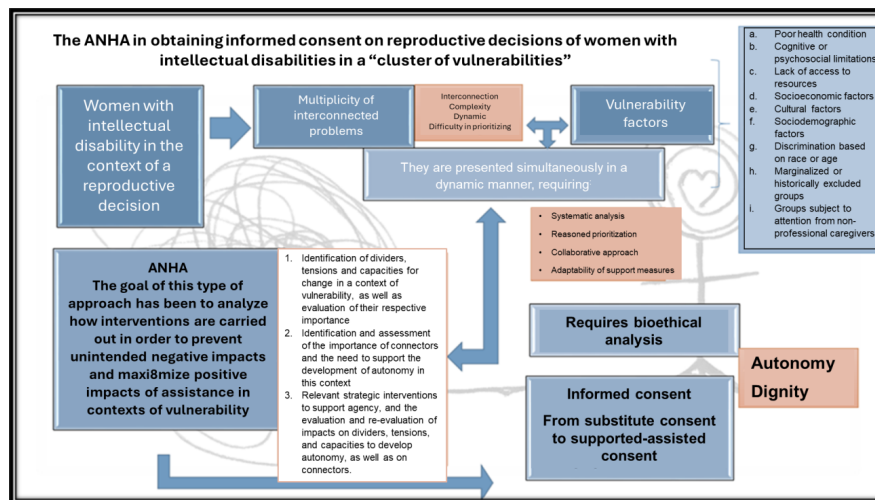
A woman with intellectual disabilities living in poverty is not necessarily a victim, but she is a potential victim due to her overexposure to vulnerability factors that, when combined, generate specific and cumulative forms of discrimination and disadvantage. Thus, when several conditions are present in a woman, she is subject to actions that seek to mitigate harm or guarantee her rights, but which may also exacerbate her vulnerability.

Some models of bioethical deliberation allow for the review of complex ethical dilemmas such as the one presented here, among the most notable are: the principled model (1), the deliberative model (2), the hermeneutic model (3), the narrative model (4,5), the casuistic model (6), the ethical model of responsibility (7), and the ethical model of virtues (8), to name but a few. However, these models do not account for the power of context, the multifactorial nature of vulnerability, or how, in certain cases, support or accompani-

ment in decision-making can intensify forms of vulnerability other than those intended to be addressed. For this reason, the ANHA approach, developed in the field of humanitarian aid, as shown in Figure 1, can offer useful methodological tools for analyzing and understanding support interventions in this type of scenario.

The objective of this article is therefore to analyze how the application of the ANHA approach contributes to obtaining informed consent on reproductive decisions in women with intellectual disabilities who are in vulnerable contexts, ensuring respect for their autonomy and dignity.

Figure 1. The ANHA



Source: prepared by the author.

2. The ANHA in the context of reproductive decisions by women with intellectual disabilities

ANHA is a widely used concept around the world, based on the experiences of humanitarian workers in addressing conflict contexts

without exacerbating them. The aim of this type of approach has been to analyze how the United Nations, NGOs, aid workers, mediators, and politicians carry out interventions to prevent unintended negative impacts and maximize the positive impacts of humanitarian aid (9).

In other words, this approach allows us to review how to design and implement humanitarian interventions that promote peace and reconciliation in conflict contexts, strengthening the capacity of local communities to build alternative conflict resolution systems and reduce their dependence on violence. This is in consideration of the fact that the way assistance interacts in conflict situations can lead to exacerbation or mitigation, making it important to identify the scenario in order to better control the impacts (10).

Thus, ANHA emerged in the context of humanitarian action, inspired by the ethical principle *primum non nocere*, based on the Hippocratic oath, which gave rise to the principle of non-maleficence (11).

However, this principle, was established under two precepts:

- a. That “do no harm” focuses equally on harm and benefit, i.e., it does not focus solely on the potential harm or negative effects of a humanitarian intervention but must also consider the good as a whole.
- b. That “no harm” cannot be used to justify inaction. Under the premise that the slightest possibility of harm or discomfort should not be caused, it is better to do nothing.

On the other hand, Wallace (12) builds on Anderson’s studies to develop six lessons on doing no harm in the context of humanitarian aid: i). Whenever an intervention of any kind enters a context, it becomes part of that context. ii). All contexts are characterized by dividers and connectors. iii). All interventions interact with both, either worsening or improving them. iv). Actions and behaviors have consequences, which create impacts. v). The details of interventions matter. vi). There are always options.

In this order, the principle of doing no harm within the ANHA is not limited to refraining from harm but implies above all the imperative to actively do good, in addition to preventing harm (13). Although this approach emerged in the context of humanitarian aid, it is applicable to other areas of intervention in contexts that are not necessarily characterized by violence (14), and the methodology used in the DSS approach can also become a valuable tool for understanding contexts of vulnerability. Table 1 shows the ANHA methodology, which includes at least the following stages:

Table 1. Context analysis (different from conflict analysis, which divides people and how their interests and objectives are connected)

Wallace	Anderson
Phase 1. Understand the context and setting of the conflict	<i>Stage 1 involves identifying the dividers, tensions, and capacities for war in a conflict context, as well as assessing their relative importance.</i>
Phase 2. Analyze the factors of division and sources of tension	Divisive factors “Things that people want to stop” These divisive factors can be ethnic, religious, political, economic, or social in nature, and are often exploited by violent actors to deepen divisions and perpetuate conflict. Divisive factors weaken local capacities for peace.
	<i>Stage 2 involves identifying and assessing the importance of connectors and capacities for peace in that context.</i>

	Connectors and local capacities for peace
Phase 3: Analyze cohesion factors or connectors and local capacities for peace	“Things to support” In the face of divisive forces, the proposal is to strengthen “local capacities for peace.” This involves developing the skills, resources, and structures necessary within communities so that they can manage their own conflicts in a peaceful and sustainable manner. In other words, it is about empowering communities to be the main actors in building their own peace.
Phase 4: Analyze the elements of the project	
Phase 5: Analyze the effects and impact of the project on the conflict scenario	<i>Stage 3. Identification of relevant characteristics of the aid agency and its program, and assessment and reassessment of impacts on dividers, tensions, and capacities for war, as well as on connectors and capacities for peace.</i>
Step 6: Identify options and/or alternatives for the project	
Stage 7: Check options and redesign project	

Source: based on (CDA, 2016; Wallace, 2016; Anderson, 1999).

However, the ANHA is particularly useful for the analysis of decision-making in contexts marked by conflict. Conflict is understood as a scenario in which two or more individuals or groups have opposing interests that generate disputes, disagreements, and situations of constant confrontation. In such cases, assistance or restoration measures often require the intervention of third parties, who act as mediators or facilitators in the search for solutions. Not all problematic scenarios requiring decision-making correspond to conflict contexts. Some should be understood as dilemmatic contexts, which

have a different logic. A dilemma is defined as a situation in which two possible solutions are faced, both acceptable but neither fully satisfactory (15).

Unlike conflict, a dilemma focuses on a single person who must decide between two or more available options, each with both positive and negative consequences. These options reflect a value whose solution is not satisfactory for all of that person's rights; thus, rights come into tension, and a resolution inevitably leaves some aspect without a completely fair or adequate response.

The difficulties in making dilemmatic decisions are exacerbated when they arise at the boundary with conflicts; for example, when a person cannot express a moral dilemma for themselves and also faces conflicting interests. This happens in cases such as decision-making by women with intellectual disabilities and in situations of vulnerability.

In these cases, others need to intervene to provide support or assistance, which is consistent with one of the rules for treating people autonomously: "when asked, help others make important decisions" (16). This is because the context in which they operate makes a difference, due to the multifactorial socio-relational status of vulnerability, which is equally relevant for the assessment of their normative authority (17), as shown in Table 2.

Similarly, these are cases in which it is not only the specific vulnerability that must be addressed, but multiple vulnerabilities found in the same person, over which they rarely have any control because they arise from external dynamics.

Table 2. Context analysis in the ANHA approach

1. Understand the context	Swarm of vulnerabilities Vulnerability factors: - Poor health conditions - Cognitive or psychosocial limitations - Lack of access to key resources - Pressing socio-economic factors - Limiting sociodemographic factors - Age-related dependency - Historically marginalized or excluded groups - Forced displacement - Subjects under the care of caregivers who are not trained in caregiving	They cannot be addressed in isolation when they are present in the same person, as one decision can have collateral effects or be connected to others. Characteristics: • Interconnection • Complexity • Dynamics • Difficulty in prioritizing • They are present simultaneously Requires the following to be performed: - Systematic analysis: How are the vulnerability factors connected? What are their causes, origins, consequences, relationships, and effects? - Rational prioritization: Within the framework of prudence, which vulnerability factor, when resolved, facilitates the treatment of other factors? - Collaborative approach: How do families, the State, society, entities, and professionals work together to care for people with multiple vulnerabilities?
---------------------------	---	---

2. Understanding the identification and evaluation of the importance of connectors and capabilities	Divisors	Help, Support, Reset Measure, or Intervention	Connectors
	Things you want to stop	Making a reproductive decision	Things you want to support
	Systems and institutions	Integration of cognitive, emotional, and motivational information Knowledge alone is not enough	Systems and institutions
	Attitudes and actions	Why? Where? What? When? How?	Attitudes and actions
	Values and interests		Values and interests
	Experiences		Experiences
	Symbols		Symbols
		All aid should reduce tensions and strengthen capacities (competence for autonomy).	

3. identifying relevant characteristics of the aid agency and its program, and assessing and reassessing impacts on dividers, tensions, and capacities.	<i>"Nothing about us without us"</i> No support that affects a right can be taken away from its beneficiary behind their back (trust). <i>"I don't understand, but you do"</i> Just because someone doesn't understand the consequences of a decision doesn't mean that those who support it don't have to understand them on their behalf. (empathy) <i>"It's not enough to think about what's good"</i> All assistance must take into account every factor of vulnerability so as not to exacerbate harm (responsibility) <i>"It is always the right time to do what is right"</i> It is always better to act to improve conditions of vulnerability than to do nothing (action) <i>Do not use "no harm" as an excuse to lie</i> Not doing harm cannot be used as an excuse for lying; people deserve to be treated with truth (truthfulness) <i>Those who help or support "choose the good, not a good."</i> The purpose of help or support is not to judge those who are supported. Although there may be a perception that their intervention is not being done well, it is always framed within the context of doing good, that is, seeking to choose the good (no recrimination).
--	--

Source: prepared by the author, based on Anderson and Wallace's ANHA framework.

3. Practical implications of ANHA in obtaining informed consent

As mentioned above, the main objective of the ANHA is to prevent unintended negative consequences for the individuals, communities, or groups being supported. When this approach is applied to women with intellectual disabilities in the context of a reproductive decision,

where other factors of vulnerability may converge at the same time as their disability, the practical implications are profound.

This approach invites us to recognize that even well-intentioned actions can have adverse effects if the contextual conditions, the multiple dimensions of vulnerability, and the decision-making capacity of the women involved are not adequately considered.

Thus, applying the ANHA to these types of decisions not only involves preventing further harm, but also requires actively promoting scenarios that guarantee autonomy, dignity, and reproductive justice for women. This application must consider the following elements in all cases:

a. *Understanding intellectual disability as a vulnerability factor*

Intellectual disability is an intellectual development disorder, within the spectrum of neurodevelopmental disorders, defined since 2022 as “a disability characterized by significant limitations in both intellectual functioning and adaptive behavior, encompassing many social and daily life skills.” This disability originates before the age of 22 (18). ID has three diagnostic criteria: i). Impairments in intellectual functions, ii). Impairments in adaptive behavior, iii). Onset of intellectual and adaptive impairments during the developmental period. The DSM-5 TR (2022)¹ (19) proposes a classification of intellectual development disorders based on severity, measured according to adaptive functioning, as this determines the level of support required, distinguishing between: mild, moderate, severe, and profound.

The discussion raised by cases in which it is effectively recognized that the state of intellectual disability is of such magnitude that it prevents the right holder from unequivocally expressing a

¹ DMS TR 20022 has sought to simplify some terms for better understanding and communication. For example, “intellectual disability” has been renamed “intellectual developmental disorder” to better reflect the nature of the disorder and highlight its relationship to intellectual development.

decision about the disposition of her body, either to receive medical treatment or surgical intervention with the aim of preventing pregnancy, i.e., a permanent method of contraception. This is a momentous and, in this case, dilemmatic decision, given the implications of the decision to have children or not in people's life plans, which are based on their autonomy and free development of their personality, and, on the other hand, the conditions in which the new member of the family can develop, with the care that is desired and that a woman with a severe disability is unlikely to be able to provide, there is a debate that is not easy to mediate.

When intellectual disability affects an individual's decision-making capacity, it is very difficult to obtain informed consent from the patient, which poses an obstacle for health service providers or professionals, often forcing family members or caregivers to make the decision.

If the woman does not have full cognitive abilities that allow her to understand the decision-making process, i.e., attention, perception, motor skills, social cognition, executive functions, language, and memory (20), it is extremely difficult to obtain valid informed consent from her. This does not mean that health professionals in the health service provider network are exempt from taking all the necessary steps to obtain consent, which involves following the technical guidelines for the implementation of informed consent for people with disabilities, within the framework of sexual and reproductive rights (21).

As established by the slogan "Nothing about us without us" used by the movement for the independent living of persons with disabilities (22), which expresses the idea that no decision affecting persons with disabilities should be made without their full participation or behind their backs, it is important to note that recognition of their autonomy is not synonymous with their capacity, which must be respected in all decisions that affect them.

Medical recognition and assessment of the state, level, or degree of disability is a determining factor in establishing the extent to

which a person can understand a reproductive decision, from which the path to follow for possible clinical intervention is derived.

It must be understood that any intervention in the body requires consent, and in the clinical field, this consent must be sufficiently informed, with the following characteristics: voluntariness, disclosure or full information, and decision-making capacity. Among the skills involved in decision-making capacity, it should be noted that, as in the human cognitive process, the person must be in a situation that allows them to understand, appreciate, reason, and express their choice freely.

b. *Understanding the context of women with intellectual disabilities in reproductive decision-making from a normative perspective*

The context analysis must consult reproductive rights and their jurisprudential development in the category of women with intellectual disabilities. In Colombia, several provisions and jurisprudential pronouncements² have recognized the reproductive rights of women and, in particular, how this right must be guaranteed to women with disabilities, which will be discussed later. The first thing to note is that sterilization without the consent of women with disabilities is unconstitutional. However, it is recognized that women with disabilities

² The Constitutional Court, in ruling T-199 of May 25, 2025, with Judge Diana Fajardo Rivera presiding, in a historic decision defending women's autonomy in reproductive decision-making in situations of disability, raised the following legal issue to be resolved in a specific case: (i) Do an ESE and an EPS violate the rights to health, informed consent, legal capacity, a life free of violence, and the reproductive rights of a woman of legal age with intellectual, psychosocial (mental), and multiple disabilities by ordering a surgical contraception procedure? In this case, it was established that Verónica, as a woman with intellectual and psychosocial disabilities, has the right to exercise her sexual and reproductive rights fully and autonomously, on an equal basis with other persons. To this end, she can count on reasonable accommodation and support for decision-making, without her disability justifying others making decisions for her. Denying this autonomy constitutes a form of discrimination, contrary to the Constitution, case law, and the international commitments of the Colombian State.

need to be supported in their reproductive decisions in a respectful manner and with appropriate mechanisms to ensure that their autonomy is protected.

Table 3 shows the regulatory framework to be reviewed regarding the sexual and reproductive rights of persons with disabilities in Colombia, which includes, among other provisions, the following:

Table 3. Regulatory framework for sexual and reproductive rights of persons with disabilities in Colombia

Convention on the Rights of Persons with Disabilities (2016). Adopted by Law 1346 of 2009, “Approving the Convention on the Rights of Persons with Disabilities,” adopted by the United Nations General Assembly on December 13, 2006. Specifically, Articles 12 and 25.
Statutory Law 1618 of 2013: “Establishing provisions to guarantee the full exercise of the rights of persons with disabilities.”
Statutory Law 1751 of 2015: “Regulating the fundamental right to health and establishing other provisions.”
Law 762 of 2002: “Approving the Inter-American Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Persons with Disabilities, signed in Guatemala City, Guatemala, on June 7, 1999.”
Decree 3973 of 2005: “Enacting the Inter-American Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Persons with Disabilities, signed in Guatemala City, Guatemala, on June 7, 1999.”
Law 1306 of 2009: “Establishing rules for the protection of persons with mental disabilities and establishing the <i>Legal Representation Regime for Emancipated Incapacitated Persons</i> .” Partially regulated by National Decree 600 of 2012. In accordance with Law 762 of 2002 and Law 1346 of 2009. Articles 1 to 48 were repealed by Article 61 of Law 1996 of 2019.
Law 1412 of 2010: “Authorizing and promoting free vasectomy and tubal ligation as a means of promoting responsible parenthood.”
Decree 0600 of 2012: “Partially regulating Law 1306 of 2009 and issuing provisions regarding endorsements or guarantees.”
Resolution 2003 of 2014 MinSalud: Defining the procedures and conditions for the registration of Health Service Providers and the authorization of health services.

Resolution 1904 of 2017 MinSalud: “Whereby the regulations are adopted in compliance with the eleventh order of ruling T-573 of 2016 of the Constitutional Court and other provisions are issued.”
Law 1996 of 2019: “Establishing the regime for the exercise of legal capacity by persons with disabilities of legal age.”
Amendment of Law 1564 of 2012, General Code of Procedure. Establishes the regime for the exercise of legal capacity by people with disabilities of legal age.
Case law framework of the Constitutional Court of Colombia on reproductive rights of women with disabilities
Judgment T-850/2002 , dated October 10, 2002. M.P. Rodrigo Escobar Gil.
Judgment T-248 of 2003 , dated March 21, 2003. M.P. Eduardo Montealegre Lynett.
Judgment T-492 of 2006 dated June 29, 2006. M.P. Marco Gerardo Monroy Cabra.
Judgment T-1019 of 2006 , dated December 1, 2006, Judge Jaime Córdoba Triviño.
Judgment T-063 of 2012 , dated February 9, 2012, M.P. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo.
Judgment C-131 of 2014 , dated March 11, 2014. M.P. Mauricio González Cuervo.
Judgment T-740 of 2014 , dated October 3, 2014. Presiding Judge: Luis Ernesto Vargas Silva.
Judgment C-182 of 2016 , dated April 13, 2016, M.P. Gloria Stella Ortiz Delgado.
Judgment T-573 of 2016 , dated October 19, 2016, Presiding Judge Luis Ernesto Vargas Silva.
Judgment T-690 of 2016 , dated December 7, 2016. M.P. Alberto Rojas Ríos.
Judgment T-665 of 2017 by M.P. Gloria Stella Ortiz Delgado.
Judgment T-231 of 2019 , dated May 28, 2019. M.P. Cristina Pardo Schlesinger.
Judgment T-199 of 2025, May 25, M.P. Diana Fajardo Rivera

Source: prepared by the author.

As a result, Colombian constitutional law and jurisprudence have developed a solid framework that guarantees the sexual and reproductive rights of women with disabilities. The prohibition of sterilization without the free and informed consent of the person concerned, always presuming their legal capacity, has been established as a general rule. Only in exceptional cases —and after meeting rigorous requirements— can substitute consent be authorized, which requires the existence of a profound and severe disability, proven risk to life, proven inability of the person to consent in the present or future, and prior judicial authorization.

Currently, there is a call for the duty to provide reasonable accommodation and decision-making support as part of the transition to a social model of disability (23,24), in line with international human rights standards. Consequently, informed consent in these cases must be advanced, promoted, and facilitated through technical and educational means and by professionals to ensure respect for the self-determination of all women, including those with intellectual disabilities.

In this context, Law 23 of 1981, which establishes standards for medical ethics in Colombia, refers to doctor-patient relationships in Articles 14 and 15 and warns of the need for consent to perform the various medical and surgical treatments that may be required, as follows:

Article 14. The physician shall not perform surgery on minors, persons who are unconscious or mentally incapacitated without the prior authorization of their parents, guardians, or relatives, unless the urgency of the case requires immediate intervention.

Article 15. The physician shall not expose his or her patient to unjustified risks. He or she shall request the patient's consent to apply any medical or surgical treatment that he or she considers essential and that may affect the patient physically or psychologically, except in cases where this is not possible, and shall explain the consequences to the patient or those responsible for him or her in advance.

From the regulations and case law outlined above, at least four models of informed consent can be established in Colombia, as can be seen in Table 4, for cases of reproductive decision-making by women with intellectual disabilities, as follows: general informed consent in reproductive matters, assisted, qualified, and substitute.

Table 4. Types of informed consent used in reproductive decision-making by women with intellectual disabilities in Colombia

Informed consent: general regulatory concept

Resolution 2003 of 2014 defined informed consent as: "...the free, voluntary, and conscious acceptance by a patient or user, expressed in the full exercise of their faculties, after receiving adequate information, for a healthcare procedure to be carried out."

For the purposes of the regulation on medical records, it is the document that is drawn up after acceptance under the conditions described. If the patient is not in full possession of their faculties, acceptance of the medical act must be given by a family member, close relative, or responsible representative of the patient.

Constitutional Court Ruling C-182-2016.

Informed consent must be (i) free, that is, it must be voluntary and without any undue interference or coercion, (ii) informed, in the sense that the information provided must be sufficient, that is, timely, complete, accessible, reliable, and informal, and in some cases, (iii) qualified, a criterion under which the degree of information that must be provided to the patient in order to make their decision is directly related to the complexity of the procedure and, therefore, a greater degree of capacity to exercise consent is required, in which cases formalities may also be required for such consent to be valid, such as that it be given in writing. In addition, it requires that the individual be able to understand independently and sufficiently the implications of the medical intervention on their body. Failing this, third parties may exceptionally give such consent, as will be discussed below.

Constitutional Court Ruling C-233-2021: established that informed consent must be free, informed, and unequivocal, indicating that individuals may not only express it when necessary, but that it may also be given in advance.

Informed Consent

Essential requirements in the field of access to information on reproductive matters according to the Inter-American Commission on Human Rights

The Inter-American Commission on Human Rights, specifically in the area of access to information on reproductive matters, has stated that informed consent consists of three essential requirements:

- (iv) that health professionals provide the necessary information on the nature, benefits, and risks of the treatment, as well as alternatives to the treatment;
- (v) consider the needs of the person and ensure the patient's understanding of that information; and
- (vi) that the patient's decision is voluntary. Thus, informed consent must guarantee a voluntary and sufficiently informed decision, which protects the patient's right to participate in medical decisions and, in turn, imposes obligations on health service providers.

Assisted informed consent

Assisted informed consent is understood to be obtained when it is not possible to ascertain the will of the person with a disability, after determining reasonable supports and adjustments. In these cases, support people who demonstrate a relationship of trust with the person with a disability and the treating health personnel will be called upon to jointly assist in decision-making regarding health care and the signing of the informed consent form. This fact must be recorded in the medical record with information on the decision made (25).

It is important to note that assisted informed consent, unlike substitute informed consent, requires the participation of the person with a disability and that they are also present when decisions are made regarding the health intervention they will receive.

- Rulings T 1019 of 2006, T-740 of 2014, C-182 of 2016, T-690 of 2016, T573-2016, T-665 of 2017.

Qualified informed consent

Constitutional case law has established that, depending on the extraordinary, invasive, or risky nature of a medical intervention, qualified informed consent may be required.

In other words, the more qualified the informed consent must be, “the greater the patient’s competence to decide must be and the clearer it must appear.” This shows that the exercise of patient autonomy, far from being an absolute concept, “depends on the very nature of the healthcare intervention.”

This type of consent requires greater clarity regarding the patient’s competence and more detailed information from the healthcare professional. Likewise, its formalization may involve additional requirements, such as written proof of the patient’s wishes and, in certain cases, the reiteration of consent after a period of reflection, especially in the case of prolonged treatments. These elements reinforce the idea that patient autonomy is a graduated concept, subject to the context and complexity of the medical procedure.

- Rulings C 182-2016. T-850 of 2002.

Substitute informed consent

Substitute informed consent occurs when a person is unable to express their wishes and has not done so in advance through an advance directive. In such cases, their family members and closest associates may help to interpret the person’s wishes and preferences (26).

Substitute consent is exceptional and only applies in cases where the person is unable to express their free and informed will after all necessary support has been provided.

Consequently, constitutional case law has determined that in cases where individuals lack sufficient awareness to authorize medical treatment for their own health and to recognize the reality surrounding them, such as in the case of “persons with profound mental disabilities or limitations or minors who, due to their young age, are totally dependent on their parents for survival,” third parties, through what is known as substitute consent, may endorse the medical procedures required by them in order to protect their life, health, and physical integrity. This type of consent is restricted and applies on a case-by-case basis, given its particular nature. It is exceptional and only applies in cases where the person is unable to express their will after all support has been provided to enable them to do so

Substitute consent is based on Articles 14 and 15 of Law 23 of 1981.

- Rulings T 248 of 2003, T 492 of 2006, T 063 of 2012, C 131 of 2014, C 182-2012, C-231 of 2019.

Source: prepared by the author.

From the above, it can be concluded that case law shows a tendency toward support, assistance, or reasonable accommodations that allow women with intellectual disabilities to make assisted decisions and only in exceptional cases, when it becomes impossible to make an individual decision, should substitute consent be used. This is because it is understood that each person requires a specific and individual analysis, since disability is not the same in all cases, and therefore assistance, support, or interventions cannot be exhaustive.

c. *Contextual analysis should investigate vulnerability factors additional to intellectual disability – clusters of vulnerability*

Vulnerability, first of all, as part of the human condition, makes us all equal. However, it is recognized that some people require enhanced protection, either because of their environment or their own internal circumstances or limited capacities, which require differential, positive, and progressive treatment to protect them. In this sense, vulnerability is perceived as a warning sign that some people need special attention.

According to Ten, vulnerability exists when at least three components are present (27): a) exposure: there must be external stresses or disturbances that generate potentially harmful threats as a result of the relationship between humans and their natural and social environment; b) sensitivity: such as susceptibility to harm; and c) adaptive capacity or response capacity. Of these, a) corresponds to external factors and b) and c) to internal factors.

In general, women with intellectual disabilities also face other situations of vulnerability, which must be considered and addressed comprehensively in any form of support, assistance, or intervention provided to them.

Hence, the expression “vulnerability clusters” is used in this article to refer to the fact that some individuals or groups, due to certain social factors in which they operate, are at greater risk of harm, abuse, and exploitation in contexts where they must make important decisions related to their lives, health, or fundamental rights, and

therefore require enhanced protection to prevent their combined conditions of vulnerability from turning them into victims. Some of the factors of vulnerability include the following: a) Poor health conditions, b) Cognitive or psychosocial limitations, c). Lack of access to key resources, d) Pressing socioeconomic factors, e) Limiting sociodemographic factors, f) Dependence due to age, g) Historically marginalized or excluded groups, h) Forced displacement, i) Subject to care by caregivers who are not trained in caregiving.

In the case described above involving the grandmother and her granddaughter, several vulnerability factors converge. On the one hand, the grandmother is a woman with an intellectual disability, living in precarious socioeconomic conditions, dependent on the care of another elderly woman, in a rural area affected by armed conflict, where access to health and education services is limited for her specific needs. This is what could be called a “swarm of vulnerabilities,” which exposes women to disadvantage or fragility in the face of external or internal threats that can affect their well-being, rights, or access to essential resources.

Therefore, in analyzing the case, the assistance, support, or measures deemed prudent to take must consider the context so that the best interests of her rights are prioritized, in order not to make her situation more difficult and, on the contrary, to try to improve her current situation. The ANHA provides a better methodological approach to decision-making.

Some authors within the framework of social justice theories (28) have warned that a new perspective on vulnerability must be considered, criticizing traditional definitions that understand it as a fixed condition. They propose a dynamic and contextual approach, conceptualizing vulnerability in “layers” (29). These layers can overlap and manifest themselves in different ways depending on the context and individual circumstances in which the subjects operate, such as in the case of women in environments that limit their reproductive rights.

Thus, vulnerability is not a permanent label, but a variable condition that can be altered and adjusted. The layered approach to vul-

nerability aims to avoid stereotypes and labels, allowing for a more relational and adaptable understanding of vulnerability that reflects the complexities of each particular case.

However, unlike the *layers of vulnerability* approach, the term *swarms of vulnerability* present the idea that multiple factors exist at the same time which, although interconnected, do not always depend on each other and are in disorder, so that addressing one factor does not necessarily overcome it without exacerbating another. whereas layers suggest linear connections between each other, representing an order for addressing simultaneous problems.

On the other hand, layers are addressed as negative conditions that prevent something, as a simple divider and tensioner, while the “*swarm*” raises the idea of addressing the context that surrounds the subject, not only as an individual element that can be overcome, but also requiring an understanding that there are factors that may never be overcome because there is no individual power to do so, as overcoming them depends on others.

In summary, any assistance, support, measure, or intervention implemented to obtain informed consent from a woman with intellectual disabilities in the context of her reproductive rights must not only consult the principles of autonomy and non-maleficence, but must also give special consideration, and even priority, to the principle of beneficence, in which at least the following must be fulfilled:

1. Comply with the ethical requirement of “do no intentional harm.” In this case, it is necessary to establish what the harm is, which in these cases can range from:
 - a) That the woman is unable to have children as a result of a surgical procedure that she cannot understand and to which she may not be able to give informed individual consent (sterilization decided by third parties – *principle of prevention*, which establishes that it is better to act preventively to avoid risks that could compromise a person’s safety, well-being, or rights, rather than reacting once the harm has already occurred (30).

- b) That a person who is unable to understand a reproductive decision may become pregnant with the possibility of giving birth to a sick child and the impossibility of providing appropriate care and attention for herself and the child, as she cannot take care of herself in various aspects of her life (*precautionary principle* applicable when there are indications that an action could cause serious or irreversible harm, but there is no complete scientific certainty about the magnitude or probability of the risk. This principle implies that, in the absence of certainty, preventive measures should be taken to avoid possible harm, even if it has not yet been conclusively proven that harm will occur) (31,32). All in all, caution is human behavior that aims to avoid harm.
- 2. Prevent harm.
- 3. Remove or destroy the damage.
- 4. Maximize benefits and minimize possible damage.
- 5. Promote the good through positive actions of care and well-being.

In this assessment, it must be considered that the obligation of the State through all its entities is related to the obligation to seek to “do good,” that is, to take measures to strengthen the rights of women with intellectual disabilities, provided that the following conditions are met (33): a) a threat of significant loss or damage to their rights. b) the necessary action and intervention by the State to prevent harm, loss, or impairment of an important right. c) recognition that, with the action and intervention of the State, the harm, loss, or impairment of an important right will likely be prevented.

- d. *The design of interventions with support measures must be focused on dignity and autonomy*

Once a systematic analysis of the context has been carried out, it is necessary to review that the intervention or support measures for

reproductive decision-making are carried out in a process that integrates cognitive, emotional, and motivational information.

Therefore, when obtaining informed consent, ways should be sought to reduce tensions and promote respect for the progressive autonomy of women with intellectual disabilities, avoiding imposed decisions or paternalistic practices and making reasonable adjustments as appropriate.

The International Convention on the Rights of Persons with Disabilities (34), Art. 2. Paragraph 4 establishes that “reasonable accommodation” means such appropriate modification and adjustment of services, facilities, or programs as may be needed in a particular case to ensure that persons with disabilities enjoy or exercise, on an equal basis with others, all human rights and fundamental freedoms.

Reasonable adjustments are currently seen as a new tool in anti-discrimination law which, although not exclusive to disability, allow for inclusive equality (35).

In relation to informed consent, these adjustments may include that all support must be adapted communicatively, in accordance with their cognitive abilities, using clear language, pictograms, or visual aids to facilitate understanding of medical information.

Depending on the case, accessible formats and the use of assent, understood as the verbal or nonverbal expression of will, should be provided. These measures seek to ensure respect for the autonomy and rights of people with disabilities in healthcare settings.

Among other considerations, any measures adopted involve reviewing policies, protocols, or services to ensure accessibility, inclusion, and reasonable accommodations.

It is no less important in cases of intellectual disability to involve families or caregivers in the process, as their role is important. However, the ANHA requires listening to and prioritizing the consent and perspective of women, even if they require support to express their will. In this way, processes of accompaniment and empowerment are generated, rather than replacement of decisions.

Women with intellectual disabilities face scenarios of constant social mistrust. Applying the ANHA approach means building ther-

apeutic or social bonds that restore their sense of trust and belonging, allowing them to be recognized as women who feel. In this order, all actions must be aligned with the Convention on the Rights of Persons with Disabilities, the intersectional gender approach, and frameworks such as the Social Model of Disability.

Conclusions

It is important to conclude on the importance of a bioethical approach that is sensitive to the realities faced by women with intellectual disabilities, especially in reproductive decision-making about their bodies, so that their well-being is always promoted without exacerbating factors of vulnerability associated with their context.

In this sense, the State, society represented by its doctors, among others, and the family, in joint responsibility, must guarantee that women with intellectual disabilities obtain informed consent in reproductive decisions, within the framework of respect for their autonomy and dignity, especially in highly vulnerable contexts.

The application of the ANHA offers a valuable framework for understanding how interventions should be designed so that they do not exacerbate existing vulnerabilities and, instead, promote women's well-being. This approach is proposed in consideration of the fact that traditional bioethical models do not always adequately address the multifactorial nature of vulnerabilities. Considering that traditional bioethical models, such as Beauchamp and Childress's principlism, utilitarian bioethics, and even the deliberative model, have been widely criticized for their individualistic, rational, universalist approach, which can mask existing power relations and be insensitive to cultural and relational diversity, revealing their limited capacity to address the complexity and multifactorial nature of the vulnerabilities affecting certain social groups, such as, in this case, women with intellectual disabilities.

These models tend to focus on ideal subjects —autonomous, informed, and fully rational— ignoring the intersections that can

occur simultaneously in a person, such as disability, gender, poverty, social exclusion, or others, which can lead to insufficient normative and ethical responses to real scenarios of structural inequality. Therefore, a more contextualized approach is needed that considers the intersection of various factors that simultaneously and in a difficult-to-overcome manner generate a *swarm of vulnerabilities*.

Thus, all support, assistance, measures, or interventions must be designed and evaluated based on the specific context in which they are carried out, recognizing that each situation may have different impacts on the women involved.

While it is always desirable to obtain informed consent that meets substantive and procedural requirements, where the expression of will is a true reflection of autonomy, in cases of intellectual disability in women in reproductive decisions, this is not easy. Therefore, in countries such as Colombia, models of qualified, assisted, and substitute informed consent have been reviewed. Evidenced by the incorporation of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities, there is a tendency to obtain direct and assisted consent with reasonable support or adjustments that allow participation in decision-making about their own lives, through adequate accompaniment that respects their autonomy.

References

1. Beauchamp T, Childress J. Principles of Biomedical Ethics. 7th ed. New York: Oxford University Press; 2012.
2. Gracia D. Procedimientos de decisión en ética clínica. 3a ed. Madrid: Editorial Triacastela; 2008.
3. Gadamer H. Verdad y método. Salamanca: Editorial Sígueme; 1984.
4. Charon R. Narrative Medicine: A Model for Empathy, Reflection, Profession, and Trust. JAMA. 2001; 286(15):1897–902. <https://doi.org/10.1001/jama.286.15.1897>
5. Martha M. Narrative ethics. In: Narrative Ethics: The Role of Stories in Bioethics; 2014.
6. Jonsen A, Toulmin S. The Abuse of Casuistry. Berkeley: University of California Press; 1988.
7. Jonas H. El principio de responsabilidad. Ensayo de una ética para la civilización tecnológica. Barcelona: Herder Editorial; 2004.

8. Pellegrino E, Thomasma D. For the patient's good: the restoration of beneficence of the healing professions. New York: Oxford University Press; 1988.
9. Wallace M. From Principle to Practice. A User's Guide to Do No Harm. Cambridge: Collaborative Learning Projects (CDA). Available at: https://www.cdacollaborative.org/?smd_process_download=1&download_id=3948
10. Anderson M. Acción sin daño: cómo la ayuda humanitaria puede apoyar la paz o la guerra. Londres: Lynne Rienner Publishers; 1999.
11. Abellán J. Bioética, autonomía y libertad. España: Fundación Universitaria Española; 2006.
12. Wallace M, Ziai A. From Principle to Practice. A User's Guide to Do No Harm / Development Discourse and Global History: From Colonialism to the Sustainable Development Goals. Cambridge/Londres: CDA Collaborative Learning Projects / Routledge; 2016.
13. Sgreccia E. Manuale di Bioética. Milano: Vita e Pensiero; 1994.
14. Langa Herrero A, Rey Marcos F. La acción sin daño y los proyectos de desarrollo: una alternativa práctica de triple nexo. Rev Esp Des Coop. 2023; 50(2):199–212.
15. Rabadán AT, Tripodoro VA. ¿Cuándo acudir al comité de bioética institucional?: El método deliberativo para resolver posibles dilemas. Medicina (B Aires). 2017; 77(6):486–90. Available at: https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802017000600007
16. Beauchamp T, Childress J. Principles of Biomedical Ethics. 7th ed. New York: Oxford University Press; 2012.
17. Mackenzie C. Autonomía relacional, autonomía normativa y perfeccionismo. Humanitas Hodie; 2020.
18. Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo (AAIDD). Definición de la discapacidad intelectual; 2022.
19. Morrison J. DSM-5® Guía para el diagnóstico clínico. Ciudad de México: Editorial El Manual Moderno; 2015.
20. Lezak MD, Howieson DB, Bigler ED, Tranel D. Neuropsychological Assessment. 5th ed. Oxford: Oxford University Press; 2012.
21. Ministerio de Salud y Protección Social. Orientaciones técnicas para la implementación del consentimiento informado para personas con discapacidad, en el marco de los derechos sexuales y derechos reproductivos. Bogotá: MinSalud; 2018.
22. Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación. Nada sobre nosotros sin nosotros: La convención de Naciones Unidas sobre discapacidad y la gestión civil de derechos. Mexico: CONAPRED; 2016.
23. Oliver M. The Politics of Disablement. London: Macmillan Press; 1990.
24. Palacios A. El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Madrid: CERMI; 2008.
25. Ministerio de Salud y Protección Social. Orientaciones técnicas para la implementación del consentimiento informado para personas con discapacidad, en el marco de los derechos sexuales y derechos reproductivos. Bogotá: MinSalud; 2018.

26. Ministerio de Salud y Protección Social. Orientaciones técnicas para la implementación del consentimiento informado para personas con discapacidad, en el marco de los derechos sexuales y derechos reproductivos. Bogotá: MinSalud; 2018.
27. Ten Have H. The Idea of Vulnerability. In: Vulnerability. 1st ed. United Kingdom: Routledge; 2016.
28. Fraser N. Escalas de justicia. Barcelona: Herder; 2008. Fraser N, Honneth A. ¿Redistribución o reconocimiento? Madrid: Morata; 2006. Luna F. Vulnerabilidad: la metáfora de las capas. *Jurisprudencia Argentina*. 2008; IV(1):60–7.
29. Luna F. Vulnerabilidad: la metáfora de las capas. *Jurisprudencia Argentina*. 2008; IV(1):60–7.
30. Garrafa V. Da bioética de princípios a uma bioética interventiva. *Rev Bioét (Impr.)*. 2009; 13(1). Available at: https://revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/97
31. Briceño AM. El principio de precaución en una sociedad de riesgos ambientales. Bogotá: Universidad Externado de Colombia; 2017.
32. Kottow M. Acerca del 'principio' precautorio. *Bioética y precaución. Nuevos Folios de Bioética*. 2011; (5):7–26. Available at: <https://www.revistas.uchile.cl/index.php/NFB/article/download/32902/34639>
33. Beauchamp T, Childress J. Principles of Biomedical Ethics. 7th ed. New York: Oxford University Press; 2012.
34. Organización de las Naciones Unidas (ONU). Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad; 2006.
35. Martínez J. Los ajustes razonables como medida de integración laboral de las personas con discapacidad. *Rev Derecho*. 2022; 23(1):187–211.

Reconocer y potenciar la dimensión humanística en el acto médico

Recognizing and strengthening the humanistic dimension of the medical act

María de la Victoria Rosales*

Pontificia Universidad Católica Argentina, Buenos Aires, Argentina

Rubén Oscar Revello**

Pontificia Universidad Católica Argentina, Buenos Aires, Argentina

<https://doi.org/10.36105/mye.2025v36n4.06>

Resumen

La formación de un médico humanista supone educar en valores, a través de los cuales sea posible lograr la integración del conocimiento

* Responsable del Área Neuroética y de Salud Mental del Instituto de Bioética, docente de grado y posgrado en la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Argentina (UCA), Buenos Aires, Argentina. Correo electrónico: mariarosales@uca.edu.ar <https://orcid.org/0000-0002-4248-5080>

** Director del Instituto de Bioética de UCA, Buenos Aires, Argentina. Correo electrónico: revello@uca.edu.ar <https://orcid.org/0000-0003-1986-9446>

Recepción: 23/05/2025 Aceptación: 12/06/2025

CÓMO CITAR: Victoria Rosales, M., Revello, R. O. (2025). Reconocer y potenciar la dimensión humanística en el acto médico. *Medicina y ética*, vol. 36, núm. 4. DOI: <https://doi.org/10.36105/mye.2025v36n4.06>



Esta obra está protegida bajo una Licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 4.0 Internacional.

con sus buenas prácticas. A partir de un estudio realizado con el propósito de revisar los elementos a tener en cuenta en la formación de un médico humanista, se evaluó la calidad de la formación en bioética en la escuela de medicina. En este escrito en particular se delinea el relato de un médico que describe cómo fue conformándose su perfil profesional junto a sus pacientes. Se destacan segmentos de una de las entrevistas realizadas con un médico cardiólogo, integrante de un servicio de cardiología intervencionista en un hospital de alta complejidad; el relato de su experiencia brinda la posibilidad de apreciar y encontrar el valor de la relación afectiva y emocional que posee la práctica clínica.

Palabras clave: bioética, educación, práctica médica, humanismo médico.

*Un hombre que asume por completo su responsabilidad
hacia un ser humano que lo espera,
o con respecto a un trabajo que le queda por concluir,
no dilapidará su vida.
Conoce el “por qué” de esta vida
y podrá soportar todos los “cómo” a que será sometido.*

Víctor Frankl

1. Introducción

El desarrollo tecnológico en la medicina, aplicado tanto en la prevención como en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, ha sumado a la precisión y rapidez de sus aportes, la pérdida del aspecto más importante de las relaciones humanas que consiste simplemente en *estar cerca, estar presente, estar* (1). Estos avances científico-tecnológicos paradójicamente propician una distancia entre médico y paciente, la pérdida de la cercanía y la disponibilidad en las prácticas (2). ¿Es posible adoptar una perspectiva evaluativa y meta científica para clarificar y revertir este posicionamiento en la atención del paciente? (3).

La formación de un médico humanista supone educar en valores, a través de los cuales sea posible lograr la integración del conoci-

miento con sus buenas prácticas. Es preciso que la transmisión de armonizar el conocimiento científico con las necesidades del paciente no solo diga explique o demuestre, sino que inspire a apropiarse de los valores humanizando la práctica con intervenciones significativas (4), por ejemplo, hacer posible la autonomía del paciente y sostenerla, acrecentándola a través de la toma de decisiones conjuntas. Establecer una relación de mutua confianza y responsabilidad, considerar todas las dimensiones de la persona, evitar que solo sea diagnosticar y recetar esquemas farmacológicos o tratamientos de alta complejidad; reconocer a la persona sufriente, inculcar el afecto y el apoyo, el respeto por el enfermo y su familia; cuidar la solidaridad con los colegas y el equipo de salud.

La técnica que evalúa y la intuición profesional pueden ser enlazadas por medio de habilidades comunicacionales y narrativas, competencias que se precisan para llevar adelante una práctica médica humanizada. Estas habilidades permiten el desarrollo de continuas mejoras en la alianza terapéutica y habilitan un proceso de comunicación que consolida la relación médico paciente (5).

Con el propósito de revisar los elementos a tener en cuenta en la formación de un médico humanista cuya atención ubique en el centro a la persona del paciente,¹ un estudio realizado en el año 2024 evaluó la calidad de la formación en bioética en la escuela de medicina.² Fue una larga investigación, de gran profundidad en sus resultados, que permitió conversar en profundidad con algunos de los médicos egresados de la facultad de medicina de la Pontificia Universidad Católica Argentina (UCA) y comprobar a partir de sus relatos, la relación entre la formación bioética y el desempeño del médico ya sea en su aprecio como en su compromiso personal. Si bien los resultados obtenidos en el estudio han sido descriptos con detalle en otro artículo (2); este escrito en particular delinea el relato de un médico.

¹ Evaluación de la formación bioética de la escuela de medicina de la UCA. Análisis de las 10 primeras cohortes de egresados. Tesis doctoral. Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica Argentina.

² Pontificia Universidad Católica Argentina. Facultad de Ciencias Médicas.

Volviendo sobre sí, describe cómo fue conformándose su perfil profesional junto a sus pacientes: consciente de sí mismo, se reconoce causa de sus acciones y de su ser; nos describe el valor y el sentido de su profesión, el respeto por sus pacientes y por sí mismo, su realidad personal en cada intervención terapéutica que lo relaciona con la persona del paciente.

Se destacan segmentos de una de las entrevistas realizadas con Augusto, médico cardiólogo, integrante de un servicio de cardiología intervencionista en un hospital de alta complejidad; el relato de su experiencia brinda la posibilidad de apreciar y encontrar el valor de la relación afectiva y emocional que posee la práctica clínica. Vuelve partícipe al lector de su descubrimiento personal e invita a acompañarlo en su afirmación: es posible acudir al amor en el acto médico. Su relato advierte que manifestar la vocación de servicio con afecto y el compromiso asumido con el paciente, pueden considerarse factores claves para obtener logros terapéuticos. Todo cambia cuando buscamos en todo dolor el rostro humano, el médico puede verse en el otro y su práctica se humaniza, no es solo tratar el cuerpo del enfermo y la enfermedad, es cuidar la situación de enfermedad que experimenta una persona.

...el paciente grave en final de vida es el paciente más importante, cuando estaba en la R 1 de clínica médica, me llamaron por un paciente que yo tenía en mi sala internado por una leucemia, la leucemia generalmente tiene un final muy agónico, me llamaron a mí porque yo era encargado de esa sala y me llamaban pidiéndome indicaciones y yo les decía, pásale morfina, pásale morfina, yo era residente de primer año, estaba totalmente saturado; cuando llegué a la sala a la mañana siguiente, el paciente se había muerto. Vuelvo a la sala justo cuando estaba la familiar, llorando y me dice (aquí el entrevistado se emociona y su voz se quiebra) “nadie lo vino a ver, nadie me vino a ver”. Nunca más fui el mismo. Así comprendí que no se trataba de la enfermedad sino del enfermo, de su familia

El inicio del encuentro estuvo indicado con la pregunta: *¿Existe un elemento común, una característica propia, en la práctica clínica de un médico egresado que recibió formación en bioética?* A medida que la entrevista avanzaba se realizaron preguntas más específicas y detalladas. Entre los temas abordados, es posible encontrar la responsabilidad de los médicos residentes en su práctica diaria, los valores, la empatía y la confianza, la relación médico paciente, enfrentar el dolor del otro y hacerse cargo, el respeto por los superiores, el trabajo junto a los enfermeros, el escenario de final de vida y la toma de decisiones, la comunicación con la familia de los pacientes, el cuidado de la confidencialidad y la importancia de trabajar en un equipo interdisciplinario (2).

Las tres partes de la entrevista, a saber, Orientación, La persona del médico y La clínica, podrían identificarse con las preguntas *¿Hacia dónde?, con qué?, ¿cómo?*

2. La orientación y los valores distintivos³

...Creo que hay un distintivo que marcó un camino [...] y realmente creo que tenemos muchas más herramientas y eso me paso como formador de residentes, de darme cuenta lo capacitado que yo estaba [...] hemos charlado en varias oportunidades cuánto la universidad nos preparó para ese tipo de charlas, para enfrentar, para contener y creo que eso nos destaca, la naturalidad con la que hablamos de determinados temas es algo que yo destaco. La tranquilidad con la que uno puede hablar por ejemplo del final de la vida, hablamos tantas veces ¡tanto lo dijimos! De un lado, para el otro, tantas charlas, lo escuchaste cinco años seguidos, ya después te resulta familiar, y te preguntas cuando los demás hablan, ¿cómo te parece difícil enfrentarte a esto?, ¿cómo no podés hablar de esto? [...] Darle calidad de

³ Punto segundo de las pautas de creación de la carrera de medicina, *valorar la tradición de la Universidad Católica inserta en el origen mismo de la Universidad como institución*”.

vida, respetar al paciente, decir que no al encarnizamiento terapéutico, uno va viendo que es parte de uno, es un valor encarnado.

Descubrir y considerar como centro de todas las acciones a la persona es la orientación recibida, volverla propia y encarnarla permite deducir racionalmente principios fundamentales para la práctica clínica humanizada (6,7). La formación en bioética es un recurso necesario que impregna la acción médica de una dimensión esencial, lo que señala la importancia de nutrirse constantemente de una lectura existencial y filosófica en el conocimiento de la naturaleza del ser humano, a la luz de los valores. La capacidad de fundamentar y argumentar de manera efectiva en la defensa y el respeto de la dignidad de la persona, evidencian una propuesta académica que dialoga con el mundo actual. Frente a posturas pragmático utilitaristas que brindan a las subjetividades e individualismos aquello que demandan, se afirma la comprensión de la realidad de la persona en su dimensión ontológica y axiológica; junto a la fundamentación antropológica, la aplicación de un método triangular e interdisciplinario y la enunciación de principios propios, se comprueba la eficacia de un criterio sólido que permite discernir entre lo que es posible desde lo técnico-científico y lo que es éticamente lícito (8).

De esta manera es posible delinear un perfil de la profesión médica que destaca la importancia de estar presente y disponible al pie de la cama del enfermo. La formación en valores se propone generar un cambio profundo en cada uno de los futuros profesionales al momento de ejercer la medicina. Inculca una práctica que siempre busque el bien del paciente, que, al recibirlo, el médico sea capaz de integrar su historia de vida en un determinado contexto, que pueda explorar el significado de la enfermedad en la vida de esa persona. Constituye todo un desafío personal encontrar los mismos conceptos sobre los cuales tanto investigó a lo largo de su carrera, en su paciente: cómo cada persona enferma es una oportunidad de comprobar el valor único que adquiere el concepto de salud al incluir los

propósitos y las aspiraciones de cada paciente y no solo la ausencia de enfermedad.

Se espera que la formación en valores no quede reducida a acatar o cumplir a ciegas, sino que le permita al futuro médico, realizar un pasaje en vistas de una realización personal, que pueda descubrirse a sí mismo en su tarea. La práctica médica requiere vivir procesos, atravesar incluso períodos de incertidumbre en el que cada persona pueda ver qué le sucede hasta que se convierte en alguien diferente a quién era en el punto de partida.

3. La persona del médico

[...] con los pacientes, el conflicto es hasta donde quiero llegar con este paciente, qué le queremos brindar y ahí yo tengo argumentos que se me mezclan con mi persona, si uno busca en lo profundo todo es bioético en la práctica médica.[...] Un paciente de 95 años, un paciente que reanimaron 50 minutos en la calle, que sabes que no hay mucho más que hacer, hasta qué punto nosotros vemos algo más que el laboratorio y cómo no puedes ver al paciente que tienes enfrente?, hablarle, sostenerlo, revisar su entorno... eso es una discusión de todos los días. [...] en la comunicación, los modos, yo aprendí que uno debe empezar saludando, dando la mano, mirarlo a los ojos y ahí vas encontrando también la familia, hay quienes te ven y te quieren abrazar, otros ponen más distancia, generalmente soy de acomodarme, darle tranquilidad, que sepan que estoy disponible para asistirlos...

El modo a través del cual el médico se relaciona con el escenario de la práctica clínica, su manera de establecer vínculos e incluso su posicionamiento profesional son transformados por la vulnerabilidad que subyace en su propia humanidad. La forma en la que interactúa tanto con sus pares como con sus pacientes lo afecta y lo transforma

en su interior. Estar advertido de su propia vulnerabilidad le permite resignificar cuánto puede afectarse ante el dolor del otro; lo cual conlleva apertura y permeabilidad ante el sufrimiento, transformación subjetiva y comunicación con los demás. Es desde el reconocimiento de sí mismo como sujeto vulnerable como le será posible relacionarse y reconocer la vulnerabilidad del enfermo, advertir su propia fragilidad habilita su solidaridad con el que sufre, impulsa la intención protectora, amorosa y respetuosa ante la vulnerabilidad del otro. La apertura al semejante desde la propia vulnerabilidad permite un encuentro caracterizado muchas veces por la herida, que sin embargo le otorga sentido a su intención de curar y conlleva la posibilidad de generar un carácter humanizante en su arte (9).

Es importante reconocer que las actitudes de la vida personal del médico afectan las vidas de otras personas, sus pacientes; cuidarlos implica que adopte una posición personal ante la defensa de la vida, el respeto por la autonomía, la libertad y la responsabilidad de ambos en la toma de decisiones, el sufrimiento, el tratamiento del dolor, los tratamientos farmacológicos ofrecidos, el final de la vida y la proporcionalidad de los procedimientos técnicos. Seguir un camino que redescubre el aspecto más importante de la profesión médica, que es cuidar personas, no puede ocurrir sin implicación afectiva: la capacidad de conmoverse frente a la experiencia de dolor y sufrimiento del enfermo, la importancia de establecer una alianza terapéutica que se transforme en un vínculo que enriquezca a ambos.

No siempre habrá que abordar dilemas éticos de complejidad, muchas veces son los problemas cotidianos los que presentan la oportunidad de distinguir la práctica: llamar por el nombre propio, decir buenos días, sonreír, mostrarse confiable y disponible. Avanzar en la comprensión del diagnóstico y la enfermedad de la persona sin dejar de lado la forma en que ésta habita el mundo: cómo se comunica, cómo toma decisiones. Hay que considerar que los síntomas del paciente trascienden la enfermedad, modulados estos por cuestiones no solo biológicas sino también cognitivas, socioeconómicas, psicológicas y espirituales.

[...]Yo siempre cuento esta historia porque a mí me marcó a fuego, yo... a ella, no le importó que se muera el paciente, si ella sabía que se iba a morir, ya se lo habían dicho veinte veces y a mí no me importaba porque era un paciente fácil, “pásale morfina porque ya no hay nada que hacer”, pero había todo que hacer, tenía que ir a calmar a la mujer, porque vos tratás a los dos y te das cuenta de eso, a partir de ahí, yo tengo algo: que todo paciente que era terminal yo me encargaba de ir a verlo y a la familia y me sentía cómodo con las discusiones que podía llegar a tener con el final de la vida, esto de poder explicar, mostrarle que están haciendo cosas, aunque sea 20 veces, eso es explicación médica pero creo que tenés que tener claro vos como persona que eso es importante. Yo no tenía ni idea, el mensaje que yo recibí fue acá es solo pasar morfina y fue lo que hice, pero el mensaje debiera haber sido (y un residente superior me lo decía), esto está mal, yo lo entendí después [...].

Restaurar la salud, sanar al enfermo y cuidarlo en su fragilidad implica establecer una relación de confianza, que se basa en las cualidades y los valores personales del médico. La profesión médica asumida en un marco de humanidad se distingue cuando el médico se muestra confiable, fuerte frente a las adversidades de cada paciente, honesto y justo en sus decisiones, respetuoso de la condición vulnerable del enfermo, empático y objetivo para actuar. Su acto médico resulta entonces de la conjunción equilibrada entre la dimensión antropológica, lo disciplinar de su formación y su ejercicio profesional y el contexto social que lo rodea, regulador este último de variables técnicas, económicas, administrativas y socio políticas. El acto médico es humanizado cuando consiste en un reconocimiento mutuo a partir del cual es posible cuidar del otro. Reconociéndose a sí mismo como persona frágil, vulnerable, dependiente, es como podrá advertir que, si bien es preciso y de gran ayuda el conocimiento técnico y científico para tratar enfermedades, no es posible cuidar y acompañar sin una aproximación y un acompañamiento humanos, especialmente

en determinadas situaciones, por ejemplo, la enfermedad crónica, el proceso de morir, los padecimientos mentales, la discapacidad.

4. La clínica

Tan sencillamente como es preguntar, es como se accede a explorar el sufrimiento del paciente. Esta acción requiere tiempo que propicie la expresión de temores en relación con la enfermedad, las ideas en relación con el diagnóstico y el tratamiento ofrecido; la manifestación de la funcionalidad afectada por la enfermedad y la significación personal otorgada junto a las expectativas de mejora. Explorar el sufrimiento requiere sin dudas el establecimiento de una alianza terapéutica inicial, un contrato tácito basado en la confianza, que por su sola instalación ya promete efectos terapéuticos. Claro que, al inicio de esta alianza, debe seguirle la instalación de una adecuada comunicación entre el médico, el paciente y su familia, sostenida a lo largo de todo el tratamiento y evolución de la enfermedad. En el establecimiento de dicha comunicación intervendrán factores de relevancia: preservar la privacidad y la intimidad de cada persona proporcionará el encuadre necesario que garantice la confidencialidad, contener y esclarecer situaciones de angustia, temores, muchas veces desesperación frente a un diagnóstico inesperado, ofrecer la comprensión frente la situación de enfermedad de cada persona y fortalecer el compromiso asumido de un tratamiento posible, informando de manera oportuna y eficaz para ayudar en la toma de decisiones, respetando las opciones del paciente e incluso participar en gestiones clínicas que puedan facilitar el acceso a la asistencia.

Esta comunicación consolidará la relación médico paciente, estableciendo un vínculo entre ambos. Solo ante esta condición será posible ingresar a la privacidad e intimidad del paciente enfermo; con actitud empática y con disposición a la escucha y la contención. El acto médico es transformado por la escucha empática, que permite compartir las emociones con el otro y diferenciarlas mínimamente de los propios sentimientos. La empatía permite entender las conductas

del otro a partir de poder conocer cómo piensa, implica un modo de acceder a los pensamientos de la otra persona. Un sujeto empático puede identificarse a sí mismo, ubicarse espacialmente y tener conciencia del lugar desde el cual percibe la realidad, posee la capacidad de descentrarse mentalmente, sintiendo con alguien más. La conciencia de *estar fuera de la otra persona y tener que alcanzarla* es el requisito previo para la empatía. Se ha mencionado ya en otros escritos acerca de la importancia de este particular vínculo de mutua responsabilidad (10).

[...] hay pacientes con quienes tenés que ser distinto, más informal, quedarte un tiempo, abrazarlo, entrar en contacto, tocarlo mucho y así se sienten más contenidos [...] Hay un recurso que, si yo veo que tiene un elemento religioso, siempre le digo que voy a rezar por sus familiares, esa parte los tranquiliza. Siempre digo y se los digo a mis residentes: vos tenés que cerrar un capítulo acá, de la vida, de la familia y vos tenés que esforzarte que ese tipo cierre el cuentito bien, a nadie le gusta cerrar mal. Es diferente si un médico te explica que hicieron todo, que están peleando para salvarle la vida, que lo notes conmovido a que salga y te diga fríamente: sí, se murió. Te tenés que tomar el tiempo, sobre todo en la sala de internación.

[...] le dan morfina porque ya no hay nada que hacer, pero había todo que hacer, tenía que ir a calmar a la mujer, porque vos tratas a los dos y te das cuenta de eso, a partir de ahí, yo tengo algo: que todo paciente que era terminal yo me encargaba de ir a verlo y también a la familia y me sentía cómodo con las discusiones que podía llegar a tener con planteos que aparecían en el final de la vida, esto de poder explicar, mostrarle que se están haciendo muchas cosas para aliviar el dolor, aunque tenga que decirlo veinte veces, eso es explicación médica, pero creo que primero tenés que tener claro vos como persona que tan importante es eso.

[...] cuando crees que no tenés nada más que hacer, tenés un montón más que hacer, para acompañarlo, escuchar, cuidarlo.

La clínica que se describe es activa, se dirige a aliviar el dolor y el sufrimiento manteniendo tanto la conexión emocional como la evaluación cognitiva de la situación que atraviesa el enfermo. Queda indicada la posibilidad que brindan las prácticas de tener la perspectiva de la persona enferma, de comprender cómo se siente y el porqué de sus reacciones, lo cual habilita una atención más humana, que acerca al médico con su paciente y enmarca la asistencia en mejorar la calidad de los cuidados sin temor a involucrar sus emociones. La amabilidad empática en el acto médico da cuenta de procesos de responsabilización y reparación que caracterizan a un médico humanista. Fue señalada como incompleta la formación profesional que solo realiza diagnósticos precisos, prudentes pronósticos y tratamientos oportunos sin ir más allá de los síntomas y las enfermedades para ocuparse de la persona.

La buena práctica requiere centrarse en el paciente y establecer con él un vínculo. Cabría señalar en este punto la característica que revisten los vínculos de transformar al sujeto, que deviene diferente a partir del encuentro con el otro. Resulta relevante destacar que vincularse no es cómo entre dos hacen algo, sino que en un vínculo descubrimos lo más íntimo de nuestra vida en otro. Por eso los vínculos implican una trascendencia, un atravesamiento de lo que un sujeto cree que es. Vincularse con la persona del paciente hace posible evitar la expresión de un repliegue sobre sí mismo, permite la disminución de la ansiedad que generan en el médico las situaciones críticas de los enfermos.

Es a partir de un vínculo empático que el médico identifica cómo es percibido el sufrimiento por el paciente y cuál es su grado de implicación, con qué recursos mentales cuenta para no apartarse de este sufrimiento ajeno intentando quizás no develar la propia impotencia, cómo reconoce sus propias emociones de manera de poder mostrarse sensible y respetuoso sin por eso perder el profesionalismo médico.

La técnica especializada podría amparar el distanciamiento afectivo con el enfermo, generado por la propia vulnerabilidad del médico ante el sufrimiento. Pero a los fines de evitarlo, es necesario dar lugar, sin temor, a la expresión de emociones confusas, a la discusión

y procesamiento de dudas en el profesional, sobre todo cuando esto involucre decisiones que conduzcan a aproximarse mejor al paciente y comprender allí donde simplemente se diagnosticaba; cuidar donde solo se realizaban intervenciones técnicas.

No hemos cesado de transmitir a nuestros alumnos de medicina que la práctica médica es pasional. Y describimos cada vez la pasión como aquello que pulsa, aquello que los hará insistir en la esperanza precisamente allí donde encuentren desolación. Sostenemos que, la pasión es la fuerza para contradecir la desesperanza, es la fuerza que apuesta por encontrar sentido en medio del caos que significa enfermar. Exclusivamente humana, la pasión no puede sustituirse, sin embargo, no es necesario perder la perspectiva, templar la pasión ayudará al médico a acercarse a su paciente, a volver cálida su atención. Quién sufre necesita sentir que habla con un humano, al mismo tiempo que es otro. Su sufrimiento no es banalizado y junto a su dolor, el médico lo recibe en forma singular e individual, el dolor del paciente es considerado como creación personal, como un mensaje que clama por ser escuchado, la subjetividad del paciente se plasma en lo que dice y el médico, apasionado en su tarea, no olvidará que en cada palabra está también impregnada la historia de esa persona. Transformar el dolor y el sufrimiento del enfermo dependerá de ir encontrando junto al paciente las palabras que permitan narrar lo inenarrable, lo que la enfermedad física acaso condenó al olvido o al silencio.

Importan las historias que se cuentan, cómo se cuentan y por qué es importante contarlas. Incluir el relato de la historia de vida del paciente es un recurso imprescindible para el entendimiento de la totalidad de la persona. Escuchar permitirá organizar el caos que la enfermedad provocó, dará lugar para que se integren emociones y sentimientos incómodos y habilitará para tomar decisiones conjuntas.

5. Conclusión

El relato de Augusto destaca una formación recibida cuyos pilares trascienden la vida universitaria y se despliegan en la vida profesional:

actitud empática en la relación con el paciente, autenticidad frente al grupo de pares en el hospital reflejada en la honradez y la fidelidad mostrada a sus valores y convicciones; apertura a una afectividad con el enfermo que permite habilitar cuidados compasivos; lealtad y fidelidad a las decisiones del paciente, integridad en la conducta, llevada con rectitud; respeto por el entorno del paciente, por su familia, consideración a su dolor personal e individual, miramiento por el que sufre. Augusto nos cuenta su experiencia, historias vividas con los enfermos que describen su práctica de los primeros años, nos cuenta una trama de acciones llevadas a cabo como residente, describe situaciones que lo transformaron, nos brinda en su relato una configuración dinámica de sucesos, en las que no solo interactúa con sus pacientes sino también con sus pares y con sus superiores en el hospital. Realiza una lectura de lo actuado y al compartirla su práctica humanizada se devela, se expresa y se ofrece como brújula. (11) Una práctica clínica humanizada es formulada: basada en el respeto por el sufrimiento del otro, centrada en la responsabilidad absoluta frente a la toma de decisiones y balizada por el cuidado de la dignidad de la persona.

Referencias

1. Centeno C. Libro Blanco para la Promoción de los Cuidados Paliativos Globales Ciudad del Vaticano: UCAM; 2018.
2. Revello R. La enseñanza de la bioética en la escuela de medicina de la pontificia universidad católica argentina. *Medicina e Morale*. 2025; 1:29-39. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2011/cgs112d.pdf>
3. Revello R, Rosales M, Banti E, Marega J. La elaboración de programas de bioética en las escuelas de medicina. En: XXIV Congreso Argentino de Educación Médica Buenos Aires; 2024.
4. Ortiz L. El humanismo en medicina. *Revista del Nacional (Itaguá)*. 2016; 8(2):1-3. <https://doi.org/10.18004/rdn2016.0008.02.001-003>
5. Tajer C. Las sociedades científicas y el humanismo médico. *Revista Argentina de Cardiología*. 2020; 82:340-341. Disponible en: https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1850-37482014000400016&lng=es&tlng=es
6. Miranda G. ¿Qué bioética queremos? Fundamentos Éticos de la Bioética Personalista. Cuadernos de Bioética.

7. Gaibor H, Gaibor N, Idrovo K. El humanismo en la práctica médica. RECIAMUC. 2024; 8(2):23-31. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/8.\(2\).abril.2024.23-31](https://doi.org/10.26820/reciamuc/8.(2).abril.2024.23-31)
8. Mendes M. Actualidad académica de la bioética personalista. Medicina y ética. 2025; 36(2):542-583. <https://orcid.org/0009-0009-8573-8859>
9. Avila JC. Consideraciones de la fragilidad humana frente a la conducta moral del médico. Revista Med. 2017; 25(2). Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-52562017000200117&lng=en
10. Rosales M. Empatía y final de vida: su manifestación en la personalidad del profesional de la salud y sus efectos en la práctica clínica. Persona y Bioética. 2024; 27(2). <https://doi.org/10.5294/pebi.2023.27.2.5>
11. Arenas G. La ética como brújula clínica. CABA: UNSAM EDITA; 2022.

Recognizing and strengthening the humanistic dimension in medical practice

Reconocer y potenciar la dimensión humanística en el acto médico

María de la Victoria Rosales*

Pontificia Universidad Católica Argentina, Buenos Aires, Argentina

Rubén Oscar Revello**

Pontificia Universidad Católica Argentina, Buenos Aires, Argentina

<https://doi.org/10.36105/mye.2025v36n4.06>

Abstract

The training of a humanistic physician involves education in values, through which it is possible to integrate knowledge with good practice.

* Head of the Neuroethics and Mental Health Area at the Institute of Bioethics, undergraduate and graduate lecturer at the Faculty of Medicine, Pontifical Catholic University of Argentina (UCA), Buenos Aires, Argentina. E-mail: mariarosales@uca.edu.ar <https://orcid.org/0000-0002-4248-5080>

** Director of the Institute of Bioethics, UCA, Buenos Aires, Argentina. E-mail: revello@uca.edu.ar <https://orcid.org/0000-0003-1986-9446>

Reception: 23/05/2025 Acceptance: 12/05/2025

CÓMO CITAR: Victoria Rosales, M., Revello, R. O. (2025). Recognizing and strengthening the humanistic dimension in medical practice. *Medicina y ética*, vol. 36, núm. 4. DOI: <https://doi.org/10.36105/mye.2025v36n4.06>



This work is licensed under a Creative Commons Attribution-Noncommercial 4.0 International License.

Based on a study conducted to review the elements to be considered in the training of a humanistic physician, the quality of bioethics training in medical schools was evaluated. This article describes the story of a physician who recounts how his patients have shaped his professional profile. Excerpts from an interview with a cardiologist who is a member of an interventional cardiology service at a high-complexity hospital are highlighted. His account of his experience allows us to appreciate and find value in the affective and emotional relationship that clinical practice entails.

Keywords: bioethics, education, medical practice, medical humanism.

*A man who fully assumes his responsibility
toward a human being who is waiting for him,
or toward a job that remains to be done,
will not squander his life.
He knows the “why” of this life
and will be able to endure all the “hows” to which he will be subjected.*

Victor Frankl

1. Introduction

Technological developments in medicine, applied to the prevention, diagnosis, and treatment of diseases, have added precision and speed to their contributions, but at the cost of losing the most important aspect of human relationships, which is simply *being close, being present, being* (1) Paradoxically, these scientific and technological advances create a distance between doctor and patient, a loss of closeness and availability in practice (2). Is it possible to adopt an evaluative and scientific approach to clarify and reverse this position in patient care? (3).

Training a humanistic doctor involves educating them in values that enable them to integrate knowledge with good practice. The transmission of scientific knowledge must be harmonized with the needs of the patient, not only explaining or demonstrating, but

also inspiring the appropriation of values that humanize practice through meaningful interventions (4), for example, enabling and sustaining patient autonomy, enhancing it through joint decision-making. Establishing a relationship of mutual trust and responsibility, considering all dimensions of the person, avoiding simply diagnosing and prescribing pharmacological regimes or highly complex treatments; recognizing the suffering person, instilling affection and support, respect for the patient and their family; fostering solidarity with colleagues and the healthcare team.

The technique used to evaluate, and professional intuition can be linked through communication and narrative skills, which are necessary to carry out a humanized medical practice. These skills allow for the development of continuous improvements in the therapeutic alliance and enable a communication process that strengthens the doctor-patient relationship (5).

With the aim of reviewing the elements to be taken into account in the training of a humanistic physician whose care places the patient at the center¹, a study conducted in 2024 evaluated the quality of bioethics training in medical school.² It was a long and in-depth study, which allowed for in-depth conversations with some of the doctors who graduated from the Pontificia Universidad Católica Argentina (UCA) medical school and, based on their accounts, verified the relationship between bioethical training and the performance of doctors, both in terms of their appreciation and their personal commitment. Although the results of the study have been described in detail in another article (2), this paper outlines the account of one doctor. Looking back, he describes how his professional profile was shaped by his patients: self-aware, he recognizes himself as the cause of his actions and his being; he describes the value and meaning of his profession, his respect for his patients and for himself, and his

¹ Evaluation of bioethics training at the UCA medical school. Analysis of the first 10 cohorts of graduates. Doctoral thesis. Faculty of Medicine, Pontifical Catholic University of Argentina.

² Pontifical Catholic University of Argentina. Faculty of Medical Sciences.

personal reality in each therapeutic intervention that connects him with the patient as a person.

Excerpts from one of the interviews with Augusto, a cardiologist who is part of an interventional cardiology service at a high-complexity hospital, are highlighted. The account of his experience provides an opportunity to appreciate and find value in the affective and emotional relationship that clinical practice possesses. He shares his personal discovery with the reader and invites them to accompany him in his assertion: it is possible to turn to love in the medical act. His account warns that expressing a vocation for service with affection and a commitment to the patient can be considered key factors in achieving therapeutic success. Everything changes when we look for the human face in all pain. The doctor can see himself in the other, and his practice becomes more humane. It is not just a matter of treating the patient's body and the disease, but of caring for the situation of illness that a person is experiencing.

...the seriously ill patient at the end of life is the most important patient. When I was in R 1 of the medical clinic, I was called about a patient I had in my ward who was hospitalized with leukemia. Leukemia usually has a very agonizing end. They called me because I was in charge of that ward, and they called me asking for instructions, and I told them, "Give him morphine, give him morphine." I was a first-year resident, I was completely overwhelmed. When I arrived at the ward the next morning, the patient had died. I returned to the ward just as the family was there, crying, and they said to me (here the interviewee becomes emotional and his voice breaks), 'No one came to see him, no one came to see me.' I was never the same again. That's when I understood that it wasn't about the disease, but about the patient and his family.

The beginning of the meeting was indicated with the question: *Is there a common element, a characteristic, in the clinical practice of a graduate physician who has received training in bioethics?* As the interview progressed,

more specific and detailed questions were asked. Among the topics addressed were the responsibility of resident physicians in their daily practice, values, empathy and trust, the doctor-patient relationship, facing the pain of others and taking responsibility, respect for superiors, working with nurses, end-of-life scenarios and decision-making, communication with patients' families, confidentiality, and the importance of working in an interdisciplinary team (2).

The three parts of the interview, namely Orientation, The Doctor as a Person, and The Clinic, could be identified with the questions *Where to? With what? How?*

2. Orientation and Distinctive Values³

...I think there is something distinctive that marked a path [...] and I really believe that we have many more tools, and that happened to me as a resident trainer, realizing how well trained I was [...] we have talked on several occasions about how much the university prepared us for these types of conversations, to face, to contain, and I think that sets us apart, the naturalness with which we talk about certain topics is something that I highlight. The ease with which one can talk about the end of life, for example. We talked about it so many times! On one side, on the other, there are so many talks, you heard it five years in a row, and then it becomes familiar, and you wonder when others talk about it, how can you find it difficult to face this? How can you not talk about this? [...] Giving quality of life, respecting the patient, saying no to aggressive treatment, you start to see that it's part of you, it's an embodied value.

Discovering and considering the person as the center of all actions is the guidance we receive, making it our own and embodying it allows

³ Second point of the guidelines for the creation of the medical degree program: "to value the tradition of the Catholic University embedded in the very origins of the University as an institution".

us to rationally deduce fundamental principles for humanized clinical practice (6,7). Training in bioethics is a necessary resource that imbues medical practice with an essential dimension, highlighting the importance of constantly nourishing oneself with an existential and philosophical reading of the nature of human beings in light of values. The ability to effectively justify and argue in defense of and respect for human dignity is evidence of an academic approach that is in dialogue with today's world. In contrast to pragmatic utilitarian positions that give subjectivities and individualisms what they demand, there is an affirmation of the understanding of the reality of the person in their ontological and axiological dimensions. Together with an anthropological foundation, the application of a triangular and interdisciplinary method, and the enunciation of its own principles, the effectiveness of a solid criterion is demonstrated, which allows for discernment between what is technically and scientifically possible and what is ethically permissible (8).

This makes it possible to outline a profile of the medical profession that highlights the importance of being present and available at the patient's bedside. Value-based training aims to bring about a profound change in each future professional when they practice medicine. It instills a practice that always seeks the good of the patient, so that when the doctor receives them, they are able to integrate their life story into a specific context and explore the meaning of the illness in that person's life. It is a personal challenge to find in patients the same concepts that they have researched so extensively throughout their career: how each sick person is an opportunity to verify the unique value that the concept of health acquires when it includes the purposes and aspirations of each patient and not just the absence of disease.

It is hoped that training in values will not be reduced to blind obedience or compliance but will enable future doctors to embark on a journey towards personal fulfillment, discovering themselves in their work. Medical practice requires going through processes, even periods of uncertainty, in which each person can see what is happening

to them until they become someone different from who they were at the starting point.

3. The physician as a person

[...] with patients, the conflict is how far we want to go with this patient, what we want to offer them, and there I have arguments that are mixed with my own personality. If you look deep down, everything is bioethical in medical practice. [...] A 95-year-old patient, a patient who was resuscitated for 50 minutes on the street, who you know there is not much more to do for, to what extent do we see something more than the laboratory and how can you not see the patient in front of you? Talk to them, hold them, check their surroundings... that is a daily discussion. [...] In communication, manners, I learned that you have to start by saying hello, shaking hands, looking them in the eyes, and then you also find the family. There are those who see you and want to hug you, others keep their distance. I usually try to make them feel comfortable, let them know that I am available to assist them...

Physicians' engagement with the clinical setting, their capacity to establish bonds, and their professional stance are all shaped by the vulnerability inherent to the human condition. The way they interact with both their peers and their patients affects and transforms them internally. Being aware of their own vulnerability allows them to reframe how much they can be affected by the pain of others, which leads to openness and permeability to suffering, subjective transformation, and communication with others. It is through recognizing himself as a vulnerable subject that he is able to relate to and recognize the vulnerability of the sick. Being aware of his own fragility enables his solidarity with those who suffer and drives his protective, loving, and respectful intentions toward the vulnerability of others. Openness to others from one's own vulnerability allows for an

encounter that is often characterized by pain, but which nevertheless gives meaning to the intention to heal and leads to the possibility of generating a humanizing character in one's art (9).

It is important to recognize that the attitudes of physicians in their personal lives affect the lives of others, their patients. Caring for them implies adopting a personal stance in defense of life, respect for autonomy, freedom, and responsibility for both parties in decision-making, suffering, pain management, pharmacological treatments offered, end-of-life care, and the proportionality of technical procedures. Following a path that rediscovers the most important aspect of the medical profession, which is caring for people, cannot happen without emotional involvement: the ability to be moved by the patient's experience of pain and suffering, the importance of establishing a therapeutic alliance that transforms into a bond that enriches both parties.

It will not always be necessary to address complex ethical dilemmas; often it is everyday problems that present opportunities to distinguish one's practice: calling someone by their name, saying good morning, smiling, being trustworthy and available. Advancing in the understanding of a person's diagnosis and illness without neglecting the way they inhabit the world: how they communicate, how they make decisions. We must consider that the patient's symptoms transcend the disease, modulated not only by biological factors but also by cognitive, socioeconomic, psychological, and spiritual issues.

[...] I always tell this story because it left a lasting impression on me. She didn't care if the patient died. She knew he was going to die, they had told her twenty times, and I didn't care because he was an easy patient, 'give him morphine because there's nothing else we can do', but there was everything to do, I had to go and calm the woman down, because you treat both of them and you realize that, from then on, I have something: I took it upon myself to visit every terminal patient and their family, and I felt comfortable with the discussions I might have about the end of life, being able to explain, show them what they were

doing, even if it was 20 times. That's a medical explanation, but I think you have to be clear as a person that it's important. I had no idea. The message I received was that it was just a matter of administering morphine, and that's what I did, but the message should have been (and a senior resident told me this), "This is wrong." I understood that later [...].

Restoring health, healing the sick, and caring for them in their fragility involves establishing a relationship of trust based on the personal qualities and values of the physician. The medical profession, when practiced within a framework of humanity, is distinguished by physicians who are trustworthy, strong in the face of each patient's adversities, honest and fair in their decisions, respectful of the vulnerable condition of the sick, empathetic, and objective in their actions. Their medical act is then the result of a balanced combination of the anthropological dimension, the discipline of their training and professional practice, and the social context that surrounds them, the latter regulating technical, economic, administrative, and socio-political variables. The medical act is humanized when it consists of mutual recognition from which it is possible to care for the other. By recognizing themselves as fragile, vulnerable, and dependent persons, they can see that, while technical and scientific knowledge is necessary and helpful in treating illness, it is not possible to care for and accompany others without a human approach and accompaniment, especially in certain situations, such as chronic illness, the dying process, mental illness, and disability.

4. The clinic

Simply asking questions is how we begin to explore the patient's suffering. This action requires time to encourage the expression of fears related to the illness, ideas about the diagnosis and treatment offered, the manifestation of the functionality affected by the illness, and the personal significance given to it, along with expectations for

improvement. Exploring suffering undoubtedly requires the establishment of an initial therapeutic alliance, a tacit contract based on trust, which in itself promises therapeutic effects. Of course, this alliance must be followed by the establishment of adequate communication between the doctor, the patient, and their family, which must be maintained throughout the treatment and evolution of the disease. Relevant factors will play a role in establishing this communication: preserving the privacy and intimacy of each person will provide the necessary framework to guarantee confidentiality; containing and clarifying situations of distress, fears, and often despair in the face of an unexpected diagnosis; offering understanding of each person's illness and strengthening the commitment to a possible treatment; providing timely and effective information to assist in decision-making, respecting the patient's choices, and even participating in clinical procedures that may facilitate access to care. This communication will strengthen the doctor-patient relationship, establishing a bond between them. Only under these conditions will it be possible to enter into the privacy and intimacy of the sick patient, with an empathetic attitude and a willingness to listen and provide support. The medical act is transformed by empathic listening, which allows us to share emotions with others and differentiate them minimally from our own feelings. Empathy allows us to understand the behavior of others by knowing how they think; it implies a way of accessing the thoughts of the other person. An empathetic person can identify themselves, locate themselves spatially, and be aware of the place from which they perceive reality. They have the ability to mentally decentralize themselves, feeling with someone else. The awareness of *being outside the other person and having to reach them* is a prerequisite for empathy. The importance of this particular bond of mutual responsibility has already been mentioned in other writings.

[...] there are patients with whom you have to be different, more informal, stay a while, hug them, make contact, touch them a lot, and that way they feel more contained [...] There is a resource that, if I see that it has a religious element, I always tell

them that I am going to pray for their family members, and that part calms them down. I always say to my residents: you have to close a chapter here, of life, of family, and you have to make an effort to ensure that this person closes the story well; nobody likes to close it badly. It is different if a doctor explains that they did everything they could, that they are fighting to save his life, and you can see that he is moved, than if he comes out and says coldly: yes, he died.

You have to take your time, especially in the hospital ward. [...] They give him morphine because there's nothing else, they can do, but there was everything they could do. I had to go calm the woman down, because you treat both of them and you realize that. From then on, I have something:

I made it my responsibility to visit every terminal patient and their family, and I felt comfortable with the discussions I might have about issues that arise at the end of life, being able to explain, to show them that a lot is being done to alleviate the pain, even if I have to say it twenty times. That's a medical explanation, but I think first you have to be clear as a person about how important that is.

[...] when you think there is nothing more you can do, there is a lot more to do, to accompany them, listen to them, care for them.

The clinic described is active, aiming to alleviate pain and suffering while maintaining both an emotional connection and a cognitive assessment of the patient's situation. The practices offer the possibility of seeing things from the perspective of the sick person, of understanding how they feel and why they react the way they do, which enables more humane care, bringing the doctor closer to their patient and framing the assistance in terms of improving the quality of care without fear of involving their emotions. Empathetic kindness in the medical act reflects the processes of accountability and reparation that characterize a humanistic physician. Professional training that only provides accurate diagnoses, prudent prognoses,

and timely treatments without going beyond symptoms and diseases to address the person was noted as incomplete. Good practice requires focusing on the patient and establishing a bond with them. At this point, it is worth noting the characteristic of bonds to transform the subject, who becomes different after encountering the other. It is important to emphasize that bonding is not how two people do something together, but rather that in a bond we discover the most intimate aspects of our lives in another person. That is why bonds imply a transcendence, a crossing of what a subject believes himself to be. Bonding with the patient makes it possible to avoid the expression of withdrawal into oneself and reduces the anxiety that critical situations generate in the physician. It is through an empathetic bond that the doctor identifies how the patient perceives their suffering and their degree of involvement, what mental resources they have to avoid distancing themselves from this suffering, perhaps trying not to reveal their own helplessness, how they recognize their own emotions in order to show sensitivity and respect without losing their medical professionalism.

Specialized techniques could help to mitigate the emotional distance between the doctor and the patient, which is generated by the doctor's own vulnerability in the face of suffering. However, in order to avoid this, it is necessary to allow, without fear, the expression of confusing emotions, discussion, and the processing of doubts among professionals, especially when this involves decisions that lead to a closer relationship with the patient and understanding where previously there was only diagnosis; caring where previously there were only technical interventions.

We have never ceased to convey to our medical students that medical practice is passionate. And we describe passion as that which drives them, that which will make them insist on hope precisely where they find desolation. We maintain that passion is the force that contradicts despair; it is the force that seeks to find meaning in the chaos of illness. Exclusively human, passion cannot be replaced, but it is not necessary to lose perspective. Tempering passion will help doctors get closer to their patients and make their care warmer.

Those who suffer need to feel that they are talking to a human being, while at the same time being someone else. Their suffering is not trivialized, and along with their pain, the doctor receives it in a unique and individual way. The patient's pain is considered a personal creation, a message crying out to be heard. The patient's subjectivity is reflected in what they say, and the doctor, passionate about their work, will not forget that each word is also imbued with that person's history. Transforming the pain and suffering of the sick will depend on finding, together with the patient, the words that allow them to narrate the unspeakable, what physical illness may have condemned to oblivion or silence.

The stories that are told, how they are told, and why they are important to tell matter. Including the patient's life story is an essential resource for understanding the whole person. Listening will allow us to organize the chaos caused by the illness, give space for uncomfortable emotions and feelings to be integrated, and enable joint decision-making.

5. Conclusion

Augusto's story highlights an education whose pillars transcend university life and unfold in his professional life: an empathetic attitude in his relationship with patients, authenticity in front of his peers in the hospital, reflected in his honesty and loyalty to his values and convictions; openness to affection toward the sick, which enables compassionate care; loyalty and fidelity to the patient's decisions, integrity in conduct, carried out with rectitude; respect for the patient's environment and family, consideration for their personal and individual pain, and care for those who suffer. Augusto tells us about his experience, stories he has lived with patients that describe his practice in his early years. He recounts a series of actions he carried out as a resident, describes situations that transformed him, and provides us with a dynamic account of events in which he interacts not only with his patients but also with his peers and superiors at the

hospital. He reflects on his actions and, in sharing them, his humanized practice is revealed, expressed, and offered as a compass. A humanized clinical practice is formulated: based on respect for the suffering of others, centered on absolute responsibility in decision-making, and guided by care for the dignity of the person.

References

1. Centeno C. Libro Blanco para la Promoción de los Cuidados Paliativos Globales Ciudad del Vaticano: UCAM; 2018.
2. Revello R. La enseñanza de la bioética en la escuela de medicina de la pontificia universidad católica argentina. *Medicina e Morale*. 2025; 1:29-39. Available at: <https://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2011/cgs112d.pdf>
3. Revello R, Rosales M, Banti E, Marega J. La elaboración de programas de bioética en las escuelas de medicina. En: XXIV Congreso Argentino de Educación Médica Buenos Aires; 2024.
4. Ortiz L. El humanismo en medicina. *Revista del Nacional* (Itaguá). 2016; 8(2):1-3. <https://doi.org/10.18004/rdn2016.0008.02.001-003>
5. Tajer C. Las sociedades científicas y el humanismo médico. *Revista Argentina de Cardiología*. 2020; 82:340-341. Available at: https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1850-37482014000400016&lng=es&tlng=es
6. Miranda G. ¿Qué bioética queremos? Fundamentos Éticos de la Bioética Personalista. *Cuadernos de Bioética*.
7. Gaibor H, Gaibor N, Idrovo K. El humanismo en la práctica médica. *RECIAMUC*. 2024; 8(2):23-31. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/8.\(2\).abril.2024.23-31](https://doi.org/10.26820/reciamuc/8.(2).abril.2024.23-31)
8. Mendes M. Actualidad académica de la bioética personalista. *Medicina y ética*. 2025; 36(2):542-583. <https://orcid.org/0009-0009-8573-8859>
9. Avila JC. Consideraciones de la fragilidad humana frente a la conducta moral del médico. *Revista Med*. 2017; 25(2). Available at: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-52562017000200117&lng=en
10. Rosales M. Empatía y final de vida: su manifestación en la personalidad del profesional de la salud y sus efectos en la práctica clínica. *Persona y Bioética*. 2024; 27(2). <https://doi.org/10.5294/pebi.2023.27.2.5>
11. Arenas G. La ética como brújula clínica. CABA: UNSAM EDITA; 2022.

Nudges, paternalismo, el paciente y la ética en medicina

Nudges, paternalism, the patient and ethics in medicine

Alejandro Weber Sánchez*

Hospital Ángeles Lomas Huixquilucan, Estado de México, México

<https://doi.org/10.36105/mye.2025v36n4.07>

Resumen

Las indicaciones y consejos médicos siempre deben considerar al paciente como persona, tomando en cuenta en especial su dignidad. El análisis del proceso de la decisión es importante para entender que el paciente debe tomarla en libertad, y el médico debe esforzarse por tomar en cuenta sus razones, sentimientos y contexto para crear una alianza terapéutica, con respeto y compasión, evitando el paternalismo dominante y autoritario de antaño. La propuesta de Thaler y Sunstein, de un “paternalismo libertario” para cambiar el entorno y facilitar las buenas decisiones sin coacción puede ser adecuado, siempre y cuando la relación médico-paciente sea capaz de lograr ese vínculo

* Adscrito al servicio de cirugía del Hospital Ángeles Lomas Huixquilucan, Estado de México, México. Correo electrónico: awebersanchez@gmail.com <https://orcid.org/0000-0002-0223-9133>

Recepción: 28/07/2025 Aceptación: 12/08/2025

CÓMO citar: Weber Sánchez, A. (2025). Nudges, paternalismo, el paciente y la ética en medicina. *Medicina y ética*, vol. 36, núm. 4. DOI: <https://doi.org/10.36105/mye.2025v36n4.07>



Esta obra está protegida bajo una Licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 4.0 Internacional.

humano de amistad, para conseguir que el paciente otorgue su confianza y acepte lo que el médico propone cuando ha sido informado y formado en lo que conviene a su salud, promoviendo una medicina más humanizada, ética y comprometida con el bienestar integral del ser humano.

Palabras clave: decisiones, relación médico-paciente, ética, medicina, alianza terapéutica.

1. Las decisiones y la persona del paciente

Rara vez en la vida cotidiana nos detenemos a pensar cómo tomamos nuestras decisiones. Cuando nos encontramos en coyunturas complicadas de incertidumbre, ignoramos que nuestro cerebro hace un complejo análisis de los factores a favor y en contra de las alternativas que tenemos para elegir. En muchos de estos casos, aún cuando no fuera lo idóneo, elegimos lo que pensamos que es lo mejor en base a factores que se encuentran en diferente balance: la razón, los objetivos que pretendemos, nuestros sentimientos y emociones, sin darnos cuenta de que estos últimos, más inmediatos e impulsivos, dependen más del entorno y el momento y suelen ser más intensos y determinantes, incluyendo lo que se refiere a las decisiones en cuando a las indicaciones del médico.

El análisis de cómo tomamos decisiones tiene gran importancia, por ello ha interesado y movido a la reflexión a muchos pensadores desde tiempos remotos. En la Grecia clásica, Epicteto hablaba de la *Prohairesis* traducida como «albedrío», «voluntad», «elección» o «intención». Esta noción fue fundamental también en Aristóteles, quien ponía en juego la conexión entre los procesos deliberativos, por un lado, y los actos de decisión o elección resultantes de ellos, por el otro (1). Para Tomás de Aquino estudioso del ser humano, la inteligencia, la voluntad y la libertad juegan un papel clave: son las facultades más específicas de la persona y como tales, tienden a modular mejor su vida, su obrar y su fin: conocer la verdad y amar el bien (2).

Su análisis es profundo sobre el acto humano y da claves que lo explican. Algunas afirmaciones de su compleja obra ayudan a entender el proceso, como, por ejemplo:

...toda elección versa sobre todo aquello que de algún modo parece mejor.... si se proponen dos bienes iguales según una consideración determinada, nada impide que acerca de uno de ellos se considere una condición en virtud de la cual sobresalga, y la voluntad se incline hacia él, más que hacia otro” (3).

Lo que deja claro, es que no es una condición real determinada de un *algo* (que es considerado un bien) lo que nos lleva a elegirlo, siempre escogemos lo que para nosotros es un bien si así lo presenta el intelecto, aunque objetivamente no lo sea. Es, en definitiva, la determinada consideración que nosotros mismos hacemos de esa condición (4). La experiencia que todos tenemos en nuestra toma de decisiones muestra lo acertado de esta afirmación.

Muchas veces, las alternativas que entran en juego en la decisión no son absolutamente correctas o incorrectas, para la persona, llevan implícitas cualidades tanto objetivas como subjetivas, por ello decidimos en función de nuestras motivaciones que son las de *para mí y ahora*. Por ello varían de acuerdo con las circunstancias de lo que percibimos como deseable y “bueno”, aún con el temor en ocasiones de cometer un error que pueda acarrear consecuencias negativas.

Las decisiones que tienen que ver con la vida y la salud son —especialmente en los casos complejos y graves— las más difíciles de tomar. Los médicos siempre hemos tratado de ayudar a nuestros pacientes en este camino decisional, recomendando lo que a nuestro entender se requiere para recobrar la salud. La escuela hipocrática, ejemplo de este noble afán, exhortaba al médico sobre el modo de tratar al paciente:

Haz todo esto con calma y orden, ocultando al enfermo durante tu actuación, la mayoría de las cosas. Dale las órdenes oportunas con amabilidad y dulzura y distrae su atención; repréndele a veces estricta y severamente, pero otras anímale con solicitud

y habilidad, sin mostrarle nada de lo que le va a pasar ni de su estado actual; pues muchos acuden a otros médicos por causa de esa declaración, antes mencionada, del pronóstico sobre su presente y su futuro (Sobre la decencia. De habitu decenti, Perì euskshemosynes. Tratados hipocráticos) (5).

En las últimas décadas, después de veinticinco siglos de tradición hipocrática, los médicos hemos aprendido a tomar una mayor conciencia de la dignidad y la autonomía de los pacientes, para dejar de pretender hacer *todo por el paciente, aunque sin el paciente* (6). Este cambio ha traído actitudes médicas variables, que entienden por una parte el respeto al enfermo como el estricto cumplimiento del deber de informar lo que debe hacer para que en base a su libertad tome la decisión; o por otra, ejercer una presión para que se adhiera a lo que pensamos que es lo indicado, de una forma que en ocasiones parece lindar con la coerción.

En la tarea del médico —tan sublime como abrumadora— de tratar la enfermedad, en ocasiones puede, por desgracia, quedar relegada la consideración del paciente como persona incluida su dignidad. La noción tautológica de dignidad de la persona, tratada desde la antigüedad tanto por pensadores de la Grecia clásica como Platón y Aristóteles como idea alegórica, y más tarde como concepto por otros filósofos como Boecio, Tomás de Aquino, Pico della Mirandola y Kant, coinciden todos en relacionar la dignidad humana con la voluntad y la libertad. García Morente (7) lo expresó de manera muy clara: “Llamamos persona a un sujeto que rige con su pensamiento y voluntad libre, la serie de sus propias transformaciones”.

Por ello cuando estamos ante un paciente, tenemos que considerar siempre y en primer lugar su persona: el ser humano único, racional, con deseos, pretensiones, metas, creencias, esperanzas y preocupaciones propias; que vive, percibe y experimenta su enfermedad de manera única y exclusiva. Que tiene la libertad de dirigir y guiar sus propias transformaciones, y decidir lo que considere adecuado, por quien debemos tener un respeto absoluto.

Llama la atención que ni los textos ético–médicos de la antigüedad (los juramentos, las oraciones, las listas de mandamientos o consejos), ni los escritos medievales, ni los tratados de ética médica de la Edad Moderna hacen referencia específica al respeto por las decisiones del paciente. Por lo que en la opinión de Gonzalo Herranz (8) este respeto representa, en ética médica, una adquisición tardía, una actitud propia de nuestro tiempo, pero precisamente por ello madura y definitiva.

2. Nudges

Utilizando las nociones tanto filosóficas como científicas sobre la toma de decisiones, en toda la gama de posibilidades, surge hace un poco más de quince años, una corriente interesante de cómo influir en la elección, conocida como *nudge* que significa y traduce al español como “empujar suavemente, especialmente con el codo, para atraer la atención de una persona” (9). Este concepto lo utilizaron Cass Sunstein y Richard Thaler, premio nobel de economía, para titular su libro: *Nudge*. En su versión en español: *Un pequeño empujón: el impulso que necesitas para tomar mejores decisiones sobre salud, dinero y felicidad* (10), los autores utilizan el término con el sentido de mostrar cómo estimular, incentivar o encaminar en la toma de decisiones. Sostienen que las personas podemos ser arquitectos de las decisiones de los demás y tenemos la responsabilidad de organizar y acomodar el contexto en el que se toman, para que las personas acierten en el resultado aun cuando no sean conscientes de ello. Bajo la suposición de que las decisiones humanas están influenciadas por sesgos particulares, preocupaciones y situaciones que limitan la racionalidad, presentan pautas para comprender mejor la naturaleza de la conducta y la estrategia decisional con el objeto de influir positivamente en la persona.

El libro ha tenido gran impacto en el mundo, y esta corriente ha sido adoptada en esferas económicas, políticas, sociales e incluso sistemas de salud, por los alcances que tienen las técnicas conductuales

para influir en las decisiones. Por ello vale la pena conocer su teoría y reflexionar sobre ella por lo que tiene que ver con la ética de la práctica médica.

Toman para su tesis, de los psicólogos Daniel Khaneman y Amos Tversky, la intuición de que las personas no somos racionales en sentido clásico, especialmente en condiciones de incertidumbre, lo que recuerda con algunos matices lo que expresaban los pensadores clásicos. Los humanos utilizamos heurísticas (atajos, reglas, estrategias que guían y facilitan la resolución) cognitivamente eficientes para resolver problemas complejos, pero pueden tener sesgos o errores sistemáticos que muchas veces violan principios de racionalidad. Como el principio de *dominancia*, que sostiene que una persona debe elegir la opción que nunca sea peor que las demás y pueda ofrecer un mejor resultado; el de *invariancia* bajo el cual, la misma información debe entenderse y valorarse de la misma manera, independientemente de cómo se presente; y el de *valor sumergido*, que sostiene que, dado que las elecciones influyen en el futuro, quienes toman las decisiones deben sopesar las consecuencias futuras y no los resultados o comportamientos previos. Llevado al terreno de la salud, como apuntan Blumenthal y Krieger en su revisión del tema, no es difícil ver cómo estos múltiples sesgos y heurísticas se desarrollan en el contexto médico tanto en los pacientes como en los profesionales (11).

Por ello, la propuesta de Thaler y Sunstein es ejercer lo que denominan como “paternalismo libertario” como una postura intermedia entre el intervencionismo y el *dejar hacer*, tratando de modificar la arquitectura de las decisiones para que con pequeños nudges, la toma de decisiones sea más conveniente (12). Sostienen que la regla de oro del paternalismo libertario es ofrecer empujones que tengan la mayor probabilidad de ayudar y la menor de perjudicar. Así, estos empujones no restringen las opciones, no se trata de prohibir ni de imponer, sino rediseñar la manera en que se presentan las opciones para facilitar las mejores decisiones. Usan el conocimiento sobre la psicología humana para influenciar el comportamiento, en el entendido de que el resultado es más beneficioso para todos los involucrados, mejorando la

información para que los individuos decidan mejor. Sin embargo, el uso de estas técnicas para otra intención que no sea exclusivamente el bien del paciente, por ejemplo, inducir a un procedimiento quirúrgico que no fuera indispensable, atendiendo sólo a los intereses del médico, cae en el terreno de lo deshonesto.

3. Paternalismo

En relación con las ideas anteriormente expresadas, conviene analizar el término “paternalismo”, de origen anglosajón que tiene gran resonancia en el ambiente médico. Aparentemente se utilizó por primera vez en 1840, particularmente en los ámbitos laborales y en la relación política de las metrópolis con las colonias (13). El *Oxford English Dictionary* define “paternalism”, en una primera acepción, como “el principio y la práctica de la administración paternal; el gobierno como un padre; la pretensión o el intento de suplir las necesidades o regular la vida de una nación o comunidad de la misma forma que un padre hace con sus hijos” (14). Y en una segunda acepción más general: “el principio de actuar del modo como un padre en relación con sus hijos” (14). El *Diccionario de la Real Academia Española* lo define como: tendencia a aplicar formas de autoridad y protección propias del padre en la familia tradicional a relaciones sociales de otro tipo; políticas, laborales, etcétera. Y agrega que es utilizado mayormente en sentido peyorativo (15). La analogía entre el poder paternal y otras formas de poder es una idea ancestral. Bien pudiera decirse que el paternalismo es un término nuevo, pero un concepto antiguo (16). La analogía paternalista se ha utilizado para justificar al poder político, comparándolo con la naturaleza del poder que el padre ejerce sobre sus hijos. Considera al poder paternal como una dominación conforme a la naturaleza de las cosas, porque el padre naturalmente es quien debe gobernar la casa, por su mayor edad, y su gobierno es justo porque el padre naturalmente gobierna en interés de sus hijos, por el amor que siente por ellos. Esta analogía tiene una fuerza persuasiva que también se usa para tratar de

legitimar otros ejercicios de poder, menos conectados con lo que es “conforme a la naturaleza” (13). De ahí que la palabra evoca algo que puede interpretarse como peyorativo y negativo.

Carlos Viesca, en su excelente investigación sobre el paternalismo médico, asienta que en el médico se ha cultivado la tendencia sobreprotectora hacia sus pacientes y a tomar decisiones en cuanto a su salud y su promoción, un “decidir por el otro” que plantea cuestionamiento (17). Recuerda a Galeno calificando su actuar como *paternalismo dictatorial* porque éste consideraba que es el médico y no el paciente quien debe determinar qué es lo que se debe hacer. Cita también varias definiciones de paternalismo que varían desde lo que se considera como “actitud o comportamiento de suave dominación y protección desinteresada” (18) o “la limitación intencional de la autonomía de una persona por otra, cuando la persona que limita la autonomía justifica su acto por llevarlo a cabo con el fin de ayudar a la persona cuya autonomía está limitada” (19).

A partir de la ilustración, con la presunción genérica y la búsqueda de la libertad individual, se establecen limitaciones a las intervenciones que pretendan o puedan invadir dicha libertad. Desde entonces especialmente en las últimas décadas, el pensamiento que privilegia la autonomía, como el principialismo bioético especialmente, el paternalismo se mira con recelo y se critica (20). Ciertamente es reprochable cuando se da desde una posición de superioridad, de poder de quien toma decisiones por y para otros y da órdenes sin informar nada, de manera que no puedan discutirse ni cuestionarse. Un paternalismo en el campo medicina al que podríamos catalogar como nefasto y tóxico, que genera una molestia justificada en el receptor y en la sociedad, aunque su intención sea presuntamente ayudar.

No cabe duda de que la interacción entre el médico y el paciente es compleja y asimétrica, se encuadra en el escenario del problema de salud de una persona y la capacidad de otra persona para remediarlo (21). El enfermo ha acudido con el médico porque tiene un padecimiento, y confía en la atención médica que pueda darle para su solución. Ya sean situaciones graves con riesgo de vida, o menos graves

como tener que seguir indicaciones que limitan o lo afectan de alguna manera, todas de algún modo pueden tener incomodidades, entrañar riesgos, peligros o complicaciones y por ello pueden generar temor o reticencia. En algunos casos el paciente literalmente tiene que poner su vida en las manos del médico. Por ello, es inadmisibles que aproveche esta situación de vulnerabilidad adoptando una actitud autoritaria y prepotente.

Antonio Pardo advierte que la atención especial que se debe al paciente por tratarse de una vida dependiente implica poner los medios para que pueda desarrollarse la amistad terapéutica, en la que el enfermo comunica sus problemas al tiempo que el médico se hace cargo de sus peculiaridades humanas (22).

Podría calificarse como un paternalismo bueno, éticamente aceptable, o amistad fraternal que aconseja y encamina para que el paciente tome las decisiones que le convienen en el ámbito de alianza terapéutica, algo que podría concordar con los nudges bien orientados que proponen Sunstein y Thaler. Una relación que se preocupa genuinamente por la persona y la entiende así, empleando su saber exclusivamente en beneficio de sus pacientes.

4. Medicina y relación médico paciente

Por ello, es alentador que la actitud actual señalada por Herranz (8) más madura y definitiva, basada en la afectividad, el respeto y la confianza mutuas, reconozca los fallos de conductas médicas inadecuadas. El trasnochado paternalismo dictatorial de antaño, el paternalismo libertario de los nudges mal entendidos —cuando éstos buscan más, estrategias para estructurar las decisiones del enfermo de forma determinante—, o el “liberalismo indiferente” que, pretendiendo observancia irrestricta por su autonomía, se despreocupa de su bien objetivo con desinterés por su persona. No se trata de imponer, mandar o tomar decisiones por el paciente, sino aconsejar para persuadir y convencer.

La alianza terapéutica entre el médico y el paciente en la que colaboran ambos para lograr el objetivo común de la salud, se basa en un vínculo maravilloso de confianza que se va estableciendo desde el principio de esta relación profesional, única y casi mística. Esta ha sido el fundamento de todo acto médico, pero ahora con una visión renovada centrada en la persona: una relación humanitaria y humanizadora en la que el médico proporciona ayuda, cuidados, pero también compañía, consuelo y compasión, una conexión única, en la que al mismo tiempo hay un respeto extraordinario y profundo por la persona. Comprende también una familiaridad-intimidad noble, que le permite al médico el privilegio de ser confidente, con la enorme responsabilidad de tener acceso al cuerpo del paciente para tratar de devolverle el bienestar de la salud, objeto formal de la medicina y el bien buscado por ella, entendida como una perfección entitativa que le corresponde naturalmente al hombre, que por alguna razón a veces no posee (23). Acciones y actitudes que se orientan a cuidar la vida del paciente buscando la forma de restablecer y proteger el equilibrio somático, social, psicológico y espiritual que entendemos como salud, y cuando no es posible lograrlo, ayudar a disminuir el sufrimiento que causa la enfermedad, o acompañarlo y atenderlo en la última etapa de su vida, entendiendo y aceptando las limitaciones que tienen ambos como personas.

En cada consulta y tratamiento, el médico debe tomar en cuenta a la persona en su multidimensionalidad, entendiéndolo al mismo tiempo en su individualidad y diversidad. Un universo corpóreo que tiene nombre y apellidos. Por esto, un médico puede optar por tratar de una determinada manera un trastorno específico en una persona y decidir no hacerlo —o hacerlo de otra manera— en otra, un “especialista” para ese paciente en particular, entendiéndolo como el sujeto único y original, al que le explicará y propondrá la intervención pensada específicamente para él. El paciente no tiene los conocimientos para saber lo que le pasa, por ello requiere que le expliquen lo que sea necesario para que comprenda y tome la decisión adecuada en la complejidad de la situación. Es una persona a la que debe

informar, pero también formar en la salud respetando siempre su libertad, ampliándola con las explicaciones que le permitan decidir adecuadamente.

Por ello es indispensable que lo escuche, que conteste sus preguntas e inquietudes en un clima de cordialidad, para que pueda comentar todo lo que sirva para restablecer su salud y conquistar así la adherencia en un ambiente de naturalidad, comentando los planteamientos desde su perspectiva personal, tanto los beneficios como los riesgos, facilitándole cuando sea posible, el margen de las alternativas posibles, dirigidas todas a lograr el objetivo.

Las decisiones relativas a la salud son compartidas entre el médico y el paciente. El médico tiene la responsabilidad de saber lo que se debe hacer. Por ello es importante considerar también la confianza.

A diferencia de lo que piensa la mayoría de las personas, la confianza no se gana, se otorga. El paciente que confía lo hace porque cree que el médico será capaz y actuará lo mejor posible en beneficio de su vida y su salud. Por ello él tiene que responder a esta confianza y honrarla con su actitud, siendo honesto expresando tanto el beneficio como los riesgos de lo que indica incluyendo sus propias dudas. No puede garantizar lo que está fuera de su esfera de posibilidades, pero sí puede y debe comprometerse a hacer todo lo que esté en su mano para tener las mejores posibilidades de éxito. Es la realidad que expresa la conocida frase en medicina: “una confianza que se entrega a una conciencia”. La confianza es fundamental para establecer una relación terapéutica sólida y efectiva. La empatía es esencial para construir relaciones de confianza, pero no basta. Cuando el paciente percibe no sólo las buenas intenciones de su médico, sino que éste lo comprende en su padecer, en una interacción más intensa que la empatía llamada compasión —actitud la mayor parte de las veces mal entendida pero necesaria y maravillosa, porque entraña el deseo y la intención de aliviar—, esto facilita el trabajo médico. En otras palabras, es lo que pretende el consentimiento informado, que no es un documento, sino ese delicado proceso de lograr la alianza y la toma de decisiones compartidas con la activa participación del

paciente, en un ambiente amigable que culmine en la salud o cuando menos el alivio del sufrimiento (24).

Hay ocasiones excepcionales en que el paciente se siente tan abrumado por su situación y tan confiado en la capacidad, juicio y experiencia de su médico, que deja en él la decisión que considere pertinente.

Escribonio Largo, médico del emperador romano Claudio, completaba la definición clásica del médico como *vir bonus medendi peritus* (hombre bueno experto en tratar), con los calificativos *plenus de misericordia et humanitatis* (lleno de misericordia y humanidad) (22). Así es como el médico debe ser. No hay duda de que la medicina entraña conocimientos y técnica, pero también es un arte que requiere tiempo y destreza. La prudencia es uno de los atributos más necesarios que con la competencia y el profesionalismo deben guiar su camino. En la medida de sus posibilidades, el médico virtuoso ha de tratar que el paciente tenga paz y perciba un trato fraternal y amable, bondadoso, paciente con optimismo sano y con la alegría que se advierte en él cuando cumple su misión. En otras palabras, el amor que tiene a su profesión y a sus pacientes.

La Carta de Identidad y Principios de la Profesión Médica Latino Iberoamericana, entregada al Papa Francisco en 2016 resume perfectamente así estos conceptos:

Las raíces filosóficas del profesionalismo médico incluyen la tradición hipocrática de la Medicina como institución social y moral, coincidente con los principios del humanismo cristiano, junto al propio acervo humanista y cívico de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, estableciendo una alianza que representa el compromiso incondicional con la competencia profesional, el altruismo y la confianza de la sociedad. Hoy entendemos nuestro profesionalismo médico como un valor de servicio incondicional a los pacientes y a la propia sociedad. Esto significa no solo la exigencia de una práctica asistencial técnicamente competente, sino también, y de forma preferente, la asunción de valores y compromisos de ejemplaridad personal

como la integridad, la honestidad intelectual, la compasión, la humanización y calidez en el trato, todo ello como expresión de una vocación de servicio (25).

Referencias

1. Vigo A. Deliberación y decisión según Aristóteles. *Tópicos Rev Filos.* 2013; (43): 51-92. <https://doi.org/10.21555/top.v0i43.32>
2. Gallagher D. Tomás de Aquino, la voluntad y la Ética a Nicómaco. *Tópicos Rev Filos.* 2013; 6(1), 59-70. <https://doi.org/10.21555/top.v6i1.498>
3. Tomás de Aquino. *Suma Teológica* Parte I-II, cuestión 13, artículo 6, obj.3.
4. Llano C. Examen filosófico del acto de la decisión. Ciudad México: Universidad Panamericana, Publicaciones Cuz; 1998.
5. Kvitko L. La Relación Médico Paciente hipocrática. *Med Leg Costa Rica.* 2010; 27(1): 7-14. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152010000100002
6. Mendoza F. La relación médico paciente: consideraciones bioéticas. *Rev Peru Ginecol Obstet.* 2017; 63(4): 555-64. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322017000400007
7. García M. La estructura de la historia. En: *Obras Completas* II/2, Madrid: Ediciones Rialp; 1957.
8. Herranz G. El respeto, actitud ética fundamental en Medicina. Lección inaugural del curso 1985–86, Universidad de Navarra, Pamplona, 3 de octubre de 1985. Disponible en: <https://www.unav.edu/web/unidad-de-humanidades-y-etica-medica/material-de-bioetica/el-respeto-actitud-etica-fundamental-en-la-medicina#gsc.tab=0>
9. Cambridge dictionary [Internet]. Nudge. Disponible en: <https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english-spanish/nudge>
10. Thaler R, Sunstein C. Un pequeño empujón: El impulso que necesitas para tomar mejores decisiones sobre salud, dinero y felicidad. Bogotá: Taurus; 2008.
11. Blumenthal-Barby J, Krieger H. Cognitive biases and heuristics in medical decision making: a critical review using a systematic search strategy. *Med Decis Making.* 2015; 35(4):539-57. <https://doi.org/10.1177/0272989X14547740>
12. Silva J. Sesgos, heurísticas y arquitectura de las decisiones: “Un pequeño empujón” como introducción al paternalismo libertario de Richard H. Thaler y Cass R. Sunstein *Soci Econ.* 2018; (35): 221-4. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/996/99659352011/99659352011.pdf>
13. Alemany G. El concepto y la justificación del paternalismo [Tesis doctoral]. Alicante; 2005.
14. Oxford English Dictionary. Voz “Paternalism”. Oxford Clarendon Press; 1970.
15. Real Academia Española. Voz “Paternalismo”. *Diccionario de la lengua española.* [Internet]. 2025. Disponible en: <https://dle.rae.es/paternalismo>

16. Resta E. Metáfora del contrato. *Doxa*. 1988; (5):227-42. Disponible en: <https://rua.ua.es/server/api/core/bitstreams/ccb2276a-e9e6-4eec-ab9b-295c6375303b/content>
17. Viesca C. *Parernalismo Médico*. México: Instituto de Investigaciones Jurídicas, Universidad Nacional Autónoma de México; 2017.
18. García F. Paternalismo médico. En: Tealdi, JC editor. *Diccionario latinoamericano de bioética*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; UNESCO; Red Bioética; 2008.
19. Dworkin G. Paternalismo. En: Becker LC, editor. *Encyclopedia of Ethics*. Nueva York: Garland; 1992.
20. Díaz P. Algunos problemas conceptuales del paternalismo y la autonomía moral individual con posible aplicación en el ámbito del tratamiento. *Cuad Bioét*. 1997; 31(8):1157-63. Disponible en: <https://www.bioeticaweb.com/paternalismo-y-la-autonomasa-moral-individual-con-posible-aplicaciasn-en-el-aimbito-del-tratamiento-prof-dasaz-pintos/>
21. Chivato P, Piñas MA. Editores. *La relación médico paciente. Claves para un encuentro humanizado*. Madrid: Dykinson; [s.f.]
22. Pardo A. La ética en medicina. *Pers Bioét*. 2011; 15(2): 166-83. <https://doi.org/10.5294/pebi.2011.15.2.4>
23. Besio R. El acto médico: ¿una creación original? Reflexiones sobre su esencia, surgimiento y riesgos a los que se expone. *Acta Bioeth*. 2010; 16(1), 51-60. <https://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2010000100008>
24. Weber S. Consentimiento informado en Oncología. Reflexiones sobre su aspecto ético. October 2016; *Gaceta Mexicana de Oncología*. 2016; 15(5). <https://doi:10.1016/j.gamo.2016.08.003>
25. INFAC. Participación del paciente en la toma de decisiones. INFAC. 2014; 22(3) [Consultado 31 de mayo de 2025]. Disponible en: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac_2014a/es_def/adjuntos/INFAC_Vol_22_n_3_Decisiones_compartidas.pdf

Nudges, paternalism, the patient and ethics in medicine

Nudges, paternalismo, el paciente y la ética en medicina

Alejandro Weber Sánchez*

Ángeles Lomas Hospital, Huixquilucan, State of Mexico, Mexico

<https://doi.org/10.36105/mye.2025v36n4.07>

Abstract

Medical advice and recommendations should always consider the patient as a person, considering their dignity in particular. Analyzing the decision-making process is important to understand that the patient must make the decision freely, and the doctor must strive to consider their reasons, feelings, and context to create a therapeutic alliance, with respect and compassion, avoiding the dominant and authoritarian paternalism of the past. Thaler and Sunstein's proposal of "libertarian paternalism" to change the environment and facilitate good decisions without coercion may be appropriate, provided that the doctor-patient relationship is capable of achieving that human bond of friendship, so

* Attached to the surgery department at Hospital Ángeles Lomas Huixquilucan, State of Mexico, Mexico. Email: awebersanchez@gmail.com <https://orcid.org/0000-0002-0223-9133>

Reception: 28/07/2025 Acceptance: 12/08/2025

CÓMO CITAR: Weber Sánchez, A. (2025). Nudges, paternalism, the patient and ethics in medicine. *Medicina y ética*, vol. 36, núm. 4. DOI: <https://doi.org/10.36105/mye.2025v36n4.07>



This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

that the patient trusts and accepts what the doctor proposes when they have been informed and educated about what is best for their health, promoting a more humanized, ethical medicine committed to the overall well-being of the human being.

Keywords: decisions, doctor-patient relationships, ethics, medicine, therapeutic alliance.

1. Decisions and the patient as a person

In everyday life, we rarely stop thinking about how we make decisions. When we find ourselves in complicated situations of uncertainty, we are unaware that our brain is performing a complex analysis of the factors for and against the alternatives available to us. In many of these cases, even when it is not ideal, we choose what we think is best based on factors that are in different balances: reason, the goals we seek, our feelings and emotions, without realizing that the latter, which are more immediate and impulsive, depend more on the environment and the moment and are often more intense and decisive, including when it comes to decisions regarding the doctor's instructions.

The analysis of how we make decisions is of great importance, which is why it has interested and inspired reflection among many thinkers since ancient times. In classical Greece, Epictetus spoke of *Prohairesis*, translated as “free will,” “will,” “choice,” or “intention.” This notion was also fundamental to Aristotle, who brought into play the connection between deliberative processes, on the one hand, and the acts of decision or choice resulting from them, on the other (1). For Thomas Aquinas, a scholar of human beings, intelligence, will, and freedom play a key role: they are the most specific faculties of the person and, as such, tend to better modulate their life, their actions, and their end: to know the truth and love the good (2). His analysis of human action is profound and provides keys to

understanding it. Some statements from his complex work help to understand the process, such as, for example:

...every choice concern everything that in some way seems better.... if two goods are proposed that are equal according to a certain consideration, nothing prevents one of them from being considered to have a condition by virtue of which it stands out, and the will inclines toward it rather than toward the other (3).

What makes clear is that it is not a specific real condition of a *thing* (which is considered good) that leads us to choose whether always choose what is good for us if our intellect presents it as such, even if objectively it is not. It is, in short, the specific consideration that we ourselves make of that condition (4). The experience we all have in our decision-making shows the accuracy of this statement.

Often, the alternatives that come into play in the decision are not absolutely right or wrong for the person; they imply both objective and subjective qualities, so we decide based on our motivations, which are those that are *for me and now*. That is why they vary according to the circumstances of what we perceive as desirable and “good,” even with the fear of sometimes making a mistake that could have negative consequences.

Decisions that have to do with life and health are, especially in complex and serious cases, the most difficult to make. As doctors, we have always tried to help our patients in this decision-making process, recommending what we believe is necessary to restore their health. The Hippocratic school, an example of this noble endeavor, exhorted doctors on how to treat patients:

Do all this calmly and orderly, hiding most things from the patient during your work. Give him the appropriate orders with kindness and gentleness and distract his attention; sometimes rebuke him strictly and severely, but at other times encourage him with solicitude and skill, without showing him anything of what is going to happen to him or of his current condition; for

many people go to other doctors because of the aforementioned statement about the prognosis for their present and future (On decency. *De habitu decenti*, *Peri euskshemosynes*. Hippocratic treatises) (5).

In recent decades, after twenty-five centuries of Hippocratic tradition, we doctors have learned to become more aware of the dignity and autonomy of patients, to stop pretending to do *everything for the patient, even without the patient* (6). This change has brought about varying medical attitudes, which understand respect for the patient, on the one hand, as the strict fulfillment of the duty to inform them of what they must do so that they can make a decision based on their freedom; or, on the other hand, as exerting pressure on them to adhere to what we think is right, in a way that sometimes seems to border on coercion.

In the doctor's task —as sublime as it is overwhelming— of treating illness, consideration of the patient as a person, including their dignity, can unfortunately sometimes be neglected. The tautological notion of human dignity, treated since ancient times by classical Greek thinkers such as Plato and Aristotle as an allegorical idea, and later as a concept by other philosophers such as Boethius, Thomas Aquinas, Pico della Mirandola, and Kant, all agree in relating human dignity to will and freedom. García Morente (7) expressed it very clearly: “We call a person a subject who governs the series of his own transformations with his thoughts and free will.”

Therefore, when we are faced with a patient, we must always consider first and foremost their person: the unique, rational human being with their own desires, aspirations, goals, beliefs, hopes, and concerns, who lives, perceives, and experiences their illness in a unique and exclusive way. They have the freedom to direct and guide their own transformations and decide what they consider appropriate, for which we must have absolute respect.

It is striking that neither the ethical-medical texts of antiquity (oaths, prayers, lists of commandments or advice), nor medieval writings, nor the treatises on medical ethics of the Modern Age

make specific reference to respect for the patient's decisions. Therefore, in the opinion of Gonzalo Herranz (8), this respect represents, in medical ethics, a late acquisition, an attitude characteristic of our time, but precisely for this reason mature and definitive.

2. Nudges

Using both philosophical and scientific notions about decision-making, across the entire spectrum of possibilities, an interesting trend emerged a little over fifteen years ago on how to influence choice, known as *nudge*, which means “to push gently, especially with the elbow, to attract someone's attention” (9). This concept was used by Cass Sunstein and Richard Thaler, Nobel Prize winners in economics, to title their book: *Nudge*. In its Spanish version: *Un pequeño empujón: el impulso que necesitas para tomar mejores decisiones sobre salud, dinero y felicidad* (10), the authors use the term to show how to stimulate, incentivize, or guide decision-making. They argue that people can be architects of others' decisions and have a responsibility to organize and accommodate the context in which they are made, so that people get the right result even when they are not aware of it. Assuming that human decisions are influenced by particular biases, concerns, and situations that limit rationality, they present guidelines for better understanding the nature of behavior and decision-making strategy in order to positively influence individuals.

The book has had a major impact worldwide, and this trend has been adopted in economic, political, social, and even health care systems, due to the scope of behavioral techniques to influence decisions. It is therefore worthwhile to learn about their theory and reflect on it in relation to the ethics of medical practice.

They take as their thesis, from psychologists Daniel Kahneman and Amos Tversky, the intuition that people are not rational in the classical sense, especially in conditions of uncertainty, which is reminiscent, with some nuances, of what classical thinkers expressed. Humans use cognitively efficient heuristics (shortcuts, rules, strate-

gies that guide and facilitate resolution) to solve complex problems, but these can have biases or systematic errors that often violate principles of rationality. Such as the principle of *dominance*, which holds that a person should choose the option that is never worse than the others and can offer a better outcome; the principle of *invariance*, under which the same information must be understood and valued in the same way, regardless of how it is presented; and the principle of *sunk value*, which holds that, since choices influence the future, decision-makers must weigh future consequences rather than past results or behaviors. Applied to the field of health, as Blumenthal and Krieger point out in their review of the subject, it is not difficult to see how these multiple biases and heuristics develop in the medical context in both patients and professionals (11).

Therefore, Thaler and Sunstein propose exercising what they call “libertarian paternalism” as a middle ground between interventionism and laissez-faire, seeking to modify the architecture of decisions so that, with small nudges, decision-making becomes more convenient (12). They argue that the golden rule of libertarian paternalism is to offer nudges that are most likely to help and least likely to harm. Thus, these nudges do not restrict choices; they are not about prohibiting or imposing but rather redesigning the way choices are presented to facilitate better decisions. They use knowledge about human psychology to influence behavior, with the understanding that the outcome is more beneficial for everyone involved, improving information so that individuals can make better decisions. However, the use of these techniques for any purpose other than the exclusive good of the patient, for example, inducing a surgical procedure that is not essential, serving only the interests of the physician, falls into the realm of dishonesty.

3. Paternalism

In relation to the ideas expressed above, it is worth analyzing the term “paternalism,” *which* has Anglo-Saxon origins and has great

resonance in the medical field. *It* was apparently first used in 1840, particularly in the workplace and in the political relationship between metropolises and their colonies (13). The Oxford English Dictionary defines “paternalism” in its first meaning as “the principle and practice of paternal administration; government as a father; the claim or attempt to supply the needs or regulate the life of a nation or community as a father does for his children” (14). And in a second, more general sense: “the principle of acting as a parent does in relation to their children” (14). The *Dictionary of the Royal Spanish Academy* defines it as: a tendency to apply forms of authority and protection typical of the father in the traditional family to other types of social relationships, such as politics, work, etc. It adds that it is mostly used in a pejorative sense (15). The analogy between paternal power and other forms of power is an ancient idea. It could well be said that paternalism is a new term, but an old concept (16). The paternalistic analogy has been used to justify political power, comparing it to the nature of the power that a father exercises over his children. It considers paternal power to be a domination in accordance with the nature of things, because the father is naturally the one who should rule the household, due to his greater age, and his rule is just because the father naturally rules in the interests of his children, out of the love he feels for them. This analogy has a persuasive force that is also used to try to legitimize other exercises of power less connected with what is “in accordance with nature” (13). Hence, the word evokes something that can be interpreted as pejorative and negative.

Carlos Viesca, in his excellent research on medical paternalism, states that doctors have cultivated a tendency to be overprotective of their patients and to make decisions about their health and well-being, a “deciding for others” that raises questions (17). He recalls Galen describing his actions as “dictatorial paternalism” because he believed that it is the doctor and not the patient who should determine what should be done. He also cites several definitions of paternalism, ranging from what is considered “an attitude or behavior of gentle domination and selfless protection” (18) to “the intentional limitation of one person’s autonomy by another, when the

person limiting autonomy justifies their action as being carried out for the purpose of helping the person whose autonomy is being limited” (19).

Based on the illustration, with generic presumption and the search for individual freedom, limitations are established on interventions that seek or may invade that freedom. Since then, especially in recent decades, thinking that privileges autonomy, such as bioethical principlism in particular, paternalism has been viewed with suspicion and criticized (20). It is certainly reprehensible when it comes from a position of superiority, of power, of someone who makes decisions for and on behalf of others and gives orders without providing any information, so that they cannot be discussed or questioned. This is a form of paternalism in the field of medicine that we could classify as harmful and toxic, generating justified discomfort in the recipient and in society, even if its intention is supposedly to help.

There is no doubt that the interaction between doctor and patient is complex and asymmetrical, framed by the health problem of one person and the ability of another to remedy it (21). The patient has come to the doctor because they have an ailment and trusts the medical care they can provide to solve it. Whether these are serious, life-threatening situations or less serious ones, such as having to follow instructions that limit or affect the patient in some way, all of them can cause discomfort, entail risks, dangers, or complications and therefore generate fear or reluctance. In some cases, the patient literally has to put their life in the hands of the doctor. It is therefore unacceptable to take advantage of this situation of vulnerability by adopting an authoritarian and arrogant attitude.

Antonio Pardo warns that the special care that must be given to patients because their lives are dependent on others involves providing the means for a therapeutic friendship to develop, in which the patient communicates their problems while the doctor takes charge of their human peculiarities (22).

This could be described as good, ethically acceptable paternalism, or brotherly friendship that advises and guides the patient to make the decisions that are best for them within the therapeutic

alliance, something that could be in line with the well-targeted nudges proposed by Sunstein and Thaler. It is a relationship that genuinely cares about the person and understands them as such, using its knowledge exclusively for the benefit of its patients.

4. Medicine and the doctor-patient relationship

It is therefore encouraging that the current attitude highlighted by Herranz (8), which is more mature and definitive, based on mutual affection, respect, and trust, recognizes the shortcomings of inappropriate medical behavior. The outdated dictatorial paternalism of yesteryear, the libertarian paternalism of misunderstood nudges—when these seek more strategies to structure the patient's decisions in a decisive manner— or the “indifferent liberalism” which, in seeking unrestricted observance of autonomy, disregards the patient's objective well-being with a lack of interest in the person. It is not a question of imposing, commanding, or making decisions for the patient, but of advising in order to persuade and convince.

The therapeutic alliance between doctor and patient, in which both collaborate to achieve the common goal of health, is based on a wonderful bond of trust that is established from the beginning of this unique and almost mystical professional relationship.

This has been the foundation of all medical practice, but now with a renewed focus on the person: a humanitarian and humanizing relationship in which the doctor provides help and care, but also companionship, comfort, and compassion, a unique connection in which there is also extraordinary and profound respect for the person. It also includes a noble familiarity and intimacy that gives the doctor the privilege of being a confidant, with the enormous responsibility of having access to the patient's body in order to try to restore their well-being, which is the formal object of medicine and the good it seeks, understood as an entitative perfection that naturally belongs to man, but which for some reason he sometimes lacks

(23). Actions and attitudes that are oriented toward caring for the patient's life, seeking ways to restore and protect the somatic, social, psychological, and spiritual balance that we understand as health, and when this is not possible, helping to alleviate the suffering caused by the illness, or accompanying and caring for the patient in the final stage of their life, understanding and accepting the limitations that both have as persons.

In every consultation and treatment, the physician must consider the multidimensionality of the person, understanding them in their individuality and diversity. A corporeal universe that has a name and surname. For this reason, a doctor may choose to treat a specific disorder in one person in a certain way and decide not to do so—or to do so in a different way—in another, becoming a “specialist” for that particular patient, understanding them as a unique and original subject, to whom they will explain and propose the intervention designed specifically for them. The patient does not have the knowledge to know what is wrong with them, so they need to be given the necessary explanations to understand and make the right decision in the complexity of the situation. They are people who must be informed, but also educated about health, always respecting their freedom and expanding it with explanations that allow them to make appropriate decisions.

It is therefore essential that you listen to them and answer their questions and concerns in a friendly atmosphere, so that they can discuss everything that will help restore their health and thus achieve adherence in a natural environment, discussing the approaches from their personal perspective, both the benefits and the risks, and, where possible, providing them with a range of possible alternatives, all aimed at achieving the objective.

Decisions regarding health are shared between the doctor and the patient. The doctor has the responsibility to know what should be done. That is why it is also important to consider trust.

Contrary to what most people think, trust is not earned, it is given. Patients trust their doctors because they believe that they are

capable and will act in the best interests of their lives and health. Doctors must therefore respond to this trust and honor it with their attitude, being honest about both the benefits and risks of what they recommend, including their own doubts. They cannot guarantee what is beyond their control, but they can and must commit to doing everything in their power to give the patient the best chance of success. This is the reality expressed by the well-known phrase in medicine: “trust given to a conscience.” Trust is essential for establishing a solid and effective therapeutic relationship. Empathy is essential for building trusting relationships, but it is not enough. When patients perceive not only their doctor’s good intentions, but also that their doctor understands their suffering, in an interaction that is more intense than empathy and called compassion—an attitude that is often misunderstood but necessary and wonderful because it involves the desire and intention to alleviate suffering—this facilitates the doctor’s work. In other words, this is what informed consent aims to achieve. It is not a document, but rather a delicate process of building a partnership and making shared decisions with the active participation of the patient, in a friendly environment that culminates in health or at least the alleviation of suffering (24).

There are exceptional occasions when the patient feels so overwhelmed by their situation and so confident in the ability, judgment, and experience of their physician that they leave the decision to them.

Escribonio Largo, physician to the Roman emperor Claudius, completed the classic definition of the physician as *vir bonus medendi peritus* (a good man skilled in healing) with the qualifiers *plenus de misericordia et humanitatis* (full of mercy and humanity) (22). This is how a physician should be. There is no doubt that medicine involves knowledge and technique, but it is also an art that requires time and skill. Prudence is one of the most necessary attributes that, together with competence and professionalism, must guide their path. To the best of their ability, virtuous doctors must ensure that patients feel at peace and are treated in a friendly, kind, and patient manner, with

healthy optimism and the joy that is evident in them when they fulfill their mission. In other words, the love they have for their profession and their patients.

The Charter of Identity and Principles of the Latin American Medical Profession, presented to Pope Francis in 2016, perfectly summarizes these concepts:

The philosophical roots of medical professionalism include the Hippocratic tradition of medicine as a social and moral institution, coinciding with the principles of Christian humanism, together with the humanistic and civic heritage of the Universal Declaration of Human Rights, establishing an alliance that represents an unconditional commitment to professional competence, altruism, and the trust of society. Today, we understand our medical professionalism as a value of unconditional service to patients and to society itself. This means not only the requirement of technically competent healthcare practice, but also, and preferably, the assumption of values and commitments of personal exemplarity such as integrity, intellectual honesty, compassion, humanization, and warmth in treatment, all as an expression of a vocation for service (25).

References

1. Vigo A. Deliberación y decisión según Aristóteles. *Tópicos Rev Filos.* 2013; (43): 51-92. <https://doi.org/10.21555/top.v0i43.32>
2. Gallagher D. Tomás de Aquino, la voluntad y la Ética a Nicómaco. *Tópicos Rev Filos.* 2013; 6(1), 59-70. <https://doi.org/10.21555/top.v6i1.498>
3. Tomás de Aquino. *Suma Teológica Parte I-II*, cuestión 13, artículo 6, obj.3.
4. Llano C. *Examen filosófico del acto de la decisión*. Ciudad México: Universidad Panamericana, Publicaciones Cuz; 1998.
5. Kvitko L. La Relación Médico Paciente hipocrática. *Med Leg Costa Rica.* 2010; 27(1): 7-14. Available at: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152010000100002
6. Mendoza F. La relación médico paciente: consideraciones bioéticas. *Rev Peru Ginecol Obstet.* 2017; 63(4): 555-64. Available at: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322017000400007

7. García M. La estructura de la historia. In: Obras Completas II/2, Madrid: Ediciones Rialp; 1957.
8. Herranz G. El respeto, actitud ética fundamental en Medicina. Lección inaugural del curso 1985–86, Universidad de Navarra, Pamplona, 3 de octubre de 1985. Available at: <https://www.unav.edu/web/unidad-de-humanidades-y-etica-medica/material-de-bioetica/el-respeto-actitud-etica-fundamental-en-la-medicina#gsc.tab=0>
9. Cambridge dictionary [Internet]. Nudge. Available at: <https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english-spanish/nudge>
10. Thaler R, Sunstein C. Un pequeño empujón: El impulso que necesitas para tomar mejores decisiones sobre salud, dinero y felicidad. Bogotá: Taurus; 2008.
11. Blumenthal-Barby J, Krieger H. Cognitive biases and heuristics in medical decision making: a critical review using a systematic search strategy. *Med Decis Making*. 2015; 35(4):539-57. <https://doi.org/10.1177/0272989X14547740>
12. Silva J. Sesgos, heurísticas y arquitectura de las decisiones: “Un pequeño empujón” como introducción al paternalismo libertario de Richard H. Thaler y Cass R. Sunstein *Soci Econ*. 2018; (35): 221-4. Available at: <https://www.redalyc.org/journal/996/99659352011/99659352011.pdf>
13. Alemany G. El concepto y la justificación del paternalismo [PhD tesis]. Alicante; 2005.
14. Oxford English Dictionary. Voz “Paternalism”. Oxford Clarendon Press; 1970.
15. Real Academia Española. Voz “Paternalismo”. *Diccionario de la lengua española*. [Internet]. 2025. Available at: <https://dle.rae.es/paternalismo>
16. Resta E. Metáfora del contrato. *Doxa*. 1988; (5):227-42. Available at: <https://rua.ua.es/server/api/core/bitstreams/ccb2276a-e9e6-4eec-ab9b-295c6375303b/content>
17. Viesca C. *Parernalismo Médico*. Mexico: Instituto de Investigaciones Jurídicas, Universidad Nacional Autónoma de México; 2017.
18. García F. Paternalismo médico. In: Tealdi, JC editor. *Diccionario latinoamericano de bioética*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; UNESCO; Red Bioética; 2008.
19. Dworkin G. Paternalismo. In: Becker LC, editor. *Encyclopedia of Ethics*. Nueva York: Garland; 1992.
20. Díaz P. Algunos problemas conceptuales del paternalismo y la autonomía moral individual con posible aplicación en el ámbito del tratamiento. *Cuad Bioét*. 1997; 31(8):1157-63. Available at: <https://www.bioeticaweb.com/paternalismo-y-la-autonomasa-moral-individual-con-posible-aplicaciasn-en-el-aimbito-del-tratamiento-prof-dasaz-pintos/>
21. Chivato P, Piñas MA. Editores. *La relación médico paciente. Claves para un encuentro humanizado*. Madrid: Dykinson; [s.f.]
22. Pardo A. La ética en medicina. *Pers Bioét*. 2011; 15(2): 166-83. <https://doi.org/10.5294/pebi.2011.15.2.4>
23. Besio R. El acto médico: ¿una creación original? Reflexiones sobre su esencia, surgimiento y riesgos a los que se expone. *Acta Bioeth*. 2010; 16(1), 51-60. <https://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2010000100008>

24. Weber S. Consentimiento informado en Oncología. Reflexiones sobre su aspecto ético. October 2016; Gaceta Mexicana de Oncología. 2016; 15(5). <https://doi:10.1016/j.gamo.2016.08.003>
25. INFAC. Participación del paciente en la toma de decisiones. INFAC. 2014; 22(3) [Consultado 31 de mayo de 2025]. Available at: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac_2014a/es_def/adjuntos/INFAC_Vol_22_n_3_Decisiones_compartidas.pdf

La vida humana naciente

Nascent human life

José Alberto Castilla Barajas*

Academia Nacional Mexicana de Bioética, México

<https://doi.org/10.36105/mye.2025v36n4.08>

Aznar Lucea J. *La Vida Humana Naciente 200 preguntas y respuestas.*
Biblioteca de Autores Cristianos (BAC), Madrid; 2008.

Es esta una obra presentada en castellano coordinada por Justo Aznar, jefe del departamento de Bio-patología Clínica del Hospital Universitario La Fe, Ex director del Observatorio de Bioética y del Instituto de Ciencias de la Vida (Universidad Católica de Valencia) desarrollado en la metodología de doscientas preguntas y respuestas con la presencia de diversos especialistas que dan al trabajo la perspectiva interdisciplinar que requiere.

1. Resumen

El presente es un trabajo abordado seriamente con un esfuerzo de síntesis importante, que le permite un entendimiento pedagógico

Academia Nacional Mexicana de Bioética. Correo electrónico: alberto.castilla@ana-huac.mx <https://orcid.org/0000-0001-6500-7594>

Recepción: 10/12/2024 Aceptación: 07/04/2025

CÓMO citar: Castilla Barajas, J. A. (2025). La vida humana naciente. *Medicina y ética*, vol. 36, núm. 4.
DOI: <https://doi.org/10.36105/mye.2025v36n4.08>



Esta obra está protegida bajo una Licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 4.0 Internacional.

de los contenidos centrados en cuatro grandes aspectos: generalidades sobre el valor de la vida humana, el amor conyugal y fecundidad, los ataques contra la vida humana nascente y la investigación biomédica en la medicina regenerativa. El magisterio de la Iglesia se puede considerar la brújula del texto y destaco el dialogo permanente entre fe y razón que expresa la obra de principio a fin.

La perspectiva interdisciplinar y el contenido accesible que caracteriza al texto se sustenta en el prestigio y experiencia de los diecisiete colaboradores que manifiestan la obra, abogados (Bellver), filósofos (Postigo), biólogos (Pastor), médicos (Aznar), humanistas (López Guzmán), teólogos (Pérez-Soba), entre otros que, bajo la metodología de preguntas y respuestas, llevan de la mano al lector al diálogo anhelado en estos tópicos. Responden de la 1a la 200 con una firme convicción y pasión por encontrar la verdad.

La primera parte con base en cinco aspectos diversos. Argumenta el valor de la vida humana, el primero la Revelación que percibe a la vida humana como un don de Dios Creador y Padre, esto se consuma en la persona y vida de Cristo, en sus palabras y acciones, pero sobre todo en su muerte en donde se revela. La segunda, la filosofía todo ser vivo tiene impregnada en su esencia una serie de potencialidades mismas que realizará a lo largo de su existencia en el tiempo, detallar que el termino persona y vida humana significan sustancialmente lo mismo. Yo puedo llegar a ser en acto algo, por que de alguna manera ya lo soy en potencia, un embrión no es una persona en potencia, sino persona en acto con potencialidades. La tercera, el estatuto biológico del embrión, afirma con certeza que el inicio de la vida de una nueva persona se da en el instante en que se constituye el cigoto con 46 cromosomas y una identidad genética propia, con un sistema integrado capaz de regularse, un fenómeno continuo y tres propiedades coordinación, continuidad, autonomía. La cuarta, el estatuto jurídico del embrión, la carencia de leyes vinculantes del *nasciturus* le prohíbe que sea reconocido como persona, las realidades internacionales son diversas, ni el día 14 del desarrollo embrionario o si ya se ha llevado a cabo la implantación representan más que un

consenso entre un grupo de expertos, el valor de la vida en el ámbito jurídico debe partir de la impartición de leyes o el desarrollo de políticas públicas que vinculen a la vida humana embrionaria. Y como quinta y último, el crecimiento demográfico que perciben al hijo como un bien de consumo, un individualismo que permite percibir a la procreación como un riesgo, la pérdida de valor de la familia y la devaluación de la vida humana.

La segunda parte nos adentra en el mundo de la fecundidad y el amor, el autor aborda inicialmente la alianza del matrimonio, como pacto público y estable que dentro de su amor conyugal expresa la sexualidad desde un punto de vista amplio, no solo genitalmente sino involucrando aspectos personales, psicológicos y espirituales, el amor conyugal verdadero incluye el autodomínio, la paternidad o maternidad responsable que se trata de ser responsables de nuestra propia capacidad de transmitir la vida dentro de este marco. La vida es el don maspreciado que cada ser vivo puede poseer, la regulación de la fertilidad significa también una regulación responsable que respeta la verdad y el significado de la sexualidad humana.

El desconocimiento propio de los pacientes sobre los métodos artificiales para la regulación de la fertilidad humana ha desencadenado una ola social de mal información cualitativa y cuantitativa. Los efectos adversos de los métodos anticonceptivos hormonales soslayan un mensaje que intencionalmente no quiere ser difundido, los efectos adversos, las interacciones medicamentosas o condiciones fisiopatológicas que han sido comprobadas cobran poca relevancia por el mercado global al que alcanzan este tipo de fármacos, los esfuerzos centrados en reducir estos aspectos ocupan gran parte del presupuesto en farmacocinética y farmacodinamia. Los métodos mecánicos o quirúrgicos, así como la anticoncepción de emergencia no son la excepción del argumento de este artículo y por el contrario en algunos aspectos la desinformación provoca conclusiones erróneas en las pacientes.

Los métodos naturales de la reproducción humana reconocen la potencialidad biológica de dar lugar a seres de nuestra misma especie,

estas alternativas que buscan inicialmente cambiar la mentalidad antinatalista se basan en el reconocimiento de los cambios fisiológicos y las modificaciones que se producen en cada ciclo genital, análisis de marcadores biológicos y la actuación en consecuencia generan algoritmos que tienen una sensibilidad y especificidad muy competitiva o lo hoy llamado Índice de Pearl. Aunado a esto se intensifica la comunicación dentro del matrimonio y el respeto mutuo, significa una intervención activa de los progenitores en la adaptación y construcción de circunstancias, implica un reconocimiento a nuestra naturaleza y a lo que somos.

2. Crítica

Continuemos la crítica y pongamos lo analizado hasta el momento en el punto cero, en donde los argumento no se centran en definir si conocer la fertilidad o la fisiología con un método natural o ir en contra de la vida con un anticonceptivo sino alcancemos de primera instancia la reproducción humana asistida la obra detalla un análisis científico y procedimental de las técnicas que especifican minuciosamente el tamaño diario en la evolución embrionaria, o la reducción embrionaria que se lleva a cabo mediante la introducción de una aguja por vía vaginal o abdominal, guiada con ultrasonido que inyecta cloruro de potasio dentro del embrión.

La tercera y última parte de la obra detalla los ataques contra la vida humana naciente, es decir, no basta con asegurar que el embrión avance y logre su implantación hasta ese momento, pero también antes, durante y después está sometido a peligros inminentes. En síntesis dichos ataques en el mundo contemporáneo surgen en demasía y por distintos mecanismos, partamos desde la farmacología, la píldora abortiva RU-486, la pastilla del día siguiente o la reacción anti implantación que provoca el DIU en la reacción de la dermis al cobre, vayamos ahora a la clonación terapéutica ya sea para las cotizadas células madre, células troncales o experimentaciones en

medicina regenerativa, los procesos de congelación o descongelación a los que son destinados los embriones sobrantes, o diagnóstico molecular, entre otros.

Durante el ciclo genital el útero al situarse en los días de mayor fertilidad se contrae para permitir el paso de los espermatozoides a pesar de no tener relación sexual alguna, el óvulo es de las células más grandes del cuerpo y es posible percibirla a simple vista, la progesterona promueve un ambiente altamente sanguíneo en el endometrio para fomentar la implantación, bajo este contexto 600 mg de mifepristona y 400 mg de misoprostol reducen los niveles de progesterona y provocan contracciones uterinas tempranas que provocan la salida de los restos embrionarios. Los embriones congelados y su utilización experimental resumen importantes amenazas a la vida naciente, para llevarlos al proceso de congelamiento los embriones cambian el agua que los compone por el congelamiento a -196 grados Celsius, esto lo mantiene en un estado de hibernación y el destino que puedan tener conlleva una serie de repercusiones bioéticas fundamentales por analizar, por último el diagnóstico genético preimplantacional que permite determinar si el embrión padece alguna enfermedad genética o hereditaria, imponiendo unos criterios de calidad preestablecidos que en el primer momento en que estos no se cumplan justifican el desecho del embrión considerándolo defectuoso o no útil.

En conclusión y por forzosa necesidad de reconocimiento, el valor de la vida humana desafortunadamente se va perdiendo y perdiendo cada vez más en la conciencia de nuestro entorno o de nuestra sociedad. Obras como esta ponen sobre la mesa descripciones claras y de primera mano basadas en la ciencia y en el diálogo entre fe y razón que permiten al contexto poblacional general acceder a información de relevancia y de vanguardia, librando al común denominador de noticias o argumentos al respecto que pueden resultar confusos e indeterminados, no haciéndolo desde un planteamiento dogmático sino complementando con los datos de las diversas ciencias que nos ayudan a conocer más y mejor estos temas.

Referencias

1. Aznar J, Martínez M, Navarro, P. Valoración de la adopción de embriones humanos congelados desde el punto de vista de la filosofía moral, la ética laica y dos religiones monoteístas. *Acta bioethica*, 2016; 187-194.
2. Aznar J, Tudela J. Analysis of the Truth in Advertising on the Efficacy Provided by Assisted Reproduction Clinics. *Acta bioethica*, 2017: 311–325.
3. Madrazo JM, Tarasco M. Análisis de la eficacia y percepción de los métodos de reconocimiento de la fertilidad, como alternativa lícita-ética para la planificación familiar. [Tesis Universidad Anáhuac México], Facultad de Bioética; 2018.

Nascent human life

La vida humana naciente

José Alberto Castilla Barajas*

Academia Nacional Mexicana de Bioética, México

<https://doi.org/10.36105/mye.2025v36n4.08>

Aznar Lucea J. *La Vida Humana Naciente 200 preguntas y respuestas.*
Biblioteca de Autores Cristianos (BAC), Madrid; 2008.

This work, presented in Spanish, was coordinated by Justo Aznar, head of the Department of Clinical Biopathology at La Fe University Hospital and former director of the Bioethics Observatory and the Institute of Life Sciences (Catholic University of Valencia). It was developed using a methodology of two hundred questions and answers with the participation of various specialists who give the work the interdisciplinary perspective it requires.

1. Abstract

This is a serious work that makes a significant effort at synthesis, allowing for a pedagogical understanding of the content, which fo-

* Academia Nacional Mexicana de Bioética. Correo electrónico: alberto.castilla@ana-huac.mx <https://orcid.org/0000-0001-6500-7594>

Reception: 10/12/2024 Acceptance: 07/04/2025

CÓMO CITAR: Castilla Barajas, J. A. (2025). Nascent human life. *Medicina y ética*, vol. 36, núm. 4. DOI: <https://doi.org/10.36105/mye.2025v36n4.08>



This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

cuses on four main aspects: generalities about the value of human life, conjugal love and fertility, attacks against nascent human life, and biomedical research in regenerative medicine. The teaching of the Church can be considered the compass of the text, and I would highlight the ongoing dialogue between faith and reason that runs through the work from beginning to end.

The interdisciplinary perspective and accessible content that characterizes the text is supported by the prestige and experience of the seventeen contributors to the work, including lawyers (Bellver), philosophers (Postigo), biologists (Pastor), doctors (Aznar), humanists (López Guzmán), theologians (Pérez-Soba), among others who, using a question-and-answer methodology, lead the reader into the desired dialogue on these topics. They respond from 1 to 200 with firm conviction and passion for finding the truth.

The first part is based on five different aspects. It argues the value of human life, the first being Revelation, which perceives human life as a gift from God the Creator and Father. This is consummated in the person and life of Christ, in his words and actions, but above all in his death, where it is revealed. The second is the philosophy that every living being has impregnated in its essence a series of potentialities that it will realize throughout its existence in time, detailing that the terms “person” and “human life” mean substantially the same thing. I can become something in act because in some way I already am it in potency; an embryo is not a person in potency, but a person in act with potentiality. The third, the biological status of the embryo, affirms with certainty that the beginning of the life of a new person occurs at the moment when the zygote is formed with 46 chromosomes and its own genetic identity, with an integrated system capable of regulating itself, a continuous phenomenon and three properties: coordination, continuity, and autonomy. The fourth, the legal status of the embryo, the lack of binding laws on the *nasciturus* prohibits it from being recognized as a person. International realities are diverse, and neither the 14th day of embryonic development nor the completion of implantation represent more than a consensus among a group of experts. The value of life in the

legal sphere must be based on the enactment of laws or the development of public policies that bind embryonic human life. And fifth and last, demographic growth that perceives children as a consumer good, an individualism that allows procreation to be perceived as a risk, the loss of value of the family, and the devaluation of human life.

The second part takes us into the world of fertility and love. The author initially addresses the alliance of marriage as a public and stable covenant that, within conjugal love, expresses sexuality from a broad perspective, not only genitally but also involving personal, psychological, and spiritual aspects. True conjugal love includes self-control and responsible parenthood, which means being responsible for our own capacity to transmit life within this framework. Life is the most precious gift that every living being can possess, and fertility regulation also means responsible regulation that respects the truth and meaning of human sexuality.

Patients' lack of knowledge about artificial methods of human fertility regulation has triggered a social wave of poor-quality and insufficient information. The adverse effects of hormonal contraceptive methods bypass a message that is intentionally not disseminated. The adverse effects, drug interactions, or pathophysiological conditions that have been proven are given little relevance by the global market that these types of drugs reach, and efforts focused on reducing these aspects occupy a large part of the budget in pharmacokinetics and pharmacodynamics. Mechanical or surgical methods, as well as emergency contraception, are no exception to the argument of this article. On the contrary, in some respects, misinformation leads to erroneous conclusions among patients.

Natural methods of human reproduction recognize the biological potential to give rise to beings of our own species. These alternatives, which initially seek to change the anti-natalist mindset, are based on the recognition of the physiological changes and modifications that occur in each genital cycle. Analysis of biological markers and acting accordingly generate algorithms that have a very competitive sensitivity and specificity, or what is now called the Pearl Index.

In addition to this, communication within marriage and mutual respect are intensified, which means active intervention by parents in the adaptation and construction of circumstances, implying recognition of our nature and who we are.

2. Criticism

Let us continue with the criticism and put what we have analyzed so far back to square one, where the arguments do not focus on defining whether to understand fertility or physiology using a natural method or to go against life with a contraceptive, but rather on first achieving assisted human reproduction. The work provides a scientific and procedural analysis of the techniques that specify in detail the daily size of the embryo during its development, or the reduction of embryos carried out by inserting a needle vaginally or abdominally, guided by ultrasound, which injects potassium chloride into the embryo.

The third and final part of the work details the attacks against nascent human life, that is, it is not enough to ensure that the embryo develops and achieves implantation up to that point, but also before, during, and after, it is subject to imminent dangers. In summary, such attacks in the contemporary world arise excessively and through different mechanisms, starting with pharmacology, the RU-486 abortion pill, the morning-after pill, or the anti-implantation reaction caused by the IUD in the dermis' reaction to copper. Let us now turn to therapeutic cloning, whether for highly valued stem cells, stem cells, or experiments in regenerative medicine, the freezing or thawing processes to which surplus embryos are subjected, or molecular diagnosis, among others.

During the genital cycle, when the uterus is at its most fertile, it contracts to allow sperm to pass through even if there is no sexual intercourse. The egg is one of the largest cells in the body and can be seen with the naked eye. Progesterone promotes a highly bloody environment in the endometrium to encourage implantation. In this

context, 600 mg of mifepristone and 400 mg of misoprostol reduce progesterone levels and cause early uterine contractions that expel the embryonic remains. Frozen embryos and their experimental use pose significant threats to nascent life. To freeze them, the water they contain is replaced by freezing them at -196 degrees Celsius, which keeps them in a state of hibernation. Their ultimate fate raises a number of fundamental bioethical issues that need to be analyzed. Finally, preimplantation genetic diagnosis allows the determination of whether the embryo has any genetic or hereditary diseases, imposing pre-established quality criteria that, if not met, justify the disposal of the embryo as defective or useless.

In conclusion, and due to the urgent need for recognition, the value of human life is unfortunately being lost more and more in the consciousness of our environment and our society. Works such as this one provide clear, first-hand descriptions based on science and the dialogue between faith and reason, allowing the general population to access relevant, cutting-edge information, freeing the common denominator from news or arguments on the subject that can be confusing and vague, not from a dogmatic standpoint but by complementing it with data from various sciences that help us to understand these issues better and more fully.

References

1. Aznar J, Martínez M, Navarro, P. Valoración de la adopción de embriones humanos congelados desde el punto de vista de la filosofía moral, la ética laica y dos religiones monoteístas. *Acta bioethica*, 2016; 187-194.
2. Aznar J, Tudela J. Analysis of the Truth in Advertising on the Efficacy Provided by Assisted Reproduction Clinics. *Acta bioethica*, 2017: 311–325.
3. Madrazo JM, Tarasco M. Análisis de la eficacia y percepción de los métodos de reconocimiento de la fertilidad, como alternativa lícita-ética para la planificación familiar. [Thesis Universidad Anáhuac México], Facultad de Bioética; 2018.

Políticas y criterios editoriales

Objetivo, identidad y misión de la revista

Objetivos científicos:

1. Dar a conocer investigaciones en curso o finalizadas sobre temas de bioética.
2. Contribuir a generar debate académico respecto a temas actuales de bioética.
3. Divulgar trabajos académicamente sólidos sobre cuestiones referentes a la bioética.
4. Fomentar el diálogo interdisciplinario en temas de relevancia y actualidad sobre las ciencias de la salud y de la vida.

Misión:

La revista *Medicina y Ética* contribuye a la realización y el fortalecimiento de la misión de la Facultad de Bioética de la Universidad Anáhuac México, especialmente en lo concerniente a la formación de una opinión basada en la bioética centrada en la persona humana:

<https://www.anahuac.mx/mexico/EscuelasyFacultades/bioetica/mision-y-vision>

Cobertura temática:

La revista *Medicina y Ética* fomenta el debate en torno a la bioética general con temas relacionados con el inicio y fin de la vida humana pero también con temas de bioética clínica, la figura del bioeticista y de los comités hospitalarios de bioética, así como temas de bioética global, biotecnologías, biopolítica y temas de bioética emergente.

Audiencia a la que se dirige:

- Público en general interesado en temas de bioética y en el debate actual en torno a las ciencias de la salud y de la vida.
- Académicos, investigadores y otros profesionales de la salud y de las humanidades que quieran contribuir al diálogo y reflexión serias sobre la bioética.

Políticas de sección

La revista contará con dos secciones: primera, artículos inéditos originales; y segunda, reseñas.

Los artículos y reseñas deberán escribirse en español o inglés, de manera clara y concisa; en fuente Arial con 12 puntos, a 1.5 de interlineado, en formato electrónico Word. Deberá enviarse directamente por el Open Journal Systems de la revista.

Las políticas puntuales de cada sección se especifican en el apartado de “Envíos”, en “Directrices para los autores”.

Proceso de revisión y evaluación por pares

1. El editor revisará que los artículos correspondan con la línea editorial de la revista.
2. Todos los manuscritos remitidos a la revista serán procesados por el software *Turnitin*, que es una solución de detección de similitud de contenidos. Cualquier similitud total o parcial no debidamente citada, será motivo de rechazo.
3. Se revisará que el texto cumpla con todas las indicaciones de forma señaladas en la entrega de originales.
4. Los artículos serán dictaminados por dos académicos de competencia relevante para el tema (revisión entre pares a doble ciego) en un plazo máximo de tres meses. Los nombres, tanto

de dictaminadores como del autor, permanecerán en el anonimato. El resultado puede ser:

a) *Publicable*

En ese caso, el artículo seguirá el proceso de traducción y publicación. Las decisiones de aceptar un artículo no serán revertidas, a menos que se identifiquen posteriormente problemas importantes.

b) *Publicable sujeto a modificaciones*

El autor realizará las modificaciones o correcciones, y lo someterá nuevamente a dictamen, sin que por ello la revista se comprometa a publicarlo. Si en esta segunda ocasión fuera rechazado nuevamente, el artículo ya no podrá ser presentado de nuevo.

c) *No publicable*

En el caso de respuesta negativa, el autor recibirá un dictamen con las opiniones de los dictaminadores.

La negativa a la publicación siempre será por el artículo y no por la persona.

El artículo rechazado no podrá ser enviado nuevamente a la revista en un periodo de seis meses.

Política de acceso abierto

Medicina y Ética brinda acceso abierto a su contenido con el principio de que la investigación esté disponible gratuitamente para el público que apoya un mayor intercambio global del conocimiento. Por lo que no existe un cobro de cuotas a los autores por envío, procesamiento y/o publicación de artículos.

Medicina y Ética se distribuye bajo una **Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional**, la cual refiere que el usuario es libre de:

- Compartir: copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato.
- Adaptar: remezclar, transformar y construir a partir del material.

Bajo los siguientes términos:

- Atribución: debe dar crédito de manera adecuada, brindar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios. Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen el apoyo de la licenciante.
- NoComercial: no puede hacer uso del material con propósitos comerciales.
- CompartirIgual: si remezcla, transforma o crea a partir del material, debe distribuir su contribución bajo la misma licencia del original.

Lineamientos y procedimientos éticos en la publicación

La revista cuenta con un protocolo estricto de seguimiento a denuncias sobre mala conducta de los investigadores o prácticas no éticas en los procesos de investigación.

Si se presenta una denuncia anónima o se realiza directamente al editor de la revista o a algún miembro del Comité Editorial sobre malas prácticas o conductas no éticas, el editor será el responsable de comenzar la investigación conducente, salvo que éste sea el acusado, en cuyo caso se deberá designar por mayoría simple a un miembro del Comité Editorial para que comience la investigación.

Se entiende por *mala conducta*:

Evitar la publicación de artículos en los que se haya producido una conducta indebida en la investigación, incluidos el plagio, el autoplagio, la manipulación de citas y la falsificación o fabricación de datos, etcétera.

Cuando se cuente con evidencia suficiente para comprobar la *mala conducta*, el editor o el responsable designado dará seguimiento a las acciones pertinentes que pueden ser:

1. En caso de *detección y comprobación de plagio de un artículo ya publicado*, se procederá a la retractación del mismo en el sitio web de la revista con la leyenda en todas las hojas de “Retractado”. Se notificará en la edición del siguiente número y se avisará con un mensaje extraordinario al autor, autores, Comité Editorial, Consejo Científico y a todos los suscriptores de la retractación del artículo en cuestión, así como de los motivos. Asimismo, será responsabilidad del editor avisar a las bases de datos en que se encuentra indizada la revista para que realicen el proceso correspondiente de retractación de dicho artículo.
2. En caso de *detección de falsa responsabilidad o nivel de autoría en la realización del artículo*, el editor deberá recabar la evidencia suficiente con los demás autores y notificar a todos los involucrados que se cambiará el nivel de autoría en el número ya publicado o por publicar, según sea el caso, e imponer una amonestación por escrito al autor que incurrió en la falta para advertirlo y exhortarlo a que no se repita. En caso de cometer una segunda falla de esta naturaleza, el autor quedará permanentemente vetado de publicar en la revista.
3. En caso de *detección y comprobación de una mala conducta por parte del editor de la revista*, el Comité Editorial, mediante la persona designada por mayoría simple, procederá a amonestarlo por escrito para advertir su falta y exhortarlo a no volver a hacerlo. En caso de incurrir en una segunda falla de esta naturaleza,

el editor podrá ser removido de su cargo bajo el aval del director de la revista.

4. En caso de *detección y comprobación de falsificación de datos y/o resultados en un artículo publicado*, se procederá de inmediato a la evaluación de las repercusiones y a las conclusiones del trabajo. El editor, junto con el Comité Editorial, las evaluarán y, en caso de determinar que fue determinante para las conclusiones de la investigación, se procederá a la retractación inmediata del artículo siguiendo los lineamientos estipulados en el apartado número 1 de esta sección. En cambio, si se determina que la fabricación de los datos o la alteración de los mismos no es determinante para las conclusiones del artículo, se procederá a notificar al autor para que haga una inmediata corrección de los mismos, en un lapso no mayor a 15 días hábiles y se le impondrá una amonestación por escrito para advertir y exhortar a que no vuelva a incurrir en dicha práctica. Cuando se reciba el texto modificado se suplirá el previo por la nueva versión advirtiéndole de las erratas en la Editorial del número siguiente. En caso de que no se envíen las correcciones solicitadas, se procederá a la retractación del artículo siguiendo los pasos mencionados en el apartado número 1 de esta sección.

Política sobre autoría y contribución. Todos los autores que se mencionan en el artículo deben haber realizado una contribución significativa, incluyendo estudiantes y técnicos. Se exhorta a excluir a quienes no contribuyeron en su realización (autoría honoraria, regalada o por invitación).

Política antiplagio. *Medicina y Ética* mantiene una política antiplagio para garantizar la originalidad de todos los manuscritos mediante el uso de *Turnitin*, que es una solución de detección de similitud de contenidos.

La revista realiza una revisión de detección de similitud en todos los artículos y las reseñas que se publican en cada número y en caso

de detectarse un porcentaje considerable (arriba de 15%), el artículo o reseña serán rechazados. El autor recibirá una notificación con el motivo del rechazo, contando con un plazo de 15 días hábiles para realizar las correcciones pertinentes y así contribuir a la originalidad del texto enviado. En caso de que no se envíen dichas correcciones, el autor podrá realizar un nuevo envío, pero con una penalización de un tiempo de espera de tres meses. Si las correcciones son enviadas en el tiempo estipulado, el artículo se someterá de nuevo a una revisión de similitud de contenidos; si el porcentaje es menor a 15%, se turnará a dictamen, pero si el porcentaje sigue siendo el mismo o incluso incrementó, el artículo se rechazará y el autor quedará penalizado con un tiempo de espera de un año para volver a enviar su artículo a la revista.

Política sobre conflicto de interés. Todos los autores deben declarar cualquier conflicto de interés que pudiera existir con la publicación, para evitar alguna influencia sobre los resultados reportados.

No declarar los conflictos de interés es una falta ética que no será tolerada y se sancionará mediante la amonestación escrita al autor o al directamente involucrado y/o la retractación del artículo correspondiente, o bien la remoción del cargo si la falta fue cometida por el editor o algún miembro del Comité Editorial.

Política sobre supervisión ética. Todos los artículos de investigación original que hayan versado sobre animales vivos o personas humanas deberán presentarse a la revista junto con el folio de aprobación de un Comité de Ética en Investigación que será el responsable de verificar, entre otras cosas, la información respecto al consentimiento informado de los sujetos involucrados, privacidad y confidencialidad de datos personales, protección a los sujetos y poblaciones vulnerables, etcétera.

En caso de no contar con el aval de un Comité, se puede solicitar al Comité de Ética en Investigación de la Universidad Anáhuac México: <https://www.anahuac.mx/mexico/EscuelasyFacultades/bioetica/comite-de-etica>

No se aceptará ni turnará a dictamen ningún artículo que no cuente con este folio de aprobación en caso de que la investigación

que lo originó haya tenido como sujetos a animales vivos o personas humanas.

Correcciones posteriores a la publicación. La revista cuenta con mecanismos de corrección, revisión o retractación de los artículos después de su publicación.

Se considerará la retractación de una publicación en los siguientes casos:*

- Contar con evidencia de que el texto no es confiable, ya sea como resultado de un error, una fabricación, o falsificación, autoría inexacta, plagio.
- Haber sido publicada previamente en otro lugar sin la autorización del editor.
- Incluir material o datos sin autorización de uso.
- No contar con folio de un Comité de Ética en Investigación en los casos en que proceda.
- Infringir los derechos de autor o que exista algún otro problema legal grave (por ejemplo, difamación, privacidad).
- Llevar a cabo un proceso de revisión por pares comprometido o manipulado.
- Omitir, por parte del autor, la declaración de conflicto de intereses.

Responsabilidad del autor

- Contribuir sustancialmente en la concepción, el diseño, análisis e interpretación de los datos del artículo conforme a una conducta profesional y ética.
- Participar en la redacción del artículo con una revisión crítica y una conducta ética, así como aprobar la versión final del manuscrito.
- Manifestar conflicto de intereses o ausencia del mismo.
- Presentar datos verídicos.

- Respetar los procesos y tiempos de la revista, del editor y de los dictaminadores.
- Realizar las correcciones sugeridas por el editor y los revisores en los plazos establecidos.
- Dar seguimiento a las etapas de la revista a través de su plataforma y abstenerse de establecer conversaciones personales con el editor.
- Cumplir cabalmente con todos los requisitos y las políticas editoriales.
- Acatar las amonestaciones impuestas y los tiempos de penalización señalados, en caso de que suceda.

Responsabilidad del editor

- Dar seguimiento puntual a los procesos de recepción, revisión, dictaminación y publicación de los artículos enviados a la revista.
- Mantener, mediante la plataforma digital de la revista, comunicación con el autor y los dictaminadores.
- Vigilar las buenas prácticas en la publicación y promover los valores éticos en el proceso de la misma.
- Aceptar o rechazar los trabajos de acuerdo con las políticas editoriales de la revista.
- Iniciar y dar seguimiento a las investigaciones necesarias para comprobar malas prácticas.
- Revisar y analizar los textos con una herramienta de detección de similitud.
- Asegurar un buen sistema de revisión doble ciego.
- Respetar la confidencialidad de todos los involucrados.
- No usar los manuscritos para beneficios personales.
- Actuar con ética, objetividad e imparcialidad durante todo el proceso editorial.
- Aceptar los errores en la publicación y corregirlos de manera rápida.

- Realizar la retractación del artículo en caso de que se comprueben faltas éticas que así lo ameriten.
- Acatar las decisiones del Comité Editorial o del director de la revista en caso de haber incurrido en faltas éticas.
- Reportar, al menos dos veces al año, al Comité Editorial y al Consejo Editorial sobre los avances y números publicados.

Responsabilidad del revisor/dictaminador

- Revisar de forma crítica, imparcial y puntual los manuscritos de los autores y hacerlo a través de la plataforma que alberga la revista.
- Declarar al editor cualquier conflicto de interés que pueda sesgar sus opiniones sobre el original o, en su defecto, abstenerse de realizar el dictamen bajo previo aviso al editor.
- No sugerir citas a sus propios trabajos o tomar información importante y apropiarse de ideas del autor en revisión.
- Respetar las decisiones y/o amonestaciones impuestas por el editor en caso de haber incurrido en alguna falta grave.
- Abstenerse de revelar su identidad con los autores del artículo que revisó después de la publicación del mismo.

* Basado en las Guías de retractación de COPE.

Directrices para autores

La revista contará con dos secciones: primera, Artículos, y segunda, Reseñas.

Los artículos y reseñas deberán escribirse en español o inglés, de manera clara y concisa; en fuente Arial con 12 puntos, a 1.5 de interlineado, en formato electrónico Word. Deberá enviarse directamente por el Open Journal Systems de la revista.

Artículos

Los artículos deberán contar con los siguientes requisitos:

- Material inédito.
- Extensión mínima de 15 cuartillas y máxima de 30. Deben ser solamente monográficos.
- Título en español y en inglés.
- Resumen en español de aproximadamente 150 palabras y su versión en inglés (abstract).
- Palabras clave: de tres a cinco palabras clave no contenidas en el título y su versión en inglés (keywords).
- Datos del autor. Nombre de cada autor con asterisco, señalando su lugar de adscripción laboral, ciudad y país y puesto de trabajo brevemente, así como su correo electrónico y su código ORCID.

Ejemplo:

Nombre, Apellidos
Profesor /director/ investigador de la Facultad de... / del Hospital... / del
Centro de investigación...
De la (nombre de la institución)
Ciudad, País
El primer autor deberá enviar su correo electrónico.
La Coordinación Editorial se reserva el derecho de omitir títulos excesivos.

Ejemplo:

Nombre, Apellidos
Director asistente del Centro de Oncología Pediátrica (~~del Servicio de Pe-~~
~~diatría~~)
Del Hospital X

El nombre del primer autor deberá corresponder a quien más haya intervenido en la elaboración del artículo, no por cargos académicos o clínicos.

En caso de existir conflicto de interés, los autores deben señalarlo en la publicación.

Si su artículo es de carácter cuantitativo y su estudio se llevó a cabo con personas o animales, es necesario que nos proporcione, además de todos los datos solicitados en las políticas y normas editoriales, el número de folio o constancia de que su trabajo fue aprobado por un Comité de Ética en Investigación. Sin este documento, NO podemos proceder a darle el seguimiento editorial.

Si usted no cuenta con dicha probación, puede recurrir al Comité de Ética en Investigación de la Universidad Anáhuac México, quien le dará el seguimiento correspondiente. El correo de contacto es: precomite@anahuac.mx

Reseñas

Las reseñas deberán incluir el título del trabajo que se expone con su referencia bibliográfica. Además, el nombre, cargo, correo electrónico y código ORCID del autor de la reseña.

La reseña es una crítica académica, respetuosa y debe señalar los límites y los aportes del trabajo en cuestión.

Su extensión no deberá superar las cinco páginas.

Bibliografía

Se seguirá el estilo Vancouver.

*** Las referencias de cada artículo deberán incluir su DOI, en caso de que lo tenga.**

El DOI deberá mostrarse como un enlace URL completo y no estar precedido por doi: o DOI:

Ejemplo: Soleimani N, Mohabati Mobarez A, Farhangi B. Cloning, expression and purification flagellar sheath adhesion of *Helicobacter pylori* in *Escherichia coli* host as a vaccination target. Clin Exp Vaccine Res. 2016 Jan;5(1):19-25. <https://doi.org/10.7774/cevr.2016.5.1.19>

Libro completo

Autor/es. Título del libro. Edición. Lugar de publicación: Editorial; año.

Bell J. Doing your research project. 5th. ed. Maidenhead: Open University Press; 2005.

Volúmenes independientes de libros

1. Volúmenes con título propio, pero de los mismos autores/editores

Autor/es. Título del libro. Edición. Lugar de publicación: Editorial; año. Páginas. Vol. n°. Título del capítulo.

Cicchetti D, Cohen DJ, editors. Developmental psychopathology. Vol. 1, Theory and methods. New York: John Wiley & Sons, Inc.; 1995. 787 p.

2. Monografías seriadas

Autor/es. Título del libro. Edición. Lugar de publicación: Editorial; año. Páginas. (Autor/es. Título de la serie. Vol. n°.)

Stephens D, editor. Adult audiology. Oxford (UK): Butterworth-Heinemann; 1997. 657 p. (Kerr AG, editor. Scott-Brown's otolaryngology. Vol. 2).

Capítulos de libros

Autor/es del capítulo. Título del capítulo. En: Director/Coordinador/Editor del libro. Título del libro. Edición. Lugar de publicación: Editorial; año. página inicial-final del capítulo.

Franklin AW. Management of the problem. En: Smith SM, editor. The maltreatment of children. Lancaster: MTP; 2002. p. 83-95.

Artículo de revista

Autor/es. Título del artículo. Abreviatura internacional de la revista. año; volumen(número): página inicial-final del artículo.

Daves J, Rowley J. Enhancing the customer experience: contributions from information technology, J Business Res. 2005; 36(5):350-7.

Actas de congresos y conferencias (se citan como un libro)

Harnden P, Joffe JK, Jones WG, editors. Germ cell tumours V. Proceedings of the 5th Germ Cell Tumour Conference; 2001 Sep 13-15; Leeds, UK. New York: Springer; 2002.

Comunicaciones y ponencias

Autor/es de la comunicación/ponencia. Título de la comunicación/ponencia. En: Título oficial del Congreso. Lugar de publicación: Editorial; año. página inicial-final de la comunicación/ponencia.

Anderson JC. Current status of chorion villus biopsy. Paper presented at: APSB 1986. Proceedings of the 4th Congress of the Australian Perinatal Society, Mothers and Babies; 1986 Sep 8-10; Queensland, Australian. Berlin: Springer; 1986. p. 182-191.

Recursos en internet

Libros

Autores. Título [Internet]. Lugar: Editor; año [revisión; consultado]. Disponible en: dirección electrónica.

Richardson ML. Approaches to differential diagnosis in musculoskeletal imaging [Internet]. Seattle (WA): University of Washington School of Medicine; 2007-2008 [revisión 2007-2008; consultado 29 de marzo de 2009]. Disponible en: <http://www.rad.washington.edu/mskbook/index.html>

Artículos de revistas

Autor. Título. Nombre de la revista abreviado [Internet]. año [consultado]; volumen(número): páginas o indicador de extensión. Disponible en: dirección electrónica.

Abood S. Quality of improvement initiative in nursing homes. Am J Nurs [Internet]. 2002 [consultado 22 de noviembre de 2012]; 102(6). Disponible en: <http://www.nursingworld.org>

Sitios web

Autor/es. Título [Internet]. Lugar de publicación: Editor; Fecha de publicación [revisado; consultado]. Disponible en: dirección electrónica.

European Space Agency. ESA: Missions, Earth Observation: ENVISAT. [Internet]. [consultado 3 de julio de 2012]. Disponible en: <http://envi-sat.esa.int/>

Parte de un sitio web

Medline Plus [Internet]. Bethesda (MD): U.S. National Library of Medicine; c2009. Dental health; 6 de mayo de 2009 [citado 16 de junio de 2009]; [about 7 screens]. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medline-plus/dentalhealth.html>

Datos de investigación

Veljić M, Rajčević N, Bukvički D. A Revision Of The Moss Collection Of The University Of Belgrade Herbarium (Beou) From The Ostrozub Mountain In Serbia [Internet]. Zenodo; 2016. Disponible en: <https://doi.org/10.5281/ZENODO.159099>

Citas en el texto

Las citas en el texto se efectúan a través de llamadas con números arábigos entre paréntesis.

Cada trabajo citado en el texto debe tener un único número asignado por orden de citación. Si se cita una obra más de una vez, conservará el mismo número.

Las citas de un autor se pueden realizar por un número o integrando el nombre del autor seguido de un número en el texto. Cuando en el texto se menciona un autor, el número de la referencia se pone tras el nombre de éste. Si no se nombra al autor, el número aparecerá al final de la frase.

Los tumores pueden extenderse desde el pulmón a cualquier parte del cuerpo (1)...

Como indicó Lagman (2) los cuidados de la diabetes...

Si la obra tiene más de un autor, se citará en el texto el primer autor *et al.*

Simona *et al.* (5) establecen que el principio...

Para citar una obra que no tiene un autor conocido, se debe usar lo que se denomina como “autor corporativo”. Por ejemplo, una organización o una entidad.

El Ministerio de Sanidad (4) recientemente ha estimado que la hepatitis...

El número de personas que sufren de hepatitis en España ha crecido un 14% en los últimos 20 años (4)...

Algunos libros contienen capítulos escritos por diferentes autores. Cuando se cita el capítulo se citará al autor del capítulo, no al editor literario o director de la obra.

Bell (3) identificó que las personas que sufren de diabetes mellitus 2 requieren unos cuidados alimentarios estrictos...

Cuando hay más de una cita, éstas deben separarse mediante comas, pero si fueran correlativas, se menciona la primera y la última separadas por un guion.

Modern scientific nomenclature really began with Linnaeus in botany (1), but other disciplines (2,5) were not many years behind in developing various systems (4-7) for nomenclature and symbolization

Cita directa. Debe ser breve, de menos de cinco renglones, se inserta dentro del texto entre comillas, y el número correspondiente se coloca al final, después de las comillas y antes del signo de puntuación, se incluye la paginación.

“...has been proven demonstrably false.” (4, p. 23)

Editorial policies and criteria

Objective, identity and mission of the magazine

Scientific objectives:

1. Publicize ongoing or completed research on bioethics issues.
2. Contribute to generate academic debate regarding current issues of bioethics.
3. Disseminate academically solid works on issues related to bioethics.
4. Promote interdisciplinary dialogue on relevant and current issues in health and life sciences.

Mission:

The *Medicina y Ética* journal contributes to the realization and strengthening of the mission of the Faculty of Bioethics of the Universidad Anáhuac México, especially regarding the formation of an opinion based on bioethics centered on the human person:

<https://www.anahuac.mx/mexico/EscuelasyFacultades/bioetica/mision-y-vision>

Thematic coverage:

The journal *Medicina y Ética* promotes debate around general bioethics with topics related to the beginning and end of human life but also with topics of clinical bioethics, the figure of the bioethicist and hospital bioethics committees, as well as topics of global bioethics, biotechnologies, biopolitics and emerging bioethics issues.

Target audience:

- General public interested in bioethics issues and in the current debate around health and life sciences.
- Academics, researchers and other health and humanities professionals who want to contribute to serious dialogue and reflection on bioethics.

Section policies

The magazine will have two sections: first, original unpublished articles; and second, reviews.

Articles and reviews must be written in Spanish or English, clearly and concisely; in Arial font with 12 points, 1.5 line spacing, in Word electronic format. It should be sent directly through the journal's Open Journal Systems.

The specific policies of each section are specified in the "Submissions" section, in "Guidelines for authors".

Peer review and evaluation process

1. The editor will check that the articles correspond to the editorial line of the journal.
2. All manuscripts submitted to the journal will be processed by *Turnitin* software, which is a content similarity detection solution. Any total or partial similarity not properly cited will be grounds for rejection.
3. It will be checked that the text complies with all the indications indicated in the delivery of originals.
4. The articles will be judged by two academics with relevant competence for the subject (double-blind peer review) within a maximum period of three months. The names of both

the reviewers and the author will remain anonymous. The result can be:

a) *Publishable*

In that case, the article will follow the translation and publication process. Decisions to accept an article will not be reversed unless significant issues are subsequently identified.

b) *Publishable subject to modifications*

The author will make the modifications or corrections, and will submit it again for opinion, without the journal committing to publish it. If on this second occasion it is rejected again, the article can no longer be submitted again.

c) *Not publishable*

In the case of a negative response, the author will receive an opinion with the opinions of the reviewers.

The refusal to publish will always be for the article and not for the person.

The rejected article may not be sent back to the journal for a period of six months.

Open access policy

Medicina y Ética provides open access to its content with the principle that research is freely available to the public that supports a greater global exchange of knowledge. Therefore, there is no charge of fees to authors for submission, processing and/or publication of articles.

Medicina y Ética is distributed under a **License Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International (CC BY-NC-SA 4.0)**, which states that the user is free to:

- Share: copy and redistribute the material in any medium or format.
- Adapt: remix, transform and build from the material.

Under the following terms:

- Attribution: the author must give proper credit, provide a link to the license, and indicate if changes have been made in any reasonable way, but not in any way that suggests that their use is endorsed by Licensor.
- Non-Commercial: the author may not use the material for commercial purposes.
- ShareAlike: If the author remixes, transforms, or builds on the material, it will be necessary to distribute the contribution under the same license as the original.

Ethical guidelines and procedures in publication

The journal has a strict protocol for monitoring reports of misconduct by researchers or unethical practices in research processes.

If an anonymous complaint is filed or made directly to the editor of the journal or to any member of the Editorial Committee about bad practices or unethical conduct, the editor will be responsible for starting the investigation, unless he is the accused, in which case a member of the Editorial Committee must be appointed by simple majority to start the investigation.

Misconduct is understood as:

Avoid publishing articles where research misconduct has occurred, including plagiarism, self-plagiarism, citation manipulation, and data falsification or fabrication, etc.

When there is sufficient evidence to prove the misconduct, the editor or the designated person in charge will follow up on the pertinent actions that may be:

1. In case of *detection and verification of plagiarism of an article already published*, it will be retracted on the journal's website with the legend "Retracted" on all pages. The author, authors, Editorial Committee, Scientific Council and all subscribers of the retraction of the article in question, as well as the reasons, will be notified in the edition of the next issue, as well as the reasons. Likewise, it will be the responsibility of the editor to notify the databases in which the journal is indexed so that they carry out the corresponding process of retracting said article.
2. In case of *detection of false responsibility or level of authorship in the article*, the editor must collect sufficient evidence from the other authors and notify all those involved that the level of authorship will be changed in the number already published or to be published, as the case may be, and impose a written reprimand on the author who committed the offense to warn him and exhort him not to repeat it. In the event of committing a second failure of this nature, the author will be permanently banned from publishing in the journal.
3. In case of *detection and verification of misconduct by the editor of the journal*, the Editorial Committee, through the person appointed by a simple majority, will proceed to admonish him in writing to warn him of his fault and exhort him not to do it again. In case of incurring a second failure of this nature, the editor may be removed from his position under the endorsement of the director of the magazine.
4. In case of detection and verification of falsification of data and/or results in a published article, the evaluation of the

repercussions and the conclusions of the work will be carried out immediately. The editor, together with the Editorial Committee, will evaluate them and, if it is determined that it was decisive for the conclusions of the investigation, the article will be immediately retracted following the guidelines stipulated in section number 1 of this section. On the other hand, if it is determined that the fabrication of the data or the alteration of the same is not decisive for the conclusions of the article, the author will be notified to make an immediate correction of the same, in a period not exceeding 15 working days and a written reprimand will be imposed to warn and exhort him not to incur in said practice again. When the modified text is received, the previous one will be replaced by the new version, warning of the errata in the Editorial of the following number. If the requested corrections are not sent, the article will be retracted following the steps mentioned in section number 1 of this section.

Policy on authorship and contribution. All authors mentioned in the article must have made a significant contribution, including students and technicians. It is exhorted to exclude those who did not contribute to its realization (honorary authorship, gift or by invitation).

Anti-plagiarism policy. *Medicina y Ética* maintains an anti-plagiarism policy to guarantee the originality of all manuscripts using *Turnitin*, which is a content similarity detection solution.

The journal performs a similarity detection review on all articles and reviews published in each issue and if a considerable percentage (above 15%) is detected, the article or review will be rejected. The author will receive a notification with the reason for the rejection, with a period of 15 working days to make the pertinent corrections and thus contribute to the originality of the text sent. If these corrections are not sent, the author may make a new submission, but with a penalty of a waiting time of three months. If the corrections are sent within the stipulated time, the article will be submitted again to

a content similarity review; if the percentage is less than 15%, it will take turns to opinion, but if the percentage remains the same or even increased, the article will be rejected, and the author will be penalized with a waiting time of one year to resubmit his article to the journal.

Policy on conflict of interest. All authors must declare any conflict of interest that may exist with the publication, to avoid any influence on the reported results.

Not declaring conflicts of interest is an ethical offense that will not be tolerated and will be sanctioned by means of a written reprimand to the author or the person directly involved and/or the retraction of the corresponding article, or removal from the post if the offense was committed by the editor. or any member of the Editorial Committee.

Ethics Oversight Policy. All original research articles that have dealt with live animals or humans must be submitted to the journal together with the approval sheet of a Research Ethics Committee that will be responsible for verifying, among other things, the information regarding informed consent. of the subjects involved, privacy and confidentiality of personal data, protection of subjects and vulnerable populations, etc.

If you do not have the endorsement of a Committee, you can request it from the Research Ethics Committee of the Universidad Anáhuac México: <https://www.anahuac.mx/mexico/EscuelasyFacultades/bioetica/comite-de-etica>

Any article that does not have this approval sheet will not be accepted or turned over to an opinion if the research that originated it had live animals or human subjects as subjects.

Post-publication discussions. The journal has mechanisms for correcting, revising or retracting articles after their publication.

The retraction of a publication will be considered in the following cases:*

- Have evidence that the text is unreliable, whether as a result of error, fabrication, or forgery, inaccurate authorship, plagiarism.

- Have been previously published elsewhere without the permission of the publisher.
- Include material or data without authorization of use.
- Not having a file from a Research Ethics Committee in the cases where appropriate.
- Copyright infringement or any other serious legal issue (e.g., defamation, privacy).
- Conducting a compromised or rigged peer review process.
- Omit, by the author, the declaration of conflict of interest.

Author Responsibility

- Substantially contribute to the conception, design, analysis, and interpretation of article data in accordance with professional and ethical conduct.
- Participate in the writing of the article with critical review and ethical conduct, as well as approve the final version of the manuscript.
- Manifest conflict of interest or lack thereof.
- Present true data.
- Respect the processes and times of the journal, the editor and the reviewers.
- Make the corrections suggested by the editor and reviewers within the established deadlines.
- Monitor the stages of the magazine through its platform and refrain from establishing personal conversations with the editor.
- Fully comply with all editorial requirements and policies.
- Abide by the warnings imposed and the penalty times indicated, in case it happens.

Publisher Responsibility

- Give punctual follow-up to the processes of reception, review, ruling and publication of the articles sent to the magazine.

- Maintain, through the journal's digital platform, communication with the author and reviewers.
- Monitor good practices in publication and promote ethical values in the publication process.
- Accept or reject papers in accordance with the journal's editorial policies.
- Initiate and follow up on the necessary investigations to verify bad practices.
- Review and analyze the texts with a similarity detection tool.
- Ensure a good double-blind review system.
- Respect the confidentiality of all involved.
- Do not use the manuscripts for personal gain.
- Act ethically, objectively and impartially throughout the editorial process.
- Accept errors in the publication and correct them quickly.
- Carry out the retraction of the article if ethical faults are verified that warrant it.
- Abide by the decisions of the Editorial Committee or the director of the magazine in case of having incurred in ethical faults.
- Report, at least twice a year, to the Editorial Committee and the Editorial Board on the advances and numbers published.

Responsibility of the reviewer/dictator

- Critically, impartially and punctually review the authors' manuscripts and do so through the platform that hosts the journal.
- Declare to the editor any conflict of interest that may bias their opinions on the original or, failing that, refrain from making the opinion prior notice to the editor.
- Do not suggest citations to their own works or take important information and appropriate ideas from the author under review.
- Respect the decisions and/or reprimands imposed by the editor in case of having incurred in any serious fault.

- Refrain from disclosing your identity to the authors of the article you reviewed after publication of the article.

* Based on the COPE Retraction Guidelines.

Guidelines for authors

the magazine will have two sections: first, Articles, and second, Reviews.

Articles and reviews must be written in Spanish or English, clearly and concisely; in Arial font with 12 points, 1.5 line spacing, in Word electronic format. It should be sent directly through the journal's Open Journal Systems.

Articles

Articles must meet the following requirements:

- Unpublished material.
- Minimum extension of 15 pages and maximum of 30. They must be monographic only.
- Title in Spanish and English.
- Summary in Spanish of approximately 150 words and its version in English (abstract).
- Keywords: three to five keywords not contained in the title and its English version (keywords).
- Author data. Name of each author with an asterisk, indicating their place of employment, city and country and job title briefly, as well as their email and ORCID code.

Example:

Name surname

Professor / director / researcher of the Faculty of... / of the Hospital... / of the Research Center...

From the (name of institution)

City Country

The first author must send their email.

The Editorial Coordination reserves the right to omit excessive titles.

Example:

Name surname

Assistant Director of the Pediatric Oncology Center (of the Pediatric Service)

Hospital X

The name of the first author must correspond to the person who has been most involved in the preparation of the article, not by academic or clinical positions.

If there is a conflict of interest, the authors must indicate it in the publication.

If your article is of a quantitative nature and your study was carried out with people or animals, you must provide us, in addition to all the data requested in the editorial policies and regulations, the folio number or proof that your work was approved by a Research Ethics Committee. Without this document, we CANNOT proceed with the editorial follow-up.

If you do not have such approval, you can resort to the Research Ethics Committee of the Universidad Anáhuac México, who will give you the corresponding follow-up. The contact email is: precomite@anahuac.mx

Reviews

The reviews must include the title of the work that is exposed with its bibliographic reference. In addition, the name, position, email and ORCID code of the author of the review.

The review is an academic criticism, respectful and should point out the limits and contributions of the work in question.

Its length should not exceed five pages.

Bibliography

Vancouver style will be followed.

*** The references of each article must include its DOI, if it has one.**

The DOI must be displayed as a full URL link and not be preceded by doi: or DOI:

Example: Soleimani N, Mohabati Mobarez A, Farhangi B. Cloning, expression and purification flagellar sheath adhesion of *Helicobacter pylori* in *Escherichia coli* host as a vaccination target. *Clin Exp Vaccine Res.* 2016 Jan;5(1):19-25. <https://doi.org/10.7774/cevr.2016.5.1.19>

Complete Book

Author/s. Title of the book. Edition. Place of publication: Publisher; year.

Bell J. Doing your research project. 5th. ed. Maidenhead: Open University Press; 2005.

Independent volumes of books

1. Volumes with their own title, but by the same authors/editors

Author/s. Title of the book. Edition. Place of publication: Publisher; year. Pages. Vol. no. Chapter title.

Cicchetti D, Cohen DJ, eds. Developmental psychopathology. Vol. 1, Theory and methods. New York: John Wiley & Sons, Inc.; c1995. 787 pages

2. Serial monographs

Author/s. Title of the book. Edition. Place of publication: Publisher; year. Pages. (Author/s. Title of the series. Vol. n°.)

Stephens D, editor. Adult audiology. Oxford (UK): Butterworth-Heinemann; c1997. 657 pages (Kerr AG, ed. Scott-Brown's otolaryngology. Vol. 2).

Chapters of books

Author/s of the chapter. Chapter title. In: Director/Coordinator/Editor of the book. Title of the book. Edition. Place of publication: Publisher; year. start-end page of the chapter.

Franklin AW. Management of the problem. In: Smith SM, editor. The mistreatment of children. Lancaster: M.T.P.; 2002. p. 83-95.

Magazine article

Author/s. Article title. International abbreviation of the magazine. year; volume(number); initial-final page of the article.

Dawes J, Rowley J. Enhancing the customer experience: contributions from information technology, J Business Res. 2005; 36(5):350-7.

Proceedings of congresses and conferences (cited as a book)

Harnden P, Joffe JK, Jones WG, eds. Germ cell tumors V. Proceedings of the 5th Germ Cell Tumor Conference; 2001 Sep 13-15; Leeds, UK. New York: Springer; 2002.

Communications and presentations

Author/s of the communication/presentation. Title of the communication/presentation. In: Official title of the Congress. Place of publication: Publisher; year. initial-final page of the communication/presentation.

Anderson JC. Current status of chorion villus biopsy. Paper presented at: APSB 1986. Proceedings of the 4th Congress of the Australian Perinatal Society, Mothers and Babies; 1986 Sep 8-10; Queensland, Australia. Berlin: Springer; 1986. p. 182-191.

Internet resources

Books

Authors. Title [Internet]. Place: Publisher; year [revision; consulted]. Available at: electronic address.

RichardsonML. Approaches to differential diagnosis in musculoskeletal imaging [Internet]. Seattle (WA): University of Washington School of Medicine; 2007-2008 [2007-2008 revision; accessed March 29, 2009]. Available at: <http://www.rad.washington.edu/mskbook/index.html>

Magazine articles

Author. Title. Abbreviated journal name [Internet]. year [queried]; volume(number): pages or extension indicator. Available at: electronic address.

Aboud S. Quality of improvement initiative in nursing homes. Am J Nurs [Internet]. 2002 [cited 2012 Nov 22]; 102(6). Available at: <http://envisat.esa.int/>

Websites

Author/s. Title [Internet]. Place of publication: Publisher; Publication date [revised; consulted]. Available at: electronic address.

European Space Agency. ESA: Missions, Earth Observation: ENVISAT. [Internet]. [Accessed 2012 Jul 3]. Available at: <http://envisat.esa.int/>

Part of a website

Medline Plus [Internet]. Bethesda (MD): US. National Library of Medicine; c2009. dental health; 2009 May 6 [cited 2009 Jun 16]; [about 7 screens]. Available at: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/dentalhealth.html>

Research data

Veljić M, Rajčević N, Bukvički D. A Revision Of The Moss Collection Of The University Of Belgrade Herbarium (Beou) From The Ostrozub Mountain In Serbia [Internet]. Zenodo; 2016. Available at: <https://doi.org/10.5281/ZENODO.159099>

In-text citations

Citations in the text are made through calls with Arabic numbers in parentheses.

Each work cited in the text must have a unique number assigned in order of citation. If a work is cited more than once, it will keep the same number.

Citations of an author can be made by a number or by integrating the author's name followed by a number in the text. When an author is mentioned in the text, the reference number is placed after the author's name. If the author is not named, the number will appear at the end of the sentence.

Tumors can spread from the lung to any part of the body (1)...
As Lagman (2) indicated, diabetes care...

If the work has more than one author, the first author *et al.* will be cited in the text.

Simone *et al.* (5) establishes that the principle...

To cite a work that does not have a known author, what is called a "corporate author" must be used. For example, an organization or an entity.

The Ministry of Health (4) has recently estimated that hepatitis...
The number of people suffering from hepatitis in Spain has grown by 14% in the last 20 years (4)...

Some books contain chapters written by different authors. When citing the chapter, the author of the chapter will be cited, not the literary editor or director of the work.

Bell (3) identified that people suffering from type 2 diabetes require strict dietary care...

When there is more than one citation, they must be separated by commas, but if they are correlative, the first and last are mentioned separated by a hyphen.

Modern scientific nomenclature really began with Linnaeus in botany (1), but other disciplines (2,5) were not many years behind in developing various systems (4-7) for nomenclature and symbolization.

Direct citation: It must be brief, less than five lines, it is inserted within the text between quotation marks, and the corresponding number is placed at the end, after the quotation marks and before the punctuation mark, the pagination is included

“...has been proven demonstrably false.” (4, p. 23)