

REVISTA



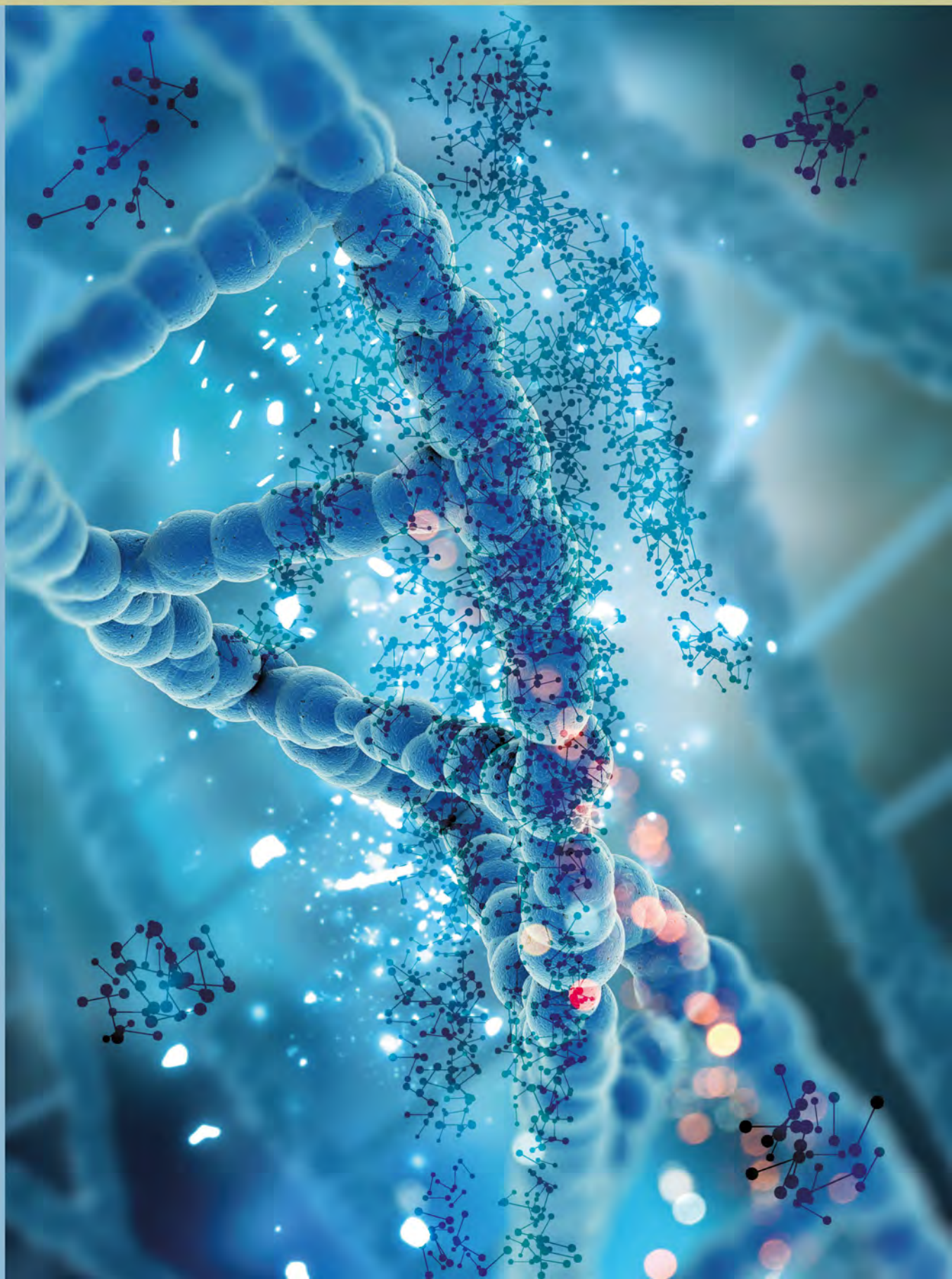
BIOÉTICA UNAM

NÚMERO 2 | JULIO - DICIEMBRE 2025

<https://doi.org/10.22201/pub.bioeticaunam.2025.2>



COORDINACIÓN
DE HUMANIDADES



COMITÉ EDITORIAL

Gustavo Ortiz Millán, editor en jefe
Instituto de Investigaciones Filosóficas, UNAM, México

EDITORES ASOCIADOS

Bernardo Aguilera
Universidad San Sebastián, Chile

Asunción Álvarez del Río
Facultad de Medicina, UNAM, México

Carol Hernández Rodríguez
Programa Universitario de Bioética,
UNAM, México

Gabriela Arguedas Ramírez
Universidad de Costa Rica, Costa Rica

Paola Buedo
Institute of History and Ethics in Medicine,
Technical University of Munich, Alemania

María de Jesús Medina Arellano
Instituto de Investigaciones Jurídicas,
UNAM, México

César Palacios González
University of Oxford, Reino Unido

Ignacio Mastroleo
FLACSO, Argentina

Beatriz Vanda Cantón
Facultad de Medicina Veterinaria y
Zootecnia, UNAM, México

CONSEJO EDITORIAL

Caesar Atuire, University of Ghana, Ghana/
University of Oxford, Reino Unido
Kevin Behrens, University of the
Witwatersrand, Sudáfrica
Arthur Caplan, New York University, EUA
María Casado, Universidad de Barcelona, España
Rebecca Cook, University of Toronto, Canadá
Paulette Dieterlen, (†) UNAM, México
Débora Diniz, Universidad de Brasilia, Brasil
Dafna Feinholz, UNESCO
Robert T. Hall, UNAM, México
Alejandro Herrera, UNAM, México
Nancy Jecker, University of Washington, EUA
Frances Kissling, Center for Health Ethics and
Social Policy, EUA

Arnoldo Kraus, (†) UNAM, México
Marta Lamas, UNAM, México
Florencia Luna, FLACSO, Argentina
Ruth Macklin, Albert Einstein
College of Medicine, EUA
Cheryl Cox Macpherson,
St. George's University, Granada
Michael Parker, University of Oxford,
Reino Unido
Janet Radcliffe-Richards,
University of Oxford, Reino Unido
Vardit Ravitsky, The Hastings Center, EUA
Eduardo Rivera López, Universidad Torcuato
di Tella, Argentina
Paulina Rivero Weber, UNAM, México

Carla Sáenz, Organización Panamericana
de la Salud
Patricio Santillán-Doherty, Comisión Nacional
de Bioética, México
Julian Savulescu, National University
of Singapore, Singapur
Peter Singer, Princeton University, EUA
Mildred Solomon, Harvard University, EUA
Margarita M. Valdés, UNAM, México
Rodolfo Vázquez, Instituto Tecnológico
Autónomo de México, México
Tenzin Wangmo, University of Basel, Suiza
Jonathan Wolff, University of Oxford,
Reino Unido

EQUIPO EDITORIAL

Editora técnica
Blanca Rocío Muciño Ramírez

Asistente editorial
Mónica Díaz Torres

Corrección
María Elia García López

Diseño editorial
Marilú Gómez Barbosa

Bioética UNAM, Número 2, julio-diciembre 2025, es una publicación de periodicidad continua editada por la Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad Universitaria, alcaldía de Coyoacán, C.P. 04510, Ciudad de México, a través del Programa Universitario de Bioética (PUB), sótano del Centro de Investigación en Políticas, Población y Salud (CIPPS), adjunto al edificio del Centro de Ciencias de la Complejidad (C3), Ciudad Universitaria, alcaldía de Coyoacán, C.P. 04510, Ciudad de México, México, tel. 01 52 5622 6666, sitio web: <https://revista.bioetica.unam.mx>, correo electrónico: revista.bioetica@unam.mx. Editora responsable: Mtra. Blanca Rocío Muciño Ramírez, teléfono 01 52 5622 6666, extensión: 82437, correo electrónico: publicacionespub@unam.mx. Certificado de Reserva de Derechos al Uso Exclusivo No. 04-2023-111512274900-102, ISSN [En trámite], otorgados por el Instituto Nacional del Derecho de Autor. Responsable de la última actualización de este número: Mónica Díaz Torres, Programa Universitario de Bioética, sótano del Centro de Investigación en Políticas, Población y Salud (CIPPS), adjunto al edificio del Centro de Ciencias de la Complejidad (C3), Ciudad Universitaria, alcaldía de Coyoacán, C.P. 04510, Ciudad de México, México. Fecha de última modificación: 30 de septiembre de 2025.

El contenido de los artículos es responsabilidad de las personas autoras y no refleja el punto de vista de las personas revisoras, del Editor o de la UNAM. 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.

Los textos publicados en *Bioética UNAM* se distribuyen bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 4.0 Internacional.



Inclusión de personal de enfermería como miembro de los comités de ética en investigación y comités de bioética asistencial

Inclusion of nursing personnel as members of research ethics committees and bioethics committees

María Fernanda Sabio¹
Mariana Yael Alvarez^{*2}
Andrés Lewkowicz³
María José Domínguez⁴
Emiliano Ross⁵

Recibido: 7 de septiembre 2024
Aceptado: 1 de septiembre 2025
Publicado: 12 de noviembre 2025

Resumen

Introducción: Los Comités de Bioética Asistencial, los Comités de Ética en Investigación y los comités mixtos son órganos encargados de supervisar cuestiones éticas en la atención sanitaria. Este estudio examina la inclusión del personal de enfermería en estos comités en Argentina, para describir sus tipos, funciones y obstáculos.

Materiales y métodos: La investigación fue exploratoria, observacional y transversal. Se envió una entrevista estructurada a los comités identificados. Se analizaron datos como el año de creación, el tipo de comité, el número de integrantes y la presencia de enfermería.

Resultados: Se identificaron 258 comités; respondieron a la encuesta estructurada 85 comités entre julio y diciembre de 2023. La presencia de enfermería fue baja: sólo 53 % de los comités encuestados contaba con al menos un profesional de enfermería. Entre los obstáculos señalados se encuentran problemas estructurales, desinterés institucional, falta de apoyo y restricciones de tiempo. En conjunto, estos factores explican la baja representación de enfermería.

Discusión: La relevancia de la perspectiva enfermera se refleja en su aporte profesional en estos espacios. Su baja representación indica la necesidad de superar las barreras señaladas para lograr un enfoque interdisciplinario. Promover la formación bioética y el apoyo institucional al personal de enfermería facilitaría su integración.

Conclusión: La limitada participación de enfermería en estos comités refleja barreras persistentes en su actuación. Dado el valor de su perspectiva, es esencial fortalecer su inclusión mediante medidas que aborden las dificultades estructurales y enriquezcan la deliberación ética en el ámbito sanitario.

Palabras clave:

comités de ética,
comités de ética
en investigación,
comités de ética
clínica, enfermería

1 Universidad Nacional de Luján y Universidad Nacional de Quilmes, Buenos Aires, Argentina. <https://orcid.org/0000-0002-6176-5571>

2 Universidad Nacional de Luján y Hospital Nacional Dr. Baldomero Sommer, Buenos Aires, Argentina. <https://orcid.org/0000-0002-5631-7379>.

*Autora por correspondencia: marianayalvarez89@gmail.com

3 Universidad Nacional de Luján y Universidad Nacional de Hurlingham, Buenos Aires, Argentina. <https://orcid.org/0000-0001-6900-477X>

4 Universidad Nacional de Luján, Buenos Aires, Argentina. <http://orcid.org/0000-0001-6965-7295>

5 Hospital Nacional Prof. Dr. Alejandro Posadas, Buenos Aires, Argentina. <http://orcid.org/0000-0002-6470-0562>

Abstract

Introduction: Research Ethics Committees, Clinical Ethics Committees, and hybrids committees (performing both functions) are bodies responsible for overseeing ethical issues in human research and healthcare. This study examines the inclusion of nursing staff in these committees in Argentina, describing their types, roles, and the barriers to participation.

Materials and methods: The research was exploratory, observational and cross-sectional. A structured questionnaire was sent to the identified committees. Data such as the year of creation, the type of committee, the number of members, and the presence of nursing were analyzed.

Results: A total of 258 committees were identified; 85 committees responded to the structured survey between July and December 2023. Nursing participation was low: only 53% of the committees surveyed included at least one nursing professional. Several committees emphasized the importance of nursing contributions, given their bedside experience and involvement in qualitative research. Reported barriers to participation included structural problems, lack of interest, insufficient institutional support, and time constraints. Together, these factors explain the low representation of nursing staff.

Discussion: The relevance of the nursing perspective is reflected in its professional contribution in these spaces. Their low representation indicates the need to address the identified barriers to achieve an interdisciplinary approach. Promoting bioethics training and institutional support for nursing staff would facilitate their integration into these committees.

Keywords:

ethics committees, research ethics committees, clinical ethics committees, nursing

Introducción

En Argentina, como en otros países del mundo, existen dos tipos de comités que pueden considerarse como una forma de institucionalización de la ética en el ámbito hospitalario (Mainetti y La Roca 2023): los Comités de Bioética Asistencial (CBA) y los Comités de Ética en Investigación (CEI). Su rol es fundamental, ya que son organismos asesores que asisten a la comunidad hospitalaria en la reflexión sobre los dilemas éticos del quehacer cotidiano e insoslayables para la evaluación ética de las investigaciones científicas (Álvarez et al. 2021). En algunos países existen comités que cumplen ambas funciones, a los que llamaremos mixtos (Sabio y Bortz 2015).

Los CBA se caracterizan por asesorar a pacientes, familiares, cuidadores y personal de salud en general. Son espacios horizontales en los que las jerarquías no existen y donde el diálogo ocupa un lugar central. Su objetivo es resguardar tanto la calidad de los servicios de salud y las decisiones que en ellos se toman, como las libertades fundamentales de los miembros de la comunidad hospitalaria (Sayago y Amoretti 2021). Además, son independientes de intereses particulares y sus dictámenes son recomendaciones y no tienen carácter obligatorio (Álvarez et al. 2021). Sin embargo, su existencia y función no siempre son conocidas por el personal del hospital (Rabadán y Tripodoro 2018).

Un problema que enfrentan los CBA es la falta de apoyo de los Estados. En

Argentina, aunque la Ley Nacional 24.742/96 exige su creación en hospitales de jurisdicción nacional, esta ley no contempla financiamiento ni mecanismos de articulación entre ellos, lo que dificulta su funcionamiento. Esta dificultad se repite en otros países de la región.

En México, por ejemplo, existe una comisión nacional que apoya a los CBA, pero ésta no resulta suficiente, y se hace necesario un plan integral que estandarice funciones, composición y que ayude a mejorar la formación de sus miembros (Valdez Martínez et al. 2008). La regulación que los volvió obligatorios en ese país se promulgó recién en 2011 (Álvarez y López Moreno 2017).

En Colombia se identifica una situación similar: falta de formación de los miembros, desconocimiento del rol del comité y la existencia de una legislación insuficiente para garantizar su operatividad (Carrillo González, Carrillo González y Muñoz Baldiris 2018).

En Brasil, a pesar de una situación fragmentada de los CBA, en 2013 se creó una red de colaboración entre ellos promovida por sus integrantes, con el fin de trabajar en conjunto para mejorar su funcionamiento (Sayago y Amoretti 2021). Tal vez el hecho de que los dictámenes de los CBA no sean obligatorios (es decir, no vinculantes) contribuya a la diversidad de regulaciones y apoyos que reciben a nivel regional e internacional, lo que se evidencia en las distintas realidades de éstos en Argentina, México, Colombia y Brasil. Esto es diferente en el caso de los CEI, ya que al ser vinculantes sus dictámenes, las regulaciones nacionales y regionales toman como referencia las recomendaciones internacionales.

En contraste con los CBA, los CEI suelen tener funciones más definidas y contar con mayor respaldo estatal, pro-

bablemente debido a su vínculo con la industria farmacéutica. Aunque son independientes de ésta y de cualquier interés particular, su rol en la evaluación de proyectos de investigación con seres humanos es clave, por lo que resultan actores centrales para la industria (Ugalde y Homedes 2013). La normativa internacional también establece directrices claras para su funcionamiento (UNESCO 2005; Declaración de Helsinki 2024), su labor incluye evaluar los proyectos de investigación y monitorearlos para garantizar que aquello que fue aprobado suceda en el terreno (Sabio y Bortz 2015); y sus dictámenes son obligatorios, por lo que un proyecto rechazado no puede llevarse a cabo (UNESCO 2005). Cabe aclarar que, al igual que los CBA, los CEI se estructuran horizontalmente. Por esta razón, en algunos CEI se otorga voto doble al coordinador en caso de empate entre votos positivos y negativos ante la evaluación de un proyecto de investigación (UNESCO 2005).

Aunque los CBA y los CEI comparten características, sus funciones son distintas. Ambos requieren una composición interdisciplinaria que incluya representantes de la comunidad, expertos en ética y profesionales del derecho (UNESCO 2005). No obstante, existen diferencias entre ellos. Por ejemplo, en los CBA se suele explicitar la necesidad de la participación de personal de enfermería (Rabadán y Tripodoro 2018), mientras que en los CEI no se les suele mencionar (Sabio et al. 2021). La conformación de los CEI tiende a estar más regulada, como se ve en Argentina, donde se indica que deben incluir investigadores, abogados, expertos en ética y representantes de la comunidad (Sabio y Bortz 2015). En cambio, para los CBA existen sólo recomendaciones, sin requisitos obligatorios.

Tanto los CBA como los CEI suelen contar con estatutos que regulan su funcionamiento: frecuencia de reuniones, duración, procedimientos y la existencia de un libro de actas en el que se registra el momento de creación del comité, así como lo sucedido en las sesiones. Por otro lado, incluso cuando algunos puedan no tener estatuto, los CEI cuentan con procedimientos operativos estándar que, entre otros, incluyen los aspectos mencionados (UNESCO 2006). Estos documentos también definen los perfiles requeridos para sus miembros (Sabio y Bortz 2015) y permiten crear indicadores para evaluar su grado de compromiso, como la cantidad de reuniones a las que deben asistir para mantener su pertenencia al comité (UNESCO 2005).

Los CEI y CBA enfrentan obstáculos comunes: falta de recursos, escaso tiempo protegido para las reuniones y dificultades para convocar personas capacitadas y comprometidas (Pedersen et al. 2009; Sabio y Bortz 2015; de Veras Santos et al. 2022; Álvarez et al. 2021; Quattrucci et al. 2023). Un punto por considerar es que con el tiempo, es esperable que la experiencia acumulada de los CEI y CBA mejore su desempeño. Es decir, es deseable que los CEI y CBA más antiguos tengan mejores resultados en cuanto a su integración, formación de sus miembros y compromiso de estos últimos.

Ahora bien, en cuanto a la situación de enfermería, en un estudio realizado por Jansky et al. (2013), los investigadores encontraron más enfermeras que médicos con experiencia en CBA. Además, observaron que aquéllas otorgan mayor importancia a los dilemas éticos que éstos y que confían más en los comités. Sin embargo, aunque algunos estudios subrayan su importancia, la participación del personal de enfermería en los CBA y CEI ha sido poco explo-

rada (Menezes y de Oliveira 2019). Así, Sakaida et al. (2022) analizaron el rol de la enfermería en los CEI japoneses y destacaron que el International Council of Nurses y el Council for International Organizations of Medical Sciences han publicado estándares éticos para el personal de enfermería, tanto sobre aspectos asistenciales como sobre investigación. Dichos estándares dan cuenta de la necesidad e importancia de que la enfermería participe de los comités. Señalan también la diferencia entre cómo el personal de enfermería percibe su rol y cómo lo perciben los demás miembros. En el estudio se encontró que el resto de los miembros parece asignarles un rol más definido y relacionado con los posibles aportes desde su profesión, mientras que el personal de enfermería no cree tener una especificidad. Por su parte, Jones et al. (2023) presentan la postura de cuatro expertos en ética enfermera: uno de ellos destaca el valor que tiene la experiencia de la enfermería en la consulta ética, pero advierte sobre la necesidad de tener cuidado de que este personal no sea pensado como un recurso exclusivo para cuestiones de enfermería. Milton (2001) subraya que la enfermería aporta valores, filosofía y teorías propias, junto con habilidades específicas de comunicación terapéutica que nace de su contacto estrecho con los pacientes. En la misma línea, Savage (1994) y Murphy (1989) destacan la capacidad de la enfermería para abogar por los derechos de los pacientes y contrarrestar el paternalismo médico propio del sistema hospitalario. Finalmente, Lachman (2010) sostiene que, para la enfermería, participar en estos comités ofrece una experiencia enriquecedora tanto en lo personal como en lo profesional. Sin embargo, pareciera que la participación de la enfermería en

los CBA suele concentrarse en los casos clínicos y el cuidado de los pacientes y excluir las discusiones sobre políticas institucionales o actividades de formación ética para la comunidad hospitalaria (McDaniel 1998).

Mientras, los profesionales de enfermería, durante años, debatieron la posibilidad de crear comités de bioética exclusivos de la profesión. Cornelia Fleming (1997), sin dejar de resaltar la importancia de los espacios multidisciplinarios, defendió esta opción. En su estudio argumentó que, pese a su cercanía con los pacientes, el personal de enfermería suele quedar excluido de decisiones cruciales, como las del final de la vida. La autora propuso crear un foro para enfermería, parecido a un CBA, en el que se discutieran los conflictos éticos que enfrentan sus profesionales en el trato con el paciente, pero también conflictos que exceden esta labor y que son propios de la profesión. Como respaldo a esta perspectiva, Barbara Redman (1996) agregó que los dilemas éticos de médicos y enfermeras difieren: los primeros se enfocan en la calidad de vida y el costo de atención, mientras que las enfermeras se centran en las preferencias de los pacientes, los deseos de sus familiares y el control del dolor.

Situaciones similares se presentan en los CEI. Verena Tschudin (2001) documentó que los proyectos de investigación de enfermería eran tratados con desdén, ya que el diseño metodológico cualitativo no resulta interesante para los médicos, quienes suelen utilizar diseños metodológicos cuantitativos. De hecho, los miembros médicos parecían no entender los proyectos presentados por el personal de enfermería. Esta diferencia metodológica se explica por el objeto de estudio: no se puede abordar de la misma manera la utilización de

una medicación o la implementación de un tratamiento, propio del quehacer médico, y el cuidado, propio del quehacer enfermero. En otro estudio se observó que los miembros no provenientes de profesiones de salud esperaban que enfermería aportara la perspectiva del paciente en la evaluación de los proyectos, lo que da cuenta de la importancia de su participación en los CEI (Sakaida et al. 2022).

A pesar de este reconocimiento, algunos autores denuncian que los problemas específicos de enfermería no son discutidos en los CBA y sus investigaciones son subvaloradas en los CEI. En ese sentido, Helen Kohlen (2017) advierte que, en muchos casos, las enfermeras no se sienten autorizadas a presentar casos sin el aval de sus superiores, lo que contrasta con la autonomía de los médicos, quienes no dudan en presentar casos. A esto se suma que los CBA no suelen abordar dilemas que enfrenta enfermería. Sin embargo, la autora sostiene que la composición de estos resulta relevante, ya que pertenecer es tener voz. Si no hay personal de enfermería, su voz queda totalmente excluida, por lo que anima a estos profesionales a participar de CBA interdisciplinarios y, en todo caso, modificar sus prácticas excluyentes desde su interior. Lo que se puede extrapolar también a los CEI.

La participación de la enfermería en estos espacios en Argentina no ha sido abordada como tema específico de investigación. Sin embargo, conocer la participación de la enfermería en CBA y CEI es clave para poder planificar políticas públicas de promoción y formaciones específicas que proporcionen las herramientas necesarias para su inclusión en estos espacios. El estudio que aquí se presenta deriva de una investigación más amplia sobre su rol en estos comités. En su

desarrollo se observó que muchos comités no cuentan con enfermeros, lo que originó nuevas preguntas y dio lugar a este subestudio: ¿cuáles CBA y cuáles CEI los incluyen?, ¿cuáles son las características de estos comités?, ¿alguna vez tuvieron enfermeros?, ¿por qué aquellos que no cuentan con este personal no los incluyen? Por esta razón, este trabajo exploratorio tiene como objetivo describir la inclusión del personal de enfermería como miembros de los CBA, los CEI o los comités mixtos en Argentina, así como las razones por las cuales algunos de ellos no cuentan con este personal. Como objetivos secundarios nos propusimos indagar las características de los CBA, los CEI o los comités mixtos que cuentan y que no cuentan con personal de enfermería.

Metodología

Diseño del estudio

Se trató de un estudio exploratorio, observacional y transversal.

Población y muestra

Entre octubre de 2021 y diciembre de 2022 se realizó una búsqueda de CBA, CEI y comités mixtos (que cumplen ambas funciones) en Argentina. Se identificaron 258 comités, los cuales conformaron la muestra total. No se buscó reducir este número, ya que el objetivo era alcanzar a todo el personal de enfermería que participa en estos espacios. Esto respondió al carácter exploratorio del estudio y a la incertidumbre sobre la presencia de enfermería en todos los comités. Entre julio y diciembre de 2023 se enviaron correos electrónicos a los comités identificados que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión y exclusión

Se incluyeron comités (CBA, CEI o mixtos) pertenecientes a instituciones con servicios de internación. Se excluyeron aquellos insertos en instituciones dedicadas exclusivamente a la internación de personas mayores o a salud mental. Esta decisión buscó delimitar un número de instituciones viable de contactar, dadas las limitaciones presupuestarias del equipo. El contacto con las instituciones excluidas se prevé en futuras investigaciones.

Estrategia de búsqueda

La identificación de los comités se realizó a través de dos estrategias: en la primera, se consultó la información disponible en línea sobre los Comités de Ética Centrales de cada jurisdicción. Cuando esta información no fue suficiente, se estableció contacto mediante correo electrónico o llamadas telefónicas. Al no ser satisfactoria esta estrategia, se optó por la segunda. En ésta se accedió al listado de instituciones del Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino (SISA), que contiene 36,686 centros de salud registrados. Tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión se obtuvo información de 1,155 instituciones. Se visitaron sus sitios web en busca de los comités, y cuando no se encontró esa información se intentó contactar a cada institución a través de medios electrónicos (correos electrónicos o redes sociales) con el fin de solicitar medios de contacto efectivos con los comités.

Con la información recopilada se elaboró una base de datos de 258 comités (CBA, CEI y mixtos), a los que se envió una invitación formal explicando los objetivos del estudio, la importancia de su participación y la información co-

respondiente sobre el equipo de investigación y el proyecto. A los comités que no respondieron se les reenvió la invitación hasta dos veces más, con un intervalo de un mes.

En el cuadro 1 se presentan las variables y valores que se utilizaron para la elaboración del instrumento de recolección de datos, así como el procedimiento realizado para tal fin.

Cuadro. 1 Variables, valores y procedimiento

Variable	Valor	Procedimiento
Nombre del CBA, CEI o comité mixto.	Nombre propio de cada comité según decisión de sus miembros.	Pregunta presentada en formulario de Google.
Institución a la que pertenece el CBA, CEI o comité mixto.	Nombre de la institución en la que se encuentra inmerso en CEI o CBA según figura en el sistema de salud nacional.	
Año de creación del CBA, CEI o comité mixto.	Año de primera acta del CBA, CEI o comité mixto en la que se da inicio al trabajo del organismo.	
Tipo de comité	Comité de Ética de la Investigación/ Comité de Bioética Asistencial/Comité mixto (cumple ambas funciones)	Pregunta presentada en formulario de Google con la siguiente aclaración: se consideran comités mixtos a aquellos que cumplen ambas funciones.
Cantidad de miembros CBA, CEI o comité mixto.	Número de miembros del CBA, CEI o comité mixto.	Pregunta presentada en formulario de Google.
Inclusión de personal de enfermería como miembro en el CBA, CEI o comité mixto.	Actualmente hay personal de enfermería entre los miembros/ Anteriormente hubo personal de enfermería entre los miembros/No hay ni hubo personal de enfermería entre sus miembros.	
Modo de participación del personal de enfermería si lo hubiere en el CBA, CEI o comité mixto.	Regular/irregular/espórádica/ no sabe/no responde.	Pregunta presentada en formulario de Google con la siguiente aclaración: Regular: participa entre 100 % y 75 % de las reuniones; Irregular: participa entre 74 % y 30 % de las reuniones; Espórádica: Participa en menos de 30 % de las reuniones.
Motivos por los que el CBA, CEI o comité mixto no cuenta con personal de enfermería, si no lo hubiere.	No hay personal suficiente de enfermería en la institución/El personal de enfermería de la institución no tiene interés de participar/Otra (Aclare en este espacio)/No sabe-no contesta.	Pregunta presentada en formulario de Google de formato semiabierto con espacio para desarrollar su respuesta.
Datos de contacto del personal de enfermería.	Sin valor predeterminado.	Pregunta presentada en formulario de Google con la siguiente aclaración: proporcionar el correo electrónico de la persona de enfermería integrante, si ésta así lo consiente.
Respuesta del personal de enfermería.	Respondió correo electrónico enviado por el equipo/no respondió correo electrónico enviado por el equipo.	Pregunta presentada en formulario de Google con la siguiente aclaración: proporcionar el correo electrónico del miembro de enfermería si éste así lo consiente.


Instrumento de recolección de datos, validación y modo de aplicación

Se diseñó un formulario Google autoadministrado, validado en una prueba piloto enviada a cinco miembros de comités. Se corrigieron las ambigüedades, se afinaron las preguntas y opciones

proporcionadas y se agregó un espacio para comentarios.

Posteriormente se envió la encuesta validada al correo electrónico de los CBA, CEI o comités mixtos relevados que aceptaron participar en el estudio. En caso de que las respuestas generaran dudas, se realizó una nueva comunicación solicitando aclaraciones.

Gráfico 1. Instrumento de recolección de datos

Nombre del comité:			
Nombre de la institución a la que pertenece:			
Año de creación según acta de creación:			
Tipo de comité:			
Comité de Bioética Asistencial	Comité de Ética en Investigación	Comité mixto (se considera comité mixto aquellos que cumplen ambas funciones)	
Cantidad de miembros del comité:			
Inclusión de personal de enfermería como miembros:			
Actualmente hay personal de enfermería entre los miembros.	Anteriormente hubo personal de enfermería entre los miembros.	No hay ni hubo nunca personal de enfermería entre sus miembros.	
Modo de participación del personal de enfermería:			
Regular: participa entre el 100 % y el 75 % de las reuniones 	Irregular: participa entre el 74 % y 30 % de las reuniones 	Esporádica: participa en menos del 30 % de las reuniones 	No sabe/ no contesta 
Nuestro interés es contactar al miembro/ los miembros enfermeros/as de su comité. Si ese miembro está de acuerdo, nos gustaría que nos facilitara su contacto:			
Si el personal de enfermería no forma parte del comité ¿a qué cree que se debe?:			
No hay personal suficiente de enfermería en la institución.	El personal de enfermería de la institución no tiene interés de participar.	No sabe/ no contesta.	Otra (Aclare en este espacio)
Espacio para comentarios:			

Análisis de los datos

Se realizó un análisis de estadística descriptiva y los resultados se presentaron mediante tablas de frecuencias absolutas y porcentajes.

Aspectos éticos

El proyecto fue presentado al Comité de Ética Central de la provincia de Buenos Aires, que determinó que no requería evaluación formal, dado que el estudio no involucra investigación en salud humana. No obstante, en la invitación al estudio se incluyó toda la información relevante sobre el estudio, sus objetivos, las implicancias de la participación y se garantizó la confidencialidad de los datos. Por esta razón, los resultados de las dos primeras variables no se presentan en este artículo.

Resultados

El número final de comités incluidos fue de 258, identificados dentro de un total de 1,155 instituciones que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión establecidos. Estos comités fueron hallados a partir de dos fuentes principales: la información disponible en los sitios web institucionales y las respuestas a los correos electrónicos enviados durante la etapa de búsqueda. Según la informa-

ción recopilada, 114 comités (44 %) correspondían a CBA, 128 (50 %) a CEI y 16 (6 %) eran comités mixtos.

Luego de enviar correos electrónicos a los 258 comités, 4 (1.55 %) respondieron que ya no se encontraban en funcionamiento; 1 (0.4 %) manifestó no tener interés en participar; 1 (0.4 %) indicó estar en proceso de acreditación y 1 (0.4 %) aclaró que, si bien en el sitio web institucional figura como comité de ética, en realidad se trata de un comité exclusivo de docencia. Además, 13 (5.04 %) correos electrónicos fueron rechazados, por lo que no se pudo confirmar si esos comités continuaban activos.

Del total, 85 comités respondieron a esta breve encuesta exploratoria (33 %). No se pudo constatar la razón para la falta de respuesta del resto o si estos comités seguían existiendo.

De los 85 comités que respondieron, los resultados fueron los siguientes:

- 20 (24 %) eran CBA.
- 49 (57 %) eran CEI.
- 16 (19 %) eran comités de ética mixtos.

En las siguientes tablas se muestran los resultados obtenidos en relación con sus características: los años de creación de los comités, la cantidad de miembros y la cantidad de enfermeras y enfermeros que participan en estos. Además, se desagrega la información por el tipo de comité.

Tabla 1. Años de creación de los Comités de Bioética Asistencial, Comités de Ética en Investigación y mixtos de Argentina

Año de creación	CBA n = 20 N (%)	CEI n = 49 N (%)	Mixto n = 16 N (%)	Total de comités N = 85 (100)
1990-1994	1(5)	1(2,05)	2(12,50)	4(4,71)
1995-1999	4(20)	4(8,16)	4(25)	12(14,12)
2000-2004	2(10)	4(8,16)	2(12,50)	8(9,41)
2005-2009	3(15)	9(18,37)	0(0)	12(14,12)
2010-2014	1(5)	8(16,33)	2(12,50)	11(12,94)
2015-2019	5(25)	16(32,65)	4(25)	25(29,41)
2020-2023	4(20)	7(14,28)	2(12,50)	13(15,29)
Total	20(100)	49(100)	16(100)	85(100)

Tabla 2. Cantidad de miembros de los Comités de Bioética Asistencial, Comités de Ética en Investigación y mixtos de Argentina

Cantidad de miembros	CBA n = 20 N (%)	CEI n = 49 N (%)	Mixto n = 16 N (%)	Total colapsado de comités n = 85 N (%)
5	0(0)	1(2,04)	0(0)	1(1,18)
6	2(10)	3(6,12)	2(12,50)	7(8,24)
7	4(20)	13(26,53)	2(12,50)	19(22,34)
8	3(15)	3(6,12)	2(12,50)	8(9,41)
9	3(15)	10(20,41)	3(18,75)	6(18,82)
10	1(5)	1(2,04)	1(6,25)	3(3,53)
11	1(5)	6(12,24)	4(25)	11(12,94)
12	2(10)	2(4,08)	0(0)	4(4,71)
13	2(10)	5(10,21)	0(0)	7(8,24)
14	0(0)	0(0)	1(6,25)	1(1,18)
15 o más	2(10)	5(10,21)	1(6,25)	8(9,41)
Total	20(100)	49(100)	16(100)	85(100)

Tabla 3. Cantidad de miembros de enfermería según el año de creación de los comités de Argentina

Año de creación de los comités	Comités con personal de enfermería en el presente N (%)	Comités sin personal de enfermería en el presente N (%)	Comités que nunca tuvieron personal de enfermería N (%)
1990-1994	4 (8,5)	0	0
1995-1999	7 (15)	1 (6,2)	4 (18,2)
2000-2004	5 (10,6)	2 (12,5)	1 (4,5)
2005-2009	7 (15)	1 (6,2)	4 (18,2)
2010-2014	5 (10,6)	5 (31,3)	1 (4,5)
2015-2019	11 (23,3)	5 (31,3)	9 (41)
2020-2023	8 (17)	2 (12,5)	3 (13,6)
Total	47 (100)	16 (100)	22 (100)

De los 85 comités encuestados, sólo 4 (4.7 %) no proporcionaron los datos sobre el personal de enfermería. Se desconoce si esta falta de información se debió a una decisión del propio personal o a otros motivos, ya que, pese a

reiterados intentos de contacto, no se obtuvo respuesta posterior.

En las siguientes tablas se presenta la cantidad de integrantes de enfermería en relación con la totalidad de miembros y en relación con el tipo de comité.

Tabla 4. Cantidad de comités de Argentina con personal de enfermería en relación con la cantidad de miembros totales.

Miembros totales de comités	Comités con personal de enfermería N (%)	Comités que no tiene personal de enfermería en la actualidad N (%)	Comités que nunca tuvieron personal de enfermería N (%)	Total colapsado de comités N (%)
5	0	0	1 (43,5)	1 (1,8)
6	5 (11)	2 (5,9)	0	7 (8,2)
7	4 (8,9)	5 (29,4)	10 (43,5)	19 (22,3)
8	5 (11)	1 (2,2)	2 (8,7)	8 (9)
9	9 (20)	3 (17,7)	4 (17,4)	16 (18,8)

Tabla 4. Cantidad de comités de Argentina con personal de enfermería en relación con la cantidad de miembros totales.

Miembros totales de comités	Comités con personal de enfermería N (%)	Comités que no tiene personal de enfermería en la actualidad N (%)	Comités que nunca tuvieron personal de enfermería N (%)	Total colapsado de comités N (%)
10	3 (6,7)	0	0	3 (3,5)
11	6 (13,4)	4 (23,5)	1 (43,5)	11 (12,9)
12	3 (6,7)	0	1 (43,5)	4 (4,7)
13	4 (8,9)	1 (2,2)	2 (8,7)	7 (8)
14	0	0	1 (43,5)	1 (1,8)
15 o más	6 (13,4)	1 (2,2)	1 (43,5)	8 (9)
Total	45 (100)	17 (100)	23 (100)	85 (100)

Tabla 5. Inclusión de miembros de enfermería de los Comités de Bioética Asistencial, Comités de Ética en Investigación y mixtos de Argentina.

Inclusión de miembro de enfermería	CBA n = 20 N (%)	CEI n = 49 N (%)	Mixto n = 16 N (%)	Total colapsado de comités n = 85 N (%)
Tiene	15 (75)	21 (42,86)	9 (56,25)	45 (52,95)
Tuvo en otro momento	3 (15)	8 (16,33)	5 (31,25)	16 (18,82)
No tiene ni tuvo	2 (10)	20 (40,81)	2 (12,5)	24 (28,23)
Total	20 (100)	49 (100)	16 (100)	85 (100)

A los comités que informaron contar actualmente, o haber contado en el pasado, con profesionales de enfermería entre sus integrantes, se les consultó sobre el modo de participación de éstos.

La siguiente tabla presenta las respuestas obtenidas.

Tabla 6. Modo de participación de enfermería en las reuniones de los Comités de Bioética Asistencial, Comités de Ética en Investigación y mixtos de Argentina.

Modo de participación del miembro de enfermería en las reuniones	CBA n = 18 N (%)	CEI n = 29 N (%)	Mixto n = 14 N (%)	Total colapsado de comités n = 61 N (%)
Regular	12 (66,67)	21 (72,42)	9 (64,29)	42 (68,85)
Irregular	4 (22,22)	0 (0)	0 (0)	4 (6,55)
Esporádica	1 (5,56)	3 (10,34)	2 (14,29)	6 (9,84)
No responde	1 (5,56)	5 (17,24)	3 (21,42)	9 (14,76)
Total	18 (100)	29 (100)	14 (100)	61 (100)

En relación con la participación del personal de enfermería en los CBA, dos comités informaron no contar con enfermeros entre sus miembros, y ambos coincidieron en que el personal de enfermería no manifiesta interés en participar. Entre los tres comités que señalaron contar con enfermeros en el pasado, pero que actualmente no los incluían, cada uno señaló como causa:

- La falta de tiempo y autorización institucional para asistir a las reuniones.
- La dinámica asistencial limita la participación.
- No brindó respuesta.

En la siguiente tabla se presenta la cantidad de miembros del personal de enfermería en relación con la antigüedad de los comités.

Tabla 7. Cantidad de comités y modo de asistencia a las reuniones de los miembros de enfermería según los años de creación de los comités

Año de creación de los comités	Cantidad de comités con participación regular de miembro de enfermería N (%)	Cantidad de comités con participación irregular de miembro de enfermería N (%)	Cantidad de comités con participación esporádica de miembro de enfermería N (%)	No sabe/ No contesta N (%)	Total colapsado de comités N (%)
1990-1994	4 (10)	0	0	0	4 (6,5)
1995-1999	7 (15)	0	1 (16,6)	0	8 (13)
2000-2004	4 (10)	1 (20)	0	2 (22,2)	7 (11,2)
2005-2009	7 (15)	0	0	1 (11,1)	8 (13)
2010-2014	3 (7)	1 (20)	2 (33,4)	3 (33,4)	9 (14,5)
2015-2019	9 (23)	2 (40)	3 (50)	2 (22,2)	16 (25,8)
2020-2023	8 (20)	1 (20)	0	1 (11,1)	10 (16)
Total	42 (100)	5 (100)	6 (100)	9 (100)	62 (100)

La encuesta incluía un espacio para comentarios. Entre los aportes recibidos se destacan:

- “Los profesionales enfermeros tienen formación específica en bioética y, dado su rol dentro de la institución, deberían ser convocados sí o sí a participar de los comités”.
- “Es indispensable contar con la mirada de la enfermería en una deliberación bioética. Los problemas para asistir regularmente a las reuniones son similares a los de otras disciplinas: exceso de carga asistencial, poco personal y falta de horarios protegidos”.
- “La enfermera es externa a la institución porque fue imposible encontrar personal de enfermería que se comprometiera con el comité”.

En los CEI, las respuestas fueron similares. Al respecto, de los 20 comités que refirieron no haber tenido nunca personal de enfermería, uno señaló que esa profesión no figura en su estatuto; dos indicaron que no hay interés por parte del personal de enfermería; uno dijo que nunca se había planteado la inclusión de enfermería y afirmó que: “Al no estar exigido por el CEC [Comité de Ética Central] ni por norma alguna, ha quedado fuera de nuestro análisis. Tampoco contamos con psicólogos u otros profesionales que podrían aportar lo suyo”.

Otro comité afirmó no contar con personal de enfermería capacitado para asumir ese rol y cuatro indicaron que no hay enfermeros disponibles para esa tarea. Finalmente, 11 no respondieron la encuesta.

De los comités que tuvieron enfermeros en el pasado, pero no en la actualidad, uno señaló: “el personal de enfermería participa de los grupos de in-

vestigación y tiene conflicto de interés para participar del comité”; dos mencionaron que las tareas asistenciales impiden la participación; uno expresó que, aunque actualmente no haya personal de enfermería, considera muy valiosa su inclusión; y cuatro no dieron respuesta.

Los comentarios adicionales incluyeron:

- “Contamos con un miembro médico, pero no enfermero/a”.
- “El comité tiene poco tiempo de existencia en la institución; creemos que crecerá con el tiempo”.
- “Entre sus miembros debe haber profesionales de la salud expertos en metodología, ética en investigación, derechos de participantes, un abogado y personas legas capacitadas en valores comunitarios, culturales y morales”.
- “La enfermera es externa al CEI”.
- “Sería un gusto contar en algún momento con un miembro de enfermería”.
- “Siempre que reacreditamos, invitamos a participar, pero no es fácil encontrar personas dispuestas. Muchos aceptan inicialmente, pero luego no se concreta”.

Respecto a los 16 comités mixtos que respondieron, sólo dos informaron no haber tenido nunca personal de enfermería. Uno explicó que la baja cantidad de personal de enfermería en la institución limita su participación y otro afirmó: “A todos los miembros del equipo de salud nos cuesta encontrar tiempo para estas actividades, especialmente cuando no es tiempo protegido ni remunerado”.

Entre los cinco comités que señalaron que anteriormente sí contaron con personal de enfermería, pero actual-

mente no, todos coincidieron en la falta de interés como principal motivo. Sus comentarios incluyeron:

- “El personal de enfermería se desempeñó muy activamente en el comité, y su rol es esencial, en especial por la empatía que caracteriza a esta profesión”.
- “No hay apoyo por parte de las autoridades directivas del hospital”.
- “La falta de disponibilidad horaria afecta la participación de enfermería”.

Finalmente, se obtuvieron 51 correos electrónicos de personal de enfermería, a quienes se les envió la invitación correspondiente. De éstos, respondieron 24 personas (47 %), distribuidas de la siguiente manera:

- 12 (50 %) de CEI.
- 7 (30 %) de comités mixtos.
- 5 (20 %) de CBA.

Discusión

Un primer dato que vale la pena resaltar, y que fue un hallazgo casual, fue la gran dificultad para acceder a la información y contactos de las instituciones de salud y de los comités en Argentina. Esta situación resulta preocupante, dado que dicha información debería ser de fácil acceso para toda la población. No hay duda de la importancia del acceso a la información relacionada con las instituciones de salud, y lo mismo sucede con los CEI y CBA, por un lado, porque cualquier miembro de la comunidad puede necesitar la asesoría de un CBA y, por el otro, porque cualquier investigador puede requerir una evaluación ética de un proyecto de investigación por parte de un CEI (Sabio et al. 2024). En ese sentido, llama la atención que la cantidad de

CBA encontrados sea menor a los CEI, dado que todas las instituciones relevadas se dedican a la atención sanitaria y es probable que no todas realicen investigación. No podemos corroborar si esto sucede porque de hecho hay más CEI que CBA, pero es improbable que éste sea el caso.

Otro punto importante es la poca cantidad de CBA y CEI que se encontraron en relación con las instituciones y más aún la poca tasa de respuesta de estos organismos. También se evidenció lo poco actualizada que está la información que pudimos encontrar (Sabio et al. 2024), lo que se refleja en los correos electrónicos no respondidos, las respuestas que indicaron que los comités ya no funcionaban y la cantidad de correos rechazados. Esto parece mostrar la necesidad de mejorar el acceso a los datos sobre el sistema de salud en general y los comités en particular.

En cuanto a su momento de creación, se puede observar un pico claro entre 2015 y 2019. Es muy probable que este pico se relacione con las leyes de regulación de los CEI de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, de 2011 y la de la Provincia de Buenos Aires de 2009, así como la Resolución 1480 del 2011 del Ministerio de Salud de la Nación. Estas normas obligan a que los proyectos de investigación sean evaluados por los CEI insertos en instituciones de salud de la jurisdicción en la que se desarrollará dicha investigación. Esto obligó a crear nuevos CEI y a acreditarlos como ordenan las mencionadas normas y el Código Civil y Comercial de la Nación (Sabio et al. 2015). La explicación del otro momento en el que se observa una leve alza de creación fue durante la pandemia por COVID-19. En 2020 y 2021 se crearon nuevos comités como respuesta a la necesidad de contar con

CBA que brindaran asesoría ética ante la escasez de recursos, y CEI que evaluaran el creciente volumen de investigaciones (Sabio et al. 2021).

También se puede observar cómo, al comienzo, durante los años noventa, la creación de comités fue la más baja y la mayoría de ellos eran de carácter mixto (con funciones de CBA y CEI) (Sabio et al. 2015). Al cruzar los datos, no parece haber relación entre los años de creación, lo que indica la antigüedad de los comités y la presencia o no presencia de enfermería. Sin embargo, uno de los comités afirmó: “El comité tiene poco tiempo de existencia en la institución; creemos que crecerá con el tiempo”, por lo que interpretamos que en un futuro esperan mejorar su composición e incluir enfermeros. Lo anterior parece mostrar que en los comités más nuevos la participación de los miembros de enfermería es más regular. Es necesario realizar una nueva investigación para constatar este dato con el fin de indagar si esto sucede por mayor apoyo institucional. De hecho, en uno de los comités, al preguntar por la no inclusión actual de miembros de enfermería, se afirmó: “No hay apoyo por parte de las autoridades directivas del hospital”, por lo que es posible que la poca participación de los enfermeros en los comités más antiguos se relacione, en parte, con esta falta de apoyo.

Sobre la cantidad de miembros, ninguno tiene menos de cinco, lo que implicaría una composición demasiado pequeña, pero sí se encontraron comités con más de 15 integrantes, lo que es problemático. Las guías UNESCO (2005) hacen una aclaración interesante sobre el tema: un comité con pocos miembros no es representativo, aunque puede ser muy eficiente y coherente; uno con demasiados miembros, gana en representación de distintas perspectivas, pero pierde en

eficiencia y coherencia interna, por lo que resulta importante lograr un equilibrio entre ambos extremos. Tampoco el número de miembros fue en detrimento de la participación de enfermería en los CEI y CBA. Así, se encontraron algunos con pocos miembros que contaban con personal de enfermería y otras con muchos miembros y que no contaban con dicho personal. En ese sentido, se podría especular que estos miembros son parte importante de los comités y que no se los convoca cuando “sobran lugares”.

Con respecto a la cantidad de enfermeros hallados en los comités, se encontró un porcentaje similar a lo registrado en una investigación de Sabio y Bortz publicada en 2015. De esto podemos concluir que, aunque el porcentaje es levemente mayor, la situación no ha cambiado demasiado. Como se sostiene en otros trabajos (Sabio et al. 2021; Sabio et al. 2015; Álvarez et al. 2021), se considera que la participación del personal de enfermería es importante en ambos tipos de comités, no sólo para sus miembros, sino también para la jerarquización de la profesión en Argentina. Esto mismo se ha observado en otros trabajos a nivel internacional. Su participación no sólo proporciona una perspectiva particular y única, sino que mejora el razonamiento y argumentación moral de los profesionales que participan en estos espacios y mejora el trabajo de los equipos asistenciales. Aumenta la satisfacción profesional y contribuye a que los comités incluyan temas de enfermería, así como la perspectiva enfermera, aunado a que mejoran las evaluaciones de proyectos cualitativos (Yagüe Sánchez 2017; Schroeter 1996; Jones et al. 2023; Milton 2001; Savage 1994; Murphy 1989; Lachman 2010; Kohlen 2017). Por eso, la afirmación de

un CEI que sostuvo que: “el personal de enfermería participa de los grupos de investigación y tiene conflicto de interés para participar del comité”, es poco acertada, ya que participar en proyectos de investigación no inhabilita pertenecer a un CEI. En todo caso, el miembro debe abstenerse de participar cuando se discuten proyectos de los que forma parte (UNESCO 2005).

Por otro lado, cabe destacar que se registró que 19 % de los comités había contado con enfermeros en el pasado, y 28 % no contaba ni había contado con ellos, lo que implica que 53 % incluía personal de enfermería al momento de la investigación. Es particularmente llamativo que, mientras que las guías para CEI no exigen explícitamente la inclusión de enfermeros, 43 % de estos comités sí contaba con tales profesionales; en cambio, entre los CBA, donde sí se sugiere explícitamente su participación (UNESCO 2005), 25 % no incluía enfermería.

Incluso, cuando se analizan las respuestas abiertas, es posible observar cómo varios comités no evaluaron incorporar personal de enfermería o consideran que esto no es necesario. Estos comentarios pueden comprenderse en el caso de los CEI, aunque también pueden objetarse por la importancia de la perspectiva enfermera en la evaluación de los proyectos de investigación (Sakaida et al. 2022; Milton 2001; Redman 1996), pero no tienen razón de ser en un CBA o en un comité mixto. Argumentar que la presencia de médicos o de otras profesiones podría suplir la perspectiva enfermera ignora el aporte específico e irremplazable de esta disciplina. Esta problemática ha sido destacada en estudios internacionales que incluso han propuesto la creación de comités conformados exclusivamente por personal

de enfermería (Fleming 1997; Kohlen 2017). Sobre todo, porque la presencia de médicos o abogados suele asumirse como necesaria y los temas propios del cuidado enfermero tienden a ser invisibilizados y los proyectos de investigación de la profesión son tratados con desdén (Kohlen 2017; Sakaida et al. 2022; Tschudin 2001). Esta tendencia sugiere que, dentro del campo de la salud, la enfermería no ocupa aún el lugar que le corresponde en la representación profesional. Tampoco resulta aceptable justificar su exclusión de los comités en función de la falta de formación, dado que esta limitación es compartida por otros miembros de comités y puede ser subsanada a través de instancias de capacitación (Vidal 2020). Es cierto que esta respuesta provino de un CEI y que este tipo de comité requiere formación específica, pero ésta se encuentra al alcance de cualquier profesional.

Si bien la falta de personal de enfermería en muchos comités es un dato preocupante, resulta alentador que 69 % de quienes respondieron afirmaran que la participación de estos profesionales era regular, frente a 17 % que indicó lo contrario. Desconocemos las razones por las cuales 14 % no respondió esa pregunta, pero consideramos positivo que la mayoría pueda participar de manera regular y que sean sus compañeros quienes así lo consideran. También resulta importante destacar lo encontrado en algunas de las respuestas abiertas sobre la importancia de la participación de enfermería: muchos reconocen la necesidad de sus aportes y perspectivas, como se ha visto en otras investigaciones a nivel internacional en las que se destacan los aportes específicos de la profesión (Jones et al. 2023; Sakaida et al. 2022; Milton 2001; Savage 1994; Murphy 1989).

Nuestros resultados arrojan datos sobre dificultades para la participación similares a los encontrados en otros trabajos que no se centran sólo en enfermería: falta de tiempo, ausencia de formación específica, escaso apoyo institucional y falta de autorización por parte de superiores jerárquicos (Sabio et al. 2015; Sabio 2012; Bento et al. 2011; Zwarava Mashiri 2010). El hecho de que esta dificultad no sea sólo de esta profesión también se encontró en algunas de las respuestas abiertas que dieron cuenta de la falta de horas reservadas para asistir a las reuniones y la falta de respaldo institucional. A estas dificultades se suma una problemática específica de la enfermería: la escasez de profesionales y la priorización de las tareas asistenciales, fenómenos comunes en muchas instituciones argentinas (Cometto et al. 2015; Ferrer Piquer et al. 2017 y Simonetti et al. 2020). Esta situación revela no sólo una insuficiencia estructural, sino también una subestimación del valor que los comités pueden tener para la práctica asistencial. Sobre todo, cuando diversos estudios han demostrado que la participación en estos espacios mejora la percepción que el personal de enfermería tiene de su propia tarea de cuidado (Yagüe Sánchez 2017); fortalece la toma de decisiones ante dilemas éticos y contribuye al desarrollo profesional y a la promoción del cuidado humanizado (Penticuff y Walden 2000; Delgado et al. 2019).

Otro aspecto relevante es la aparente falta de interés del personal de enfermería hacia estos espacios, lo cual podría explicarse por el desconocimiento de sus funciones, la falta de información sobre las posibilidades de participación o el desconocimiento sobre el significado y la relevancia de integrar estos ámbitos (Sayago y Amoretti 2021; Digilio

2004). Pero estas interpretaciones ameritan una investigación más profunda sobre el tema.

En línea con esta interpretación, se plantea que la elevada tasa de no respuesta (53 %) del personal de enfermería a nuestra invitación a participar de esta investigación podría reflejar cierta indiferencia respecto a la visibilización del rol del profesional de enfermería en espacios que trascienden lo asistencial. Aunque las razones detrás de este silencio no son claras, es posible que parte de la explicación resida en la escasa valorización de estas tareas como parte integrante de la práctica profesional de la enfermería.

Conclusión

Este estudio permitió conocer algunos aspectos de la participación del personal de enfermería en los CEI y CBA. Un hallazgo interesante es la presencia del personal de enfermería en poco más de la mitad de los comités, así como su participación de forma regular en las reuniones. Un aspecto para mejorar es la persistencia de dificultades como la falta de tiempo y de apoyo institucional. Es necesario pensar estrategias que incentiven la participación de estos profesionales y la apertura de los comités, ya que la participación de enfermería resulta un valor tanto para los comités como para la profesión enfermera y el trabajo asistencial en equipo.

Debilidades y sesgos del estudio

Aunque no tenemos certeza de la cantidad de comités que no respondieron y de la cantidad de comités que ya no funcionan, es evidente que no obtuvimos respuesta de todos los CBA y CEI, por lo que las conclusiones de este estudio requieren profundización.

Agradecimientos: el equipo investigador agradece a todos los miembros de los comités y a todo el personal de enfermería que participó en la investigación.

Financiamiento: la investigación fue financiada

por la Universidad Nacional de Luján.

Conflictos de interés: los miembros del equipo informan que no existen conflictos de interés en la redacción del artículo ni en la investigación.

Bibliografía

- Álvarez Díaz, Jorge Alberto y Sergio López Moreno. 2017. "Los comités hospitalarios de bioética y la educación en salud: notas para la discusión". *Revista Latinoamericana de Bioética* 17 (1): 184-199. <https://doi.org/10.18359/rlbi.2343>
- Alvarez, Mariana Yael, Emiliano Facundo Ross, María José Domínguez, Alejandro Quelle, Andrés Martín Lewkowicz y María Fernanda Sabio. 2021. "Comités de bioética en las instituciones del sistema de salud". *Revista RED Sociales* 8 (2): 70-82.
- Argentina. 1996. Ley 24.742 *Comité Hospitalario de Ética. Funciones. Integración*. Sancionada: Noviembre 27 de 1996. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-24742-40993>
- Bento, Silvana Ferreira, Ellen Hardy, Eliana Maria Hebling, Karla Simônia de Pádua y María José Duarte Osis. 2011. "The Brazilian ethics research review system: an evaluation from the perspectives of institutional review boards." *AJOB Primary Research* 2 (3): 28-37. <https://doi.org/10.1080/21507716.2011.580493>
- Carrillo González, Stephanye, Jaime Lorduy Gómez y Ruby Muñoz Baldiris. 2019. "Comités de bioética clínico asistencial en las instituciones de salud públicas y privadas de los niveles de mediana y alta complejidad de las ciudades de la costa atlántica de Colombia". *Persona y Bioética* 23 (1): 122-136. <https://doi.org/10.5294/pebi.2019.23.1.8>
- Cometto, María Cristina, Alicia Cabrera y Lorena Bazan. 2015. "Situación de la composición y distribución del recurso humano de enfermería en los países de América Latina, Uruguay, 2010". *Revista Uruguay de Enfermería* 8 (2): 11-33. Consultado el 5 de septiembre, 2025. <https://rue.fenf.edu.uy/index.php/rue/article/view/46>
- Cusveller, Bart. 2012. "Nurses serving on clinical ethics committees: a qualitative exploration of a competency profile". *Nursing Ethics* 19 (3): 431-42. <https://doi.org/10.1177/0969733011426817>
- Delgado Antolín, Juan Carlos, Carmen Ferrer Arnedo, Encarnación Cerezo Ugena, Margarita Moreno Vázquez y Rafael Toro Flores. 2019. "Rol de las enfermeras en los Comités de Ética para la asistencia sanitaria de la comunidad de Madrid". *Conocimiento Enfermero* 2 (05): 5-16. <https://doi.org/10.60108/ce.81>
- De Veras Santos, Eugenio Pacelli y Iara Coelho Zito Guerriero. 2022. "Professional and academic profile of the Brazilian research ethics committees". *BMC Medical Ethics* 23 (1): 109. <https://doi.org/10.1186/s12910-022-00847-z>
- Digilio, Patricia. 2004. "Los comités hospitalarios en la Argentina y las implicancias de sus funciones para las políticas de salud". Centro de Estudios de Estado y Sociedad.

- Ferrer Piquer, María y Ramón Camaño Puig. 2017. "Dotación de enfermeras en los hospitales españoles. Análisis comparativo". *Index de Enfermería* 26 (3): 223-27. Consultado el 5 de septiembre, 2025. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962017000200025&lng=es
- Fleming, Cornelia M. 1997. "The establishment and development of nursing ethics committees". *HEC Forum: an interdisciplinary journal on hospitals' ethical and legal issues* 9 (1): 7-19. <https://doi.org/10.1023/a:1008886528151>
- Jansky Maximiliane, Gabriella Marx, Friedemann Nauck y Bernd Alt-Epping. 2013. "Physicians' and nurses' expectations and objections toward a clinical ethics committee". *Nursing Ethics* 20 (7): 771-83. <https://doi.org/10.1177/0969733013478308>
- Jones, Jenny, Paul J. Ford, Giles Birchley y Settimio Monteverde. 2023. "Perspectives on the role of the nurse ethicist". *Nursing Ethics* 30 (5): 652-58. <https://doi.org/10.1177/09697330231189034>
- Kohlen, Helen. 2017. "Caring About Care in the Hospital Arena and Nurses' Voices in Hospital Ethics Committees: Three Decades of Experiences". En *Care in Healthcare: Reflections on Theory and Practice*, editado por Franziska Krause, Joachim Boldt. Palgrave Macmillan https://doi.org/10.1007/978-3-319-61291-1_12
- Lachman, Vicki D. 2010. "Clinical ethics committees: organizational support for ethical practice". *Med-surg Nursing: Official Journal of the Academy of Medical-Surgical Nurses*, 19 (6): 351-3.
- Mainetti, María Marta y Susana La Rocca. 2022. *Bioética para principiantes en clave de derechos*. Editorial EUDEM.
- McDaniel, Charlotte. 1998. "Hospital ethics committees and nurses' participation". *JONA: The Journal of Nursing Administration* 28 (9): 47-51. <https://doi.org/10.1097/00005110-199809000-00010>
- Menezes Gonçalves de Brito, Gabriela y Darci de Oliveira Santa Rosa. 2017 "Nurses performance in clinical ethics committees and commissions: An integrative review". *Nursing Ethics* 26 (3): 688-99. <https://doi.org/10.1177/0969733017724611>
- Milton, Constance L. 2001. "Institutional ethics committees: A nursing perspective". *Nursing Science Quarterly* 14 (1): 22-23. <https://doi.org/10.1177/08943180122108175>
- Murphy, Patricia. 1989. "The role of the nurse on hospital ethics committees". *Nursing Clinics of North America* 24 (2): 551-56. [https://doi.org/10.1016/s0029-6465\(22\)01507-9](https://doi.org/10.1016/s0029-6465(22)01507-9)
- Pedersen, Reidar, Victoria Akre y Reidun Førde. 2009. "Barriers and challenges in clinical ethics consultations: The experiences of nine clinical ethics committees". *Bioethics* 23 (8): 460-69. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8519.2008.00664.x>
- Penticuff, Joy Hinson y Marlene Walden. 2000. "Influence of practice environment and nurse characteristics on perinatal nurses' responses to ethical dilemmas". *Nursing Research* 49 (2): 64-72. <https://doi.org/10.1097/00006199-200003000-00002>
- Quattrucci, Cecilia, Andrés Martín Pereira, Agustina L. Galletti, Luciana B. Scolaro, Lucila A. Pastori, Verónica M. Sandez et al. 2023. "Los comités de ética de investigación en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires: a catorce años de la implementación de la Ley

- 3301". *Salud Colectiva* 19: e4482. <https://doi.org/10.18294/sc.2023.4482>
- Rabadán, Alejandra T. y Vilma Tripodoro. 2018. "¿Cuándo acudir al Comité de Bioética Institucional? El método deliberativo para resolver dilemas éticos". *Revista Argentina de Neurocirugía*, 32 (1): 36-40.
- Redman, Barbara K. 1996. "Responsibility of healthcare ethics committees towards nurses". *HEC Forum* 8 (1): 52-60. <https://doi.org/10.1007/bf00057976>
- Sabio, María Fernanda. 2012. "Comparación de los comités de ética en la investigación de Buenos Aires y Conurbano Bonaerense." *Revista Bioética* 20 (3): 461-67. Consultado el 8 de septiembre, 2025. <https://revistabioetica.cfm.org.br/revista-bioetica/article/view/766>
- Sabio, María Fernanda, Mariana Yael Alvarez, Emiliano Facundo Ross, María José Domínguez, Alejandro Quelle y Andrés Martín Lewkowicz. 2021. "Reflexiones en torno al papel de enfermería en los comités de bioética." *Revista Colombiana de Bioética* 16 (2): 1-10. <https://doi.org/10.18270/rcb.v16i2.3552>
- Sabio, María Fernanda y Jaime Elías Bortz. 2015. "Estructura y funcionamiento de los comités de ética en investigación de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y el Gran Buenos Aires." *Salud Colectiva* 11 (2): 247-260. <https://doi.org/10.18294/sc.2015.687>
- Sabio, María Fernanda, Andrés Martín Lewkowicz, Mariana Yael Alvarez, María José Domínguez y Emiliano Facundo Ross. 2022. "Debilidades y fortalezas de los CBH de bioética hospitalaria. Un comentario sobre sus funciones, funcionamiento, miembros y el impacto de la pandemia de covid 19". *Bioeticar* 2 (5): 1-8. Consultado el 8 de septiembre, 2025. <https://bioeticar.com.ar/boletin/5/CBH.pdf>
- Sabio, María Fernanda, Mariana Yael Alvarez, Andrés Lewkowicz, María José Domínguez y Emiliano Ross. 2024. "La dificultad en el acceso a información sobre Comités de Ética en Investigación". *Revista Americana de Medicina Respiratoria* 24 (4). Consultado el 8 de septiembre, 2025. https://www.ramr.org/articulos/volumen_24_numero_4_en/brief_report/brief_report_difficulty_in_accessing_information_about_research_ethics_committees.php
- Sakaida Yuki, Katsumasa Ota y Chikako Sone. 2022. "The role of nursing members in research ethics committees in Japan". *Nagoya Journal of Medical Science* 84 (4): 813-824. <https://doi.org/10.18999/nagjms.84.4.813>
- Savage, Teresa. 1994. "The nurse's role on ethics committees and as an ethics consultant". *Seminars for Nurse Managers* 2 (1): 41-47.
- Sayago, Mariana y Rogério Amoretti. 2021. "Comitês de bioética hospitalar: importância, funcionamento e dificuldades de implementação". *Revista Bioética* 29 (4): 832-43. <https://doi.org/10.1590/1983-80422021294517>
- Schroeter, Kathryn. 1996. "Perioperative nurses' involvement on nursing ethics committees". *AORN Journal* 64 (4): 588-96. [https://doi.org/10.1016/s0001-2092\(06\)63626-0](https://doi.org/10.1016/s0001-2092(06)63626-0)
- Simonetti, Marta, Paz Soto, Alejandra Galiano, María Consuelo Cerón, Eileen Lake y Linda Aiken. 2020. "Dotaciones, skillmix e indicadores laborales de enfermería en hospitales públicos chilenos". *Revista Médica de Chile* 148 (10): 1444-51.

- <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872020001001444>
- Tschudin Verena. 2001. "European experiences of ethics committees". *Nursing Ethics* 8 (2): 142-51. <https://doi.org/10.1177/09697330010080027>
- Ugalde, Antonio y Núria Homedes, coords. 2013. *Ética y ensayos clínicos en América Latina*. Lugar editorial.
- UNESCO. 2005. *Guía No. 1. Creación de comités de bioética*. Unesco. Consultado el 8 de septiembre, 2025. https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000139309_spa
- UNESCO. 2006. *Guía No. 2. Funcionamiento de los comités de bioética: procedimientos y políticas*. Unesco. Consultado el 8 de septiembre, 2025. https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000147392_spa
- Valdez-Martínez, Edith, Alberto Lifshitz-Guinzberg, José Medesigo-Micete y Miguel Bedolla. 2008. "Los comités de ética clínica en México: la ambigua frontera entre la ética asistencial y la ética en investigación clínica". *Revista Panamericana de Salud Pública* 24 (2): 85-90. Consultado el 8 de septiembre, 2025. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/9948/a02v24n2.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Vidal, Elisabet A. 2020. "Doctrina 50 años de la bioética: los comités de bioética en la práctica sanitaria". *Microjuris*. Consultado el 8 de septiembre 2025. <https://aldiaargentina.microjuris.com/2020/10/20/doctrina-50-anos-de-la-bioetica-los-comites-de-bioetica-en-la-practica-sanitaria/>
- Yagüe Sánchez, Javier Manuel. 2017. "La enfermera en los comités de ética" *Revista ROL de Enfermería* 40 (9): 58-62. Consultado el 8 de septiembre, 2025. <https://www.studocu.com/es-mx/document/instituto-interamericano-de-ciencias-de-la-salud/enfermeria/la-enfermera-en-los-comites-de-etica/10345589>
- Zwareva Mashiri, Elizabeth C. 2010. "Los comités de ética de investigación biomédica y psicosocial en Bolivia". *Acta Bioethica* 16 (1): 87-97. <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2010000100012>



Coproducción epistémica en salud intercultural: propuesta deliberativa decolonial con mujeres indígenas

Epistemic co-production in intercultural health: a decolonial deliberative proposal with indigenous women

Cintia Daniela Rodríguez Garat*

Recibido: 08 de abril 2025

Aceptado: 24 de junio 2025

Publicado: 10 septiembre 2025

Artículo original

Resumen

Este artículo emplea un marco teórico decolonial para desarrollar un método deliberativo específico que garantice la participación efectiva de mujeres indígenas en decisiones sanitarias, fomentando un diálogo intercultural que evite asimetrías de poder y promueva la coproducción epistémica e intercultural. La propuesta, situada en un enfoque decolonial y feminista, critica los marcos tradicionales de democracia deliberativa y, basándose en el lema decolonial, formula un modelo de deliberación plural, horizontal y respetuoso, que incorpore las voces indígenas en la coproducción de políticas sanitarias. El artículo se estructura en tres partes: ampliación decolonial de la deliberación, fundamentos de una deliberación plural y promoción del diálogo intercultural. El marco propuesto busca transformar la gobernanza sanitaria en un proceso coproducido, donde las mujeres indígenas intervengan no como receptoras pasivas, sino como actoras clave en la producción de conocimiento y políticas públicas. El artículo subraya la urgencia de superar la inclusión simbólica y garantizar condiciones materiales y epistémicas que permitan una participación real y transformadora.

Palabras clave:

mujeres indígenas, coproducción epistémica, deliberación plural, decolonialidad, diálogo de saberes

*Universidad Nacional de La Plata, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, La Plata, Argentina. <https://orcid.org/0000-0001-6914-9565>.
Correo electrónico: cintiarodriguezgarat@gmail.com

Abstract

This article uses a decolonial theoretical framework to develop a specific deliberative method that ensures the effective participation of indigenous women in health decision-making, fostering intercultural dialogue that avoids power asymmetries and promotes epistemic and intercultural co-production. Grounded in a decolonial and feminist approach, the proposed model critiques traditional frameworks of deliberative democracy and, inspired by decolonial principles, proposes a plural, horizontal, and respectful model of deliberation that incorporates indigenous voices in the co-production of health policies. The article is structured into three parts: the decolonial expansion of deliberation, the foundations of plural deliberation, and the promotion of intercultural dialogue. The proposed framework seeks to transform health governance into a co-produced process, where indigenous women intervene not as passive recipients, but as key actors in the production of knowledge and public policies. The article underlines the urgency of overcoming symbolic inclusion and guaranteeing material and epistemic conditions that allow for real and transformative participation.

Keywords:

Indigenous women, co-production of public policies, plural deliberation, decoloniality, knowledge exchange

La importancia de la deliberación

En filosofía política, el debate sobre cuáles deben ser aquellas herramientas conceptuales necesarias para que la comunidad política pueda mejorar la forma en que los ciudadanos se relacionan entre sí y con las instituciones no es nuevo (Vidiella 2020). Estas discusiones sobre cuáles son aquellos principios que promueven el mejor ordenamiento político posible, contribuyen a la riqueza y profundidad del debate. Esto se debe a que no solo propician una construcción robusta de la legitimidad de dichos principios, sino que también permiten plantear diversas modalidades de resolución de conflictos profundos o desacuerdos inevitables surgidos en el marco de las sociedades plurales y democráticas contemporáneas (Vidiella 2020). Sin embargo, desde una perspectiva decolonial, este debate padece de una limitación fundamental: su enfoque está anclado en una tradición filosófica eurocéntrica que ha ignorado histórica y sistemáticamente las epistemologías, prácticas políticas y formas de orga-

nización comunitaria de los pueblos indígenas, afrodescendientes y otras comunidades subalternas.

Autores como Walter Dignolo (2011) y Aníbal Quijano (2000) han señalado que el *Proyecto moderno/colonial* ha impuesto una matriz de poder que privilegia ciertas formas de conocimiento y organización política mientras desvaloriza o excluye a otras. En América Latina, las instituciones políticas suelen estar diseñadas desde una lógica eurocéntrica que margina las prácticas políticas de los pueblos indígenas y afrodescendientes. La democracia deliberativa, al intentar establecer principios universales, tiende a reproducir jerarquías coloniales, patriarcales y raciales. A pesar de esto, la característica distintiva de los gobiernos democráticos se ha circunscripto a su capacidad efectiva para atender las preferencias de los ciudadanos sin ningún tipo de discriminación entre estas (Cordourier Real 2015). En este contexto se inscribe la importancia del principio de igualdad, como base ineludible para todo conjunto de personas que busque establecer

una asociación “con un gobierno capaz de tomar decisiones colectivas obligatorias” (Dahl 1989, 154). La igualdad es un principio fundacional de la democracia y se encuentra íntimamente ligada a la justificación deliberativa de las decisiones colectivas. Este principio de igualdad, como enfatiza Dahl (1989), es la base sobre la cual se construyen las asociaciones políticas, pues solo a través de ella se puede garantizar que las decisiones colectivas sean legítimas y representativas de la voluntad general.

No obstante, desde una perspectiva decolonial, este principio de igualdad puede resultar problemático en su formulación liberal, ya que suele reducirse a una dimensión meramente formal que no aborda las desigualdades estructurales y epistémicas que persisten en las sociedades contemporáneas. En este sentido, la igualdad no puede limitarse a garantizar la participación formal en procesos deliberativos; sino que, además, debe incluir también la igualdad epistémica, es decir, el reconocimiento y validación de los saberes y formas de conocimiento de los grupos subalternos (Fricker 2007). Esto implica cuestionar la hegemonía de la razón occidental y abrir espacio para otras formas de racionalidad y de entendimiento del mundo (Taddei e Hidalgo 2016), como las que proponen las prácticas de toma de decisiones consensuadas en comunidades indígenas o las tradiciones de deliberación en África (Gyekye 1997; Amadiume 2022).

Desde esta perspectiva, es crucial ampliar la conceptualización de la deliberación para incluir no solo las formas propias de la tradición occidental, sino también aquellas que emergen de las prácticas políticas de los pueblos marginados. Silvia Rivera Cusicanqui (2015) y Boaventura de Sousa Santos (2004) han

destacado cómo las asambleas comunitarias indígenas en América Latina se estructuran en torno a procesos de consenso que integran la relación con la tierra y la comunidad, desafiando la lógica individualista de la democracia liberal. De manera similar, es sumamente relevante considerar las tradiciones africanas de deliberación consensuada, que ponen el énfasis en la participación colectiva y el diálogo continuo como elementos centrales para la toma de decisiones (Gyekye 1997; Amadiume 2022). Es claro que estas prácticas no deben ser interpretadas como formas premodernas de organización política, sino como modelos alternativos que cuestionan críticamente la hegemonía de la razón occidental y abren espacios para otras formas de entender la política y la democracia.

Las democracias modernas han intentado promover procesos de deliberación inclusivos, basados en el diálogo abierto para fortalecer la legitimidad y justicia de las decisiones. Sin embargo, desde una perspectiva decolonial, esta visión de la deliberación resulta insuficiente, ya que no cuestiona las barreras estructurales —como el racismo, la pobreza, la falta de acceso a la educación y la violencia política— que impiden la participación efectiva y real de ciertos grupos (Viveros Vigoya 2016; Curiel 2008). En este sentido, Patricia Hill Collins (1990) y Chandra Talpade Mohanty (2003) han destacado la importancia de considerar las intersecciones de raza, género, clase social y colonialidad en el análisis de las desigualdades políticas. La deliberación, por tanto, no puede ser verdaderamente inclusiva si no se dismantelan estas estructuras de poder que perpetúan la exclusión (Curiel 2008).

Desde una crítica decolonial, la deliberación democrática, tal como ha sido

teorizada en la tradición occidental, corre el riesgo de convertirse en un mecanismo que, lejos de garantizar la inclusión, reproduce las desigualdades al ignorar las voces y conocimientos de los pueblos indígenas (y otras comunidades subalternas). Las formas de organización política y deliberación de estos grupos han sido históricamente marginadas en favor de modelos de gobernanza que privilegian la racionalidad liberal y la institucionalidad estatal. Frente a esta realidad, Rivera Cusicanqui (2015) y Walsh (2009) han subrayado la importancia de reconocer y valorar las prácticas deliberativas comunitarias como alternativas viables para ampliar el horizonte democrático y desafiar la matriz colonial de poder.

Autores como James Bohman (1998) subrayan que la deliberación es el núcleo del proceso legítimo de la toma de decisiones democráticas. Para Bohman, las instituciones y la cultura tienen un lugar preponderante en la cultura política deliberativa en tanto práctica social compleja que involucra la formación y el ejercicio de una razón pública donde se puede trazar la construcción de consensos y la resolución de conflictos. Sin embargo, desde una perspectiva decolonial, esta visión de la deliberación no cuestiona las jerarquías coloniales y raciales que estructuran las sociedades contemporáneas. Como vemos, la crítica decolonial sostiene que, dado que la base teórica de la deliberación se suscita en la tradición occidental, carece de mecanismos que le permitan reconocer las estructuras desiguales —coloniales, capitalistas, patriarcales y epistemicidas¹ en las que sienta sus postulados. Del mismo modo, siguiendo la pers-

pectiva decolonial, este enfoque de deliberación no puede evitar reproducir dichas desigualdades al ignorar las voces y saberes de los pueblos indígenas, afrodescendientes y otras comunidades subalternas.

En línea con el enfoque de las democracias deliberativas, Simone Chambers (2003) añade que la deliberación debe conducir a opiniones bien informadas y razonables, incluso si no se alcanza un consenso. Este posicionamiento resulta fundamental si se pone el foco en la legitimidad de los resultados, “entendida esta como una justificación frente a todos los afectados” (Chambers 2003, 309). Sin embargo, desde una perspectiva decolonial, esta visión de la legitimidad es insuficiente, pues, como hemos señalado, no cuestiona ni busca modificar las estructuras coloniales y raciales que persisten en los sistemas políticos contemporáneos. La deliberación, en este sentido, para la perspectiva decolonial no puede limitarse a ser un proyecto de inclusión dentro de un marco que perpetúa las jerarquías coloniales. Por el contrario, debe transformarse en un proceso de descolonización que construya nuevas formas de convivencia política basadas en la justicia epistémica, la reciprocidad y el respeto a la diversidad.

En definitiva, la deliberación en las comunidades indígenas no puede ser comprendida únicamente a través de los marcos conceptuales de la democracia liberal occidental. Otros formatos alternativos y horizontales pueden ofrecer perspectivas más equitativas y comunitarias. En este contexto, es interesante señalar a modo de ejemplo que Silvia Rivera Cusicanqui (2015) menciona las

¹ Con la noción ‘epistemicida’, que deriva de ‘epistemicidio’, nos referimos a las prácticas epistemológicas que contribuyen a la ‘extinción’ de los conocimientos alternativos, como por ejemplo los saberes tradicionales de los pueblos indígenas.

asambleas comunitarias indígenas basadas en procesos de consenso que integran el diálogo, la memoria colectiva y la responsabilidad intergeneracional. Este modelo de deliberación desafía la lógica individualista de la democracia liberal al priorizar el bienestar colectivo sobre la negociación de intereses individuales. Es claro que estas prácticas representan una racionalidad política alternativa que cuestiona la hegemonía epistémica de la razón occidental y proponen horizontes de convivencia basados en la reciprocidad y el equilibrio relacional.

En efecto, como señala Boaventura de Sousa Santos (2004), la democracia deliberativa desde una perspectiva decolonial no puede limitarse a la mera inclusión de voces subalternas dentro de esquemas predefinidos por estructuras coloniales, sino que debe transformarse en un proceso de descolonización del saber y el poder. La deliberación en contextos indígenas no solo es un mecanismo para la toma de decisiones justas, sino también un desafío radical a las estructuras coloniales y raciales que moldean las democracias contemporáneas. Como plantea Mignolo (2011), la descolonización del pensamiento político no es un ejercicio teórico, sino un imperativo ético y político para la construcción de un mundo pluriversal donde diversas formas de ser, conocer y decidir coexistan en condiciones de dignidad y equidad. En este sentido, situarse desde la decolonialidad en una deliberación que incluya a los pueblos indígenas no solo implica reconocer sus derechos políticos y epistemológicos, sino también repensar críticamente los fundamentos mismos de la democracia y la justicia desde una perspectiva verdaderamente plural y geosituada.²

Pilares fundamentales de la deliberación plural en salud: hacia una perspectiva situada y crítica

Como hemos anticipado, en este apartado fundamentamos la necesidad de adoptar un enfoque de deliberación plural para llevar a cabo la participación de las mujeres indígenas en la coproducción de conocimientos y formas de cuidado de la salud, ofreciendo una propuesta aplicable al ámbito sanitario. El objetivo es interpelarnos acerca de cuáles son los fundamentos de una deliberación plural que establezca un marco dialógico basado en el respeto y la autonomía de las partes implicadas. A partir de ese análisis, identificamos los pilares fundamentales para promover una deliberación plural en salud, tomando como referencia la propuesta de James Tully. Este enfoque servirá como punto de partida para desarrollar estrategias que puedan ser resignificadas desde las epistemologías indígenas.

Nos interesa enmarcar nuestro recorrido teniendo en cuenta el planteamiento reconstructivo de la democracia deliberativa formulado por Stephen Elstub (2010), quien sostiene que la democracia deliberativa en la actualidad ha entrado en una tercera generación. En resumen, la primera generación incluyó las afirmaciones normativas más abstractas de Jürgen Habermas y John Rawls, quienes definieron los principios que debían guiar la deliberación democrática, como la igualdad, la racionalidad y la búsqueda del consenso. La segunda generación se centró en la implementación práctica de la deliberación en sistemas políticos reales, reconociendo las complejidades sociales y explorando cómo los principios

2 Entendemos 'geosituada' como la articulación entre territorio, identidad y prácticas culturales locales.

deliberativos podían aplicarse en contextos concretos. Esta etapa incluyó herramientas como asambleas ciudadanas, encuestas deliberativas y jurados ciudadanos. Finalmente, la tercera generación, en la que nos encontramos según Elstub, representa un avance conceptual y práctico que apunta a una reformulación profunda de la teoría deliberativa en la práctica. Este enfoque explora el reconocimiento del pluralismo y la diversidad, aceptando que el consenso no siempre es posible ni necesario, y promoviendo espacios donde se priorice la mutua comprensión y el respeto. Además, introduce la idea de una deliberación sistémica, en la que los procesos deliberativos se integran como partes de un sistema democrático más amplio, articulando foros diversos que abordan diferentes aspectos de los problemas sociales y políticos. Esta tercera generación enfatiza la necesidad de una inclusión radical que supere las barreras estructurales y culturales para garantizar la participación de todos los sectores sociales, incluyendo a los tradicionalmente excluidos.

Adoptamos el marco de la ‘tercera generación’ de Elstub por su afinidad con el enfoque decolonial: su reconocimiento del pluralismo y la diversidad, junto a su énfasis en la mutua comprensión (más que en consensos forzados), lo hacen idóneo para validar los saberes indígenas —especialmente los de las mujeres— como sistemas de conocimiento legítimos en igualdad con los occidentales (Walsh 2009; Quijano 2000). Asimismo, esta generación facilita un diálogo horizontal que descoloniza los espacios deliberativos al confrontar las dinámicas excluyentes de la colonialidad del poder/saber (Quijano 2000), garantizando que las mujeres indígenas no solo sean incluidas, sino que también

tengan el poder de decidir cómo, cuándo y en qué términos participan (Tuhiwai Smith 2012).

Esto es crucial para superar la jerarquía de saberes que ha privilegiado los conocimientos médicos occidentales sobre los saberes tradicionales indígenas. La deliberación sistémica, por su parte, introduce la idea de integrar los procesos deliberativos en un sistema democrático más amplio, creando espacios de diálogo de saberes donde los conocimientos indígenas y occidentales se encuentren en condiciones de igualdad y mutualidad (Walsh 2009). En el ámbito sanitario, esto implica reconocer que prácticas como el uso de plantas medicinales o el rol de las parteras no son meros ‘complementos’, sino sistemas completos de conocimiento marginados por el colonialismo (Segato 2016).

Es indudable que, para que una democracia plural sea efectiva, no solo se requieren acuerdos básicos, sino que esos acuerdos sean alcanzados a través de mecanismos que respeten y valoren las diferencias y el disenso. Por esta razón, nos centramos en el enfoque deliberativo de James Tully, debido a que este autor le otorga un gran valor a la inclusión de voces culturalmente diversas, entendiendo que este hecho fortalece la legitimidad democrática al reconocer la diversidad cultural y política como parte esencial de la deliberación pública. En este aspecto, Tully, como representante clave de esta tercera generación, desarrolla un enfoque que no solo reconoce el pluralismo cultural, sino que también propone una deliberación intercultural que desafía las estructuras hegemónicas y coloniales del constitucionalismo moderno (Tully 1995).

Como es sabido, el pluralismo enriquece la deliberación democrática al combinar principios compartidos con

la negociación de múltiples voces. Tully (1995) cuestiona el lenguaje hegemónico del constitucionalismo moderno—basado en términos unívocos como ‘soberanía popular’ o ‘igualdad’ (Muñoz Machado 2022)— que homogeniza la diversidad cultural. Su propuesta reinterpreta el constitucionalismo para visibilizar sus supuestos históricos ocultos: el universalismo liberal (siglos XVII-XVIII), al imponer marcos uniformes, ha excluido sistemáticamente a pueblos indígenas y minorías.

El aporte central de Tully radica en su enfoque pluralista: sustituye la razón universal por prácticas deliberativas situadas, reconociendo epistemes diversas (Rueda Pozo 2005). En cambio, Tully propone una forma de deliberación flexible que acepta y valora la diversidad de prácticas de diálogo (entre epistemes y ontologías) de las diferentes formas de vida de diversas comunidades. Para Tully, la verdadera deliberación debe ser inclusiva, respetar las diferencias culturales y estar profundamente arraigada en la práctica democrática del día a día, no solo en los foros formales. En este contexto, Tully (1995) sostiene que, en una sociedad libre y democrática, siempre debe darse un proceso continuo de discusión, donde es esencial tanto el derecho a disentir como la obligación de escuchar y responder a las opiniones que influyen en la comunidad.

Si bien hay puntos de contacto con la perspectiva agonista de Chantal Mouffe, lo cierto es que Tully (1995) destaca la relevancia de promover una deliberación intercultural, donde las diferentes formas de vida y voces culturales puedan dialogar y ser escuchadas. En este sentido, Tully busca no solo reconocer los conflictos, sino generar espacios donde múltiples perspectivas puedan expresarse y negociar pacíficamente. No obstante, a

pesar de las grandes virtudes de incluir la diversidad de voces en el marco de una transformación profunda de las estructuras de poder y en un reconocimiento genuino de las epistemologías y valores de las comunidades no liberales, el enfoque de Tully ha sido objeto de críticas. En este sentido, su planteamiento prioriza los derechos individuales y los valores democráticos sobre los principios morales y políticos de estas comunidades. Esto conduce a que las comunidades deban “dar prioridad siempre a las facetas liberales de sus tradiciones” (Bonilla Maldonado 2006, 35).

Este aspecto problemático se vincula directamente con las limitaciones prácticas de su enfoque. Consecuentemente, si bien hemos establecido que es necesario adoptar un enfoque de deliberación plural para garantizar la participación de las mujeres indígenas en la coproducción de conocimientos y formas de cuidado en salud, tal como hemos señalado, la propuesta de Tully, pese a sus avances teóricos en relación a otros enfoques deliberativos plurales, presenta limitaciones, especialmente en cuanto a su tendencia a liberalizar las comunidades tradicionales y a la falta de mecanismos organizativos que garanticen una participación efectiva.

No obstante, es importante reconocer que su propuesta tiene bases sólidas y aspectos innovadores. En este aspecto, su enfoque se fundamenta en tres pilares clave: la inclusión radical, la flexibilidad comunicativa y el respeto activo hacia las diferencias culturales. En particular, aboga por integrar a comunidades marginadas, como los pueblos indígenas, en procesos deliberativos que reconozcan sus epistemologías y prácticas como válidas.

Sin embargo, estas fortalezas teóricas no eliminan las críticas ya mencionadas.

En ese marco, Tully enfrenta limitaciones prácticas significativas, debido a que, como advierte Bonilla Maldonado (2006), tiende a ‘liberalizar’ las comunidades no liberales al imponerles valores individualistas sobre principios colectivos. Dicho en otros términos, si bien Tully reivindica la diversidad cultural dentro de la deliberación democrática, su propuesta no logra escapar del paradigma liberal que subordina las formas de vida comunitarias a nociones de ciudadanía y autodeterminación moldeadas por supuestos occidentales. Además, su planteo carece de mecanismos claros para garantizar una participación equitativa y significativa, pues no aborda suficientemente las desigualdades estructurales que limitan el acceso y la incidencia real de las comunidades marginadas en los procesos deliberativos. Como resultado, su propuesta no trasciende el mero reconocimiento de comunidades culturalmente diversas dentro de un marco liberal, sin alterar las condiciones de exclusión que históricamente han restringido su agencia política (Bonilla Maldonado 2006, 34).

Otro desafío crucial radica en el riesgo de que la inclusión de voces y epistemologías diversas se convierta en una estrategia de cooptación simbólica más que en una transformación efectiva de las dinámicas de poder existentes (Bonilla Maldonado 2006; Tuhiwai Smith 2012). En este punto queremos resaltar que la incorporación de saberes indígenas en procesos deliberativos que no modifican las estructuras de poder podría derivar en una mera validación formal sin consecuencias materiales, perpetuando de este modo la colonialidad del saber y del ser en espacios de deliberación política y sanitaria.

Por ello, consideramos fundamental integrar la diversidad cultural en el

escenario deliberativo desde una perspectiva decolonial, que no solo valore la pluralidad de voces y conocimientos, sino que también transforme las relaciones de poder que históricamente han jerarquizado los saberes occidentales sobre los indígenas. Esto implica construir un marco amplio de intercambios dialógicos basado en el respeto y en la autonomía relacional de las partes implicadas.

Aportes para reconfigurar el diálogo intercultural

En este apartado presentaremos nuestra propuesta deliberativa, la cual integra de manera central la dimensión intercultural. A diferencia del marco de James Tully, nuestro enfoque no solo busca incluir voces diversas, sino que avanza hacia una crítica profunda de las estructuras ontológicas, epistemológicas y político-jurídicas de raíz eurocéntrica. Nuestro planteamiento, denominado “Deliberación decolonial pluralista para ámbitos de salud”, se centra en una perspectiva geosituada que no solo contempla los beneficios del intercambio deliberativo intercultural, sino que también incluye aquellas voces históricamente silenciadas por la colonialidad (Quijano 2000; Mignolo 2000). Esta visión enfatiza la descolonización del espacio deliberativo, destacando la necesidad de derribar las jerarquías de poder que perpetúan la exclusión de las epistemes subalternas (Walsh 2006; Lugones 2008).

Aunque el enfoque decolonial no propone manifiestamente la coproducción epistémica en un marco deliberativo plural, lo cierto es que esta perspectiva teórica nos permite enriquecer y superar el planteo deliberativo de Tully. Esto se debe a que la decolonialidad se centra

en el desmantelamiento de las jerarquías ontológicas, epistémicas y políticas coloniales (Mignolo 2000; Lander 2000; Quijano 2000). Por ello, nuestra propuesta asegura que los saberes subalternos no solo sean escuchados, sino que, además, tengan igual peso en la toma de decisiones (Ulloa 2016; Rodríguez Garat 2024). Nuestro planteamiento no se limita a la escucha simbólica de las voces subalternas, sino que busca garantizar su participación activa y equitativa en la toma de decisiones. Esto implica un replanteamiento radical de las estructuras de poder que han marginado a las mujeres indígenas, reconociéndolas como actrices centrales en la construcción de alternativas que respeten la interdependencia entre vida, territorio y cultura (Lugones 2008; Segato 2016; Escobar 2016). En particular, su inclusión en la atención sanitaria es crucial por dos razones. Primero, siguiendo a Dos Santos, Koppe, Cares y Garrafa (2020, 1), porque el reconocimiento es un principio incuestionable para promover la equidad, al reafirmar que “las personas y las poblaciones desiguales deben ser tratadas de manera desigual y compensatoria” para garantizar su acceso efectivo a los derechos humanos. Segundo, porque esta inclusión permite abordar la determinación social de la salud desde sus propias experiencias (en primera persona), ya que las inequidades estructurales derivadas de la colonialidad del poder impactan de manera desproporcionada en estas comunidades (Breilh 2003; Breilh 2010; OPS 2019; Rodríguez Garat 2025). La pobreza, la exclusión social y la falta de acceso a servicios culturalmente adecuados solo pueden ser

enfrentadas mediante un enfoque que integre sus saberes y experiencias geosituadas en la formulación de políticas y protocolos de salud.

La creación de espacios deliberativos decoloniales demanda una crítica radical a los modos establecidos de escucha y toma de decisiones. Estos espacios —que aquí abordamos desde el ámbito sanitario, pero cuyos principios trascienden otros contextos— no se limitan a incorporar voces históricamente marginadas, sino que las constituyen como fuerzas activas en la transformación de las estructuras de poder. Según la perspectiva de Spivak (1996) y Mignolo (2000), su potencial subversivo radica en su capacidad para cuestionar los fundamentos mismos del orden eurocéntrico: desarticulan sus premisas ontológicas, ponen en tensión sus regímenes de conocimiento y desafían sus marcos jurídico-políticos, todo ello mientras instituye condiciones genuinas de equidad deliberativa. En este marco, la participación de las mujeres indígenas emerge no como mera inclusión simbólica, sino como práctica de resistencia que perfora las jerarquías coloniales. Su agencia se manifiesta al entrelazar saberes tradicionales con espacios institucionales, generando así nuevas configuraciones de poder donde la organización colectiva se erige como antídoto contra los dispositivos de silenciamiento. Lo que aquí se juega es la posibilidad misma de una democracia epistémica, donde la deliberación se convierte en el terreno para disputar los términos mismos de lo decible y lo pensable.

Para lograr esto, proponemos la institucionalización del diálogo inter-

cultural en la atención primaria de la salud (APS)³, que implica la creación de espacios deliberativos decoloniales y pluralistas donde las mujeres indígenas y otros grupos subalternos participen activamente en la formulación de políticas y protocolos de salud. Este proceso debe incluir la coproducción de saberes, es decir, la integración de conocimientos tradicionales y biomédicos en un marco de respeto mutuo y reciprocidad (Norsström et al. 2020). En este contexto, es importante señalar que la coproducción de conocimiento no solo enriquece las prácticas sanitarias, sino que también desafía las jerarquías epistémicas coloniales, promoviendo una justicia epistémica que reconoce y valora las epistemologías subalternas (Lander 2000; Mignolo 2000).

Sin embargo, es crucial reconocer que la implementación de este modelo enfrenta desafíos significativos, derivados de las estructuras de poder coloniales persistentes y de las condiciones necesarias para garantizar una participación genuina y equitativa. La Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) afirma que los grandes problemas que enfrentan las mujeres de comunidades indígenas se vinculan con la discriminación estructural (incluso dentro de sus propios pueblos) y el sufrimiento de violencia sistemática y generalizada en todos los ámbitos de su vida. Debido a estas barreras, la CIDH ha acentuado que los Estados deben tener la voluntad de participar en un diálogo intercultural, además de “ofrecer

flexibilidad a las autoridades indígenas en el establecimiento de las jurisdicciones indígenas [...] en pleno respeto de su derecho a perspectivas culturales y diferencias, autonomía, y autodeterminación” (CIDH 2017, 115). Para superar estas barreras, proponemos un enfoque gradual y sostenible que combine la democratización de las instituciones de salud con la reconfiguración de conceptos como ‘deliberación’, ‘representación’ y ‘soberanía’ desde una perspectiva decolonial (Walsh 2006; Quijano 2000). Esto implica no sólo la creación de comités interculturales y la ratificación de convenios internacionales como el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT)⁴, sino también la formación de personal sanitario en competencias interculturales y la generación de datos desglosados por etnicidad y género (OPS 2019).

La perspectiva decolonial replantea radicalmente la democracia al convertirla en un espacio donde las epistemologías subalternas transforman el diálogo político en un ejercicio de justicia epistémica y cultural (Lander 2000). Este enfoque exige reconfigurar las estructuras de poder que perpetúan la exclusión, ampliando sustancialmente los márgenes de reconocimiento —cultural-simbólico (Lugones 2008), económico y político-jurídico— mediante la incorporación de formas de comunicación no hegemónicas: narrativas orales, símbolos culturales y rituales comunitarios que desafían la racionalidad eurocéntrica.

3 Si bien nuestra propuesta se sitúa en la institucionalización del diálogo intercultural en la APS, este planteo puede ser extensible a otros espacios. Algunos ejemplos son los ámbitos comunitarios (asambleas indígenas donde se debatan necesidades sanitarias y estrategias de salud; encuentros entre sanadores tradicionales y profesionales biomédicos para compartir conocimientos; o bien, consejos de salud indígena donde representantes comunitarios participen en la toma de decisiones); los ámbitos institucionales (hospitales y centros de salud interculturales con protocolos de atención compartidos; universidades y centros de formación médica con programas de salud intercultural; o bien, mesas de trabajo en ministerios de salud para diseñar políticas sanitarias adaptadas a los pueblos indígenas).

4 Son muchos los tratados internacionales que exaltan el derecho a la participación de las comunidades indígenas en lugares relevantes de toma de decisión. Algunos ejemplos son la Declaración sobre la raza y los prejuicios raciales (1978) y la Declaración Americana sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas (2016).

Sin embargo, esta ampliación no puede depender de los Estados o instituciones hegemónicas —precisamente agentes históricos de exclusión (Mignolo 2000; Quijano 2000)—, sino que debe surgir de un proceso *multiactoral* que involucre activamente a pueblos indígenas, movimientos sociales, académicos comprometidos y organismos de derechos humanos. Las políticas públicas deben traducir este compromiso en mecanismos concretos que eviten inclusiones simbólicas (García Gualda 2024), garantizando participación efectiva en la toma de decisiones.

Se trata, en esencia, de una disputa política donde las comunidades subalternas protagonizan la redefinición de los espacios deliberativos (Azpiroz Cleñán 2019; Hasen Narvaéz 2012). Este marco no solo confronta la colonialidad del poder (Quijano 2000), sino que teje alianzas entre movimientos diversos, reconfigurando las relaciones sociedad-Estado en el ámbito sanitario. El resultado es una participación genuinamente inclusiva que valora voces históricamente marginadas (Young 2000), transformando la deliberación en un acto de justicia epistémica y redistribución del poder.

Por este motivo, creemos que resulta primordial pensar en las condiciones que asumirán los mecanismos deliberativos que habilitarán el diálogo intercultural. En este sentido, subrayamos la importancia de que dichas condiciones sean cada vez más igualitarias en el marco de las instituciones democráticas. En este punto, surge la necesidad de pensar en las formas de articular nuestro marco teórico con las modalidades específicas de aplicación al ámbito sanitario para proporcionar espacios que habiliten estos intercambios horizontales e igualitarios.

Para ello, pensamos que se requiere de una estrategia que reconozca las tensiones entre derechos formalmente definidos y las prácticas locales de su ejercicio. Esto implica replantear los derechos no solo como garantías abstractas, sino como realidades situadas que emergen en contextos específicos, donde las comunidades indígenas y otros grupos subalternos puedan ejercer su agencia epistémica y política (Quijano 2000; Mignolo 2000). En este sentido, sostenemos que es fundamental adoptar un enfoque que combine las deliberaciones locales culturalmente situadas con un marco general inclusivo y dinámico que permita la integración de epistemologías alternativas en salud (Walsh 2006; Escobar 2016).

Para responder a este desafío, proponemos un abordaje deliberativo basado en el planteo decolonial. Este enfoque no solo fortalece la integración de epistemologías alternativas y subalternas en el ámbito de la APS, sino que también establece una base sólida para el desarrollo de políticas públicas inclusivas que respondan tanto a las particularidades culturales como a la necesidad de coherencia institucional (Rodríguez Garat 2024). En este contexto, es imprescindible que los equipos de salud y los centros sanitarios generen espacios adecuados para que los agentes de culturas diversas puedan participar deliberativamente en igualdad de condiciones, haciendo uso de sus saberes y experiencias (Rovere 1999; Rovere 2023). Este planteo, que reconoce la amplia diversidad étnica y cultural de nuestro país, contribuye a facilitar la construcción de estrategias que promuevan una relación médico-paciente más efectiva y sensible (Alarcón, Vidal y Rozas 2003).

Frente a las diversas modalidades que asume la relación médico-paciente, abogamos por defender este modelo deliberativo intercultural. Éste permite al/a la paciente-agente asumir un rol activo en la toma de decisiones sobre las intervenciones a las que debe someterse (Emanuel y Emanuel 1992). No obstante, nuestra propuesta sostiene que este proceso deliberativo debe ser institucionalizado, para ofrecer un marco dialógico intercultural que exceda la coyuntura específica del caso puntual (Rodríguez Garat 2024). La institucionalización del diálogo intercultural, desde una modalidad relacional deliberativa, puede permitir formular distintos acuerdos y protocolos interculturales que precedan a la acción médica y fomenten la participación comunitaria en la salud.

De esta manera, asumimos que el modelo médico hegemónico (Menéndez 2016) esencializa los cuerpos y los saberes ancestrales, imponiendo axiomas y criterios de validación. Para superar esto, nuestra propuesta busca establecer una dinámica deliberativa que incluya la interculturalidad en el sistema de salud a través del diálogo, la negociación y la coproducción⁵ de saberes, promoviendo prácticas inclusivas y éticas (Rodríguez Garat 2023; 2024). En este marco, coincidimos con el planteo de Norström et al., quienes definen la coproducción de conocimiento como los “procesos iterativos

y colaborativos que involucran diversos tipos de experiencia, conocimiento y actores para producir conocimiento específico del contexto” (2020, 183). Este enfoque permite abordar problemáticas geosituadas desde una perspectiva pluralista y decolonial.

Concretamente, el plan de acción de nuestra propuesta de “Deliberación decolonial pluralista para ámbitos de salud” presenta ciertas consideraciones metodológicas que deben considerarse para institucionalizar la participación deliberativa de las mujeres⁶ de comunidades indígenas en contextos sanitarios interculturales (Figura 1). Este proceso está estructurado en tres fases principales. Estas son: 1) Institucionalización del diálogo deliberativo plural; 2) Tratativas e intercambio de significados; y, 3) Coproducción de conocimiento intercultural. En este contexto, resulta interesante mencionar que a lo largo del texto empleamos el término método para referirnos al modelo propuesto de deliberación intercultural en salud, entendiendo que se trata de un conjunto estructurado de fases y acciones sistematizadas, más allá del marco epistemológico que podría enmarcarse como metodología. De este modo, como puede observarse, nuestro método de Deliberación decolonial pluralista para ámbitos de salud se estructura en tres fases. La Fase 1: Institucionalización del diálogo deliberativo plural plantea dos subfases o momentos.

5 Si nos centramos en problemáticas ambientales, según sostienen Norström et al. (2020), las prácticas de investigación, las agencias de financiación y las organizaciones científicas globales sugieren que la investigación dirigida a abordar los desafíos de la sostenibilidad es más eficaz cuando es “coproducida” por académicos y no académicos. Según los autores, la coproducción promete abordar la naturaleza compleja de los desafíos contemporáneos de la sostenibilidad mejor que los enfoques científicos más tradicionales.

6 Independientemente de las diferencias internas de cada comunidad indígena, las mujeres son las encargadas del cuidado de la salud de sus familias y comunidades. Asimismo, como afirman Ciriza y Berraondo (2021), es relevante resaltar que las mujeres indígenas han sido históricamente las encargadas de salvaguardar los territorios, las fuentes de subsistencia y las productoras de sus recursos de curación. Por este motivo, nos centramos en la institucionalización de la participación deliberativa de las mujeres en el ámbito de las APS del sistema sanitario.

Figura 1. Fases de la "Deliberación decolonial pluralista para ámbitos de salud"



Fuente: elaboración propia

El primer momento, trazado por la acción de Resignificar los espacios de encuentro entre culturas, tiene como objetivo reconfigurar la función y el sentido de los lugares y formas en que se producen los encuentros entre distintas culturas. Especialmente, se sitúa en el ámbito de la APS⁷, donde busca promover una comprensión más inclusiva y respetuosa entre culturas y epistemes (Rovere 2023). Como hemos señalado en otros espacios, una estrategia para ello es “la consulta previa e informada, la participación en la elaboración de políticas y la creación de mecanismos legales que reconozcan y protejan sus derechos de participación” (Rodríguez Garat 2024, 18). Sin embargo, el objetivo de nuestro enfoque se centra en:

promover el desarrollo de capacidades institucionales, territoriales y sociales para la coestión de la salud pública,

por ejemplo, mediante la resignificación y fortalecimiento de los espacios de (...) aps, como instancias organizativas plurales que articulen la participación social e intercultural territorial (Rovere 2023), adaptadas a las necesidades sociales, epistémicas y contextuales específicas (Rodríguez Garat 2024, 18).

Sin duda, para que realmente exista un encuentro intercultural y no una mera imposición de una epistemología sobre otra, es fundamental diseñar espacios de diálogo genuino con condiciones que permitan la interacción horizontal y el reconocimiento mutuo (Rodríguez Garat 2022; 2023; 2025; Hasen Narváez 2012); lo cual requiere de una serie de acciones concretas y de actores clave que lo motoricen. En este sentido, es prioritario garantizar la mayor simetría —ontológica, epistémica y política— posible en la deliberación, evitando la

7 Para implementar cualquier tipo de institucionalización deben destinarse las partidas presupuestarias necesarias, debido a que no se trata de un proceso dialógico que se ejecuta mediante voluntades particulares, sino que, por el contrario, busca mejorar la calidad de la atención sanitaria de las personas que son expulsadas (o minorizadas) por el sistema de salud.

instrumentalización de los espacios de diálogo (Walsh 2009). Para ello es necesario utilizar metodologías que aseguren la participación efectiva de los pueblos indígenas, incluyendo traducción lingüística y epistémica, la formación de facilitadores interculturales⁸ y la implementación de mecanismos normativos que vinculen las decisiones tomadas en estos espacios (Rodríguez Garat 2022; 2024). Además, es necesario que las comunidades definan las formas y tiempos del diálogo, evitando que sean absorbidas por estructuras ajenas a sus propias dinámicas (Santos 2004). Sin estos elementos, cualquier intento de interculturalidad en salud corre el riesgo de reproducir relaciones de dominación en lugar de promover un diálogo genuino y transformador.

Para institucionalizar la participación de las mujeres indígenas en los sistemas de salud es imperativo establecer un marco normativo y operativo que garantice su inclusión activa en la toma de decisiones, respetando sus conocimientos tradicionales y promoviendo un enfoque intercultural. Esto implica la creación de políticas públicas que reconozcan la medicina tradicional y los saberes ancestrales (Convenio 169 de la OIT) y la formación de comités interculturales donde las mujeres indígenas tengan representación y voz en la planificación y evaluación de servicios de salud (OPS 2019; OPS 2023). Además, es menester desarrollar protocolos interculturales que institucionalicen el diálogo entre los sistemas médicos occi-

dentales y los conocimientos indígenas, asegurando la participación comunitaria en la formulación de acuerdos previos a la acción médica (Rodríguez Garat 2023; Rodríguez Garat 2024). Aunque este modelo debe ser flexible y adaptable a las particularidades de cada comunidad, es decisivo que en este primer momento de la Fase 1 del proceso dialógico se promueva un ambiente inclusivo. En este entorno, las mujeres indígenas deben sentirse escuchadas⁹ y empoderadas para participar en la deliberación y en la toma de decisiones en salud pública (Ulloa 2016; Rodríguez Garat 2024).

Con la intención de contribuir a la democratización e igualación de oportunidades del espacio dialógico, el segundo momento de la Fase 1, aquel referido a la Formación intercultural y sensibilización de personal sanitario y médicos en formación, busca proporcionar educación intercultural al personal de salud en ejercicio y en formación, lo que incluye tanto a profesionales en actividad (como médicos/as, enfermeros/as y otros/as trabajadores/as de la salud) como a quienes están en proceso de formación (como estudiantes de medicina y enfermería) (Ibáñez-Salgado, Druker-Ibáñez y Rodríguez-Olea 2024). La capacitación del personal de salud en competencias interculturales y la generación de datos desglosados por etnicidad y género son pasos esenciales para identificar y abordar las brechas en el acceso y la calidad de los servicios (OPS 2019). En este segundo momento

8 La figura del facilitador intercultural representa el nexo entre el equipo de salud y los pueblos indígenas, y puede colaborar en el intercambio. Asimismo, la relevancia del facilitador se centra en que, para las comunidades indígenas, es un agente de confianza porque pertenece a estas comunidades y es avalado por ellas (Hasen Narváez 2012 en Rodríguez Garat 2022).

9 Habilitar el canal de escucha, como diría Irigaray, implica "abrir nuestro propio mundo a algo o a alguien externo y extraño al mismo. Escuchar es una forma de abrirnos nosotros mismos al otro y de recibir a este otro, su verdad y su mundo como diferente de nosotros, del nuestro" (2020, 5). Según la autora, la escucha es una estrategia epistemológica clave para posibilitar un diálogo que desande aquellas marcas y pretensiones universalizantes del discurso (Irigaray 2020).

de la Fase 1, el objetivo es sensibilizar a través de cursos académicos que visibilicen las injusticias estructurales e históricas, proporcionando herramientas para abordar el cuidado y el trato ante la diversidad cultural. El propósito de formular estos cursos es mejorar las competencias de los/as agentes sanitarios/as, no solo para atender a pacientes de distintos orígenes culturales, sino también para fomentar una escucha atenta, respetuosa y reflexiva frente a la diversidad (Feltri et al. 2006; Rodríguez Garat 2023; 2024).

Por otra parte, la Fase 2 denominada Tratativas e intercambios de sentidos pretende constituir los mecanismos participativos mediante los cuales se producirá el diálogo desde la apreciación situacional de cada miembro (Matus 1996). En el primer momento de la Fase 2, durante la Sistematización de encuentros interepistémicos y colegiados, se busca estructurar de manera organizada encuentros entre diferentes formas de conocimiento (interepistémicos) y grupos colegiados (por ejemplo, expertos, médicos, líderes comunitarios, facilitadores interculturales, *machis*¹⁰) a través de foros públicos, consejos consultivos (Monsiváis Carrillo 2014, 482-5) y redes comunitarias o tejidos. La finalidad de estos encuentros no solo es fomentar el diálogo entre saberes diversos (Fondo Internacional de Mujeres Indígenas, FIMI, 2021), sino también, habilitar espacios de intercambios de sentidos—ontológicos y epistémicos— sobre las formas que tiene cada comunidad para

entender las concepciones de salud-tratamiento-enfermedad y la relación entre vida y muerte desde las propias representaciones culturales de cada participante.¹¹

Este momento es decisivo para que el proceso dialógico-deliberativo se gesté en un espacio democrático con la menor asimetría de poder posible (Quijano 2000). En este punto, es crucial ser cautelosos con las implicancias que pueden tener los actos de concesión en los encuentros dialógicos. En particular, debemos estar atentos a que estas aparentes concesiones por parte de las hegemonías (Sistema sanitario biomédico) no perpetúen, de manera sutil, las asimetrías de poder existentes (Quijano 2000; Spivak 1996). Sin lugar a duda, si no se transforma la intención subyacente que sostiene estas desigualdades, los espacios de diálogo pueden convertirse en mecanismos de legitimación del poder dominante, en lugar de ser verdaderos encuentros de justicia e igualdad.

Durante el segundo momento de la Fase 2, en la Apreciación situacional participativa en el marco de las deliberaciones colegiadas, se valoran las diferentes perspectivas de los/as participantes en deliberaciones colegiadas (Monsiváis Carrillo 2014), reconociendo y respetando los distintos contextos y situaciones. En este marco, es importante mencionar que la apreciación situacional participativa de cada persona es planteada desde el enfoque teórico del planeamiento estratégico situacional (PES)¹².

10 Las *machis* son lideresas espirituales mapuche que guían espiritual y culturalmente a sus comunidades.

11 La negociación de sentidos tiene como finalidad promover espacios de encuentro que permitan la construcción semiótica en interacción entre culturas diversas. Esto apunta a disminuir las frecuentes injusticias hermenéuticas que se suscitan cuando algunas culturas son excluidas de la construcción de sentidos comunes dentro de un espacio social/institucional determinado (Fricker 2007).

12 El PES, desarrollado por Carlos Matus, es un enfoque metodológico que analiza situaciones complejas desde las subjetividades de los actores involucrados. Reconoce que cada actor interpreta la realidad según su propia perspectiva, lo que genera múltiples explicaciones de un mismo problema. Su valor está en facilitar un análisis más profundo y contextualizado, permitiendo estrategias adaptadas a la diversidad de visiones. Así, el PES destaca la importancia de integrar estas subjetividades en la toma de decisiones para abordar eficazmente la complejidad social.

Según este planteamiento, el análisis situacional se construye a partir de la contribución de cada subjetividad. La relevancia de este enfoque reside en la necesidad de distinguir entre las diversas explicaciones otorgadas por cada miembro. Para Matus (1996), “cada actor aprecia el juego social de una manera particular y actúa en él según su propia interpretación de la realidad” (Huertas 1996, 19). Frente a una problemática sanitaria determinada, las decisiones de los/as participantes estarán mediadas por sus interpretaciones subjetivas sobre la mejor estrategia para alcanzar el éxito (Rodríguez Garat 2024). Como es de esperarse, en el marco de este ‘juego social’, estas decisiones están influenciadas por las experiencias geopolíticas del conocimiento (Valiente y Ferreira da Silva 2023).

Nuestro interés en el planteamiento de Matus se centra en que el autor entiende que las experiencias geopolíticas determinan las *jugadas* de cada participante y, por tanto, su interpretación de la situación (Matus 1996). Sin embargo, Matus (1996) subraya que cualquier decisión debe tener en cuenta las respuestas generadas en los/as demás participantes que forman parte de esta interacción (Rodríguez Garat 2024). Para aclarar este aspecto recurriremos a un ejemplo que hemos mencionado en otros espacios: “(s)i pensásemos este juego social como una partida de ajedrez, las jugadas de cada participante estarían evidentemente mediadas por sus interpretaciones subjetivas respecto a cuál es la mejor estrategia por seleccionar para ganar el juego” (Rodríguez Garat 2025, 121).

De este modo, antes de pensar en los acuerdos que surgirán como producto de la deliberación, es imprescindible reconocer la asimetría que se instala como punto de partida en el escenario deliberativo en el que se dan las explicaciones y los intercambios de pareceres durante la interacción (Matus 1996). Se desprende que más allá de las múltiples interpretaciones sobre la dinámica y sus significados, es primordial abordar una dimensión adicional de esta asimetría, que no sólo es epistémica (Fricker 2007; Lander 2000), sino que se trata, específicamente, de una asimetría de poder (Quijano 2000).

A pesar de ello, consideramos que la formación pedagógica intercultural propuesta en la Fase 1 permite concientizar y, fundamentalmente, sensibilizar a los/as profesionales de la salud respecto al cuidado y la protección necesaria a brindar a estos/as agentes-participantes de la deliberación debido a las asimetrías existentes. Así, en este segundo momento de la Fase 2, se espera que las mujeres indígenas participantes del diálogo intercultural puedan emplear sus conversas, en “ese ir y venir de las palabras, a partir de los sentires” (FIMI 2021, 13) para poder coproducir formas alternas que permitan tratar y sanar a los/as integrantes de la comunidad y a todos/as aquellos/as usuarios/as del sistema de salud que lo requieran.

En este contexto deliberativo, es importante diseñar un espacio amigable y horizontal que invite no solo a generar propuestas de complementariedad de saberes, sino también de reconocimientos mutuos y recíprocos¹³ que valoren las diferencias y modos de entender la

13 El FIMI (2021, 17) ha llevado a cabo este tipo de encuentros, con una frecuencia de tres reuniones, en las que, “con hilos, chaquiras, dibujos, telas, cabuya, insumos para el tejido —metodologías propias de los conocimientos ancestrales—, cada mujer iba haciendo su proceso”. Este estudio menciona que, “al principio, unas mujeres no hablaban pero sí tejían, y al final, todas tomaban el hilo y contaban en voz alta por qué estaban allí desde el primer día”.

salud y habitar el suelo (Kusch 2007; Rodríguez Garat 2023). El objetivo de propiciar encuentros interepistémicos se configura en torno a construir un camino hacia una filosofía de la alteridad en la que los/as otros/as son reconocidos/as en sus identidades y tradiciones, en el desarrollo de sus respectivos logros geohistóricos (Gutiérrez Fernández y Márquez Fernández 2004).

Finalmente, la Fase 3 centrada en la Coproducción de conocimiento intercultural, también se encuentra subdividida en dos momentos, el primero de ellos es la Creación de códigos éticos y protocolos interculturales de acción, y el segundo, La evaluación continua para establecer correcciones en las políticas y planes de acción.

El primer momento de esta última fase del método busca desarrollar marcos éticos y protocolos de acción que tengan en cuenta las particularidades culturales de las comunidades (Ibáñez-Salgado, Druker-Ibáñez y Rodríguez-Olea 2024). El objetivo es generar guías de intervención surgidas de las interacciones deliberativas interepistémicas para que sean aplicadas en el ámbito de la APS, donde asisten comunidades indígenas a ser atendidas por la medicina occidental (Rovere 2023). Es interesante que estas guías y protocolos de acción configuren las formas adecuadas de fortalecer las capacitaciones interculturales al personal de salud (Fase 1), como también la importancia de reconocer la lengua indígena local, la alimentación y el equipamiento con elementos tradicionales, surgido de los acuerdos establecidos con los/as médicos/as tradicionales (Ibáñez-Salgado, Druker-Ibáñez y Rodríguez-Olea 2024).

El segundo momento de la última fase, la Evaluación continua para establecer correcciones en las políticas y

planes de acción, se concentra en implementar un proceso de monitoreo y evaluación constante para identificar y aplicar de manera proactiva las mejoras necesarias en las políticas y planes, asegurando su efectividad y adaptabilidad frente a nuevos desafíos y contextos. El propósito es garantizar que las acciones se ajusten a la realidad y necesidades de las comunidades involucradas (Matus 2016). En esta etapa es importante la rendición de cuentas y el monitoreo constante para asegurar que estas medidas transformen las estructuras de poder que históricamente han excluido a las mujeres indígenas, promoviendo así la equidad y la justicia social en los sistemas de salud.

Pensamos que la evaluación continua es un componente esencial para asegurar que la deliberación plural tenga un impacto real y sostenible en la salud de las mujeres indígenas. Para ello, nos parece pertinente el uso de indicadores de participación que midan el nivel de influencia de las mujeres indígenas en las decisiones tomadas (Walsh 2009; Quijano 2000), así como indicadores de equidad en salud que evalúen el acceso y la calidad de los servicios sanitarios (OPS 2019; Breilh 2010). Además, para contribuir a que este proceso deliberativo sea respetuoso y simétrico es necesario implementar mecanismos de monitoreo de la coproducción de conocimientos, que incluyan, por ejemplo, la revisión de casos específicos y la recopilación de testimonios de las mujeres indígenas y los profesionales de la salud (Norström et al. 2020; Rodríguez Garat 2024; 2025).

Asimismo, proponemos complementar esta evaluación con criterios cualitativos y simbólicos que permitan captar transformaciones menos visibles, pero igualmente significativas. Entre estos

se encuentran la movilización de las mujeres indígenas, el fortalecimiento de su autoestima colectiva o el cambio en su valoración dentro de sus propias comunidades. Estos elementos, aunque difíciles de cuantificar, resultan fundamentales para comprender el impacto profundo de los procesos deliberativos desde una perspectiva decolonial, ya que permiten observar cómo se reconfiguran las relaciones de poder, las formas de reconocimiento y los sentidos de pertenencia.

Estos mecanismos deben ser transparentes y contar con la participación activa de las comunidades, asegurando que las evaluaciones sean culturalmente apropiadas y orientadas a la mejora continua (Tuhiwai Smith 2012; Mignolo 2011). Finalmente, resulta imprescindible incorporar un proceso iterativo de ajustes y correcciones, donde los resultados de la evaluación se utilicen para identificar áreas de mejora y realizar cambios en las políticas y planes de acción (Matus 1996; Rovere 2023). Este enfoque adaptativo garantiza que las intervenciones respondan a las necesidades cambiantes de las comunidades y promuevan una transformación real en los sistemas de salud. La evaluación no solo mide el éxito de la deliberación plural, sino que también refuerza su carácter transformador al asegurar que las voces de las mujeres indígenas sean escuchadas y respetadas en todos los niveles (Spivak 1996; Femenías 2007).

Además de la creación de nuevos conocimientos y la transformación personal a través de las interrelaciones, la interculturalidad implica la construcción de gramáticas comunes basadas en la igualdad, la reciprocidad y la justicia (Bonilla 2006; Rodríguez Garat 2022). Siguiendo a Bonilla (2006), es importante notar que al centrarnos en una

ética de la responsabilidad, se reconoce que todos los seres humanos somos responsables de la vulnerabilidad del otro, más allá de cualquier deber de reciprocidad. Por ello, consideramos que los protocolos interculturales de acción no solo encarnan un carácter ético-político que fomenta la emancipación y agencia de las mujeres participantes en los procesos deliberativos, sino que también representan un marco de acción transformador que prioriza el *cuidado del otro* como eje central. Este enfoque se sustenta en una responsabilidad ética que reconoce y valora la alteridad, es decir, la diversidad de identidades, experiencias y saberes que configuran la existencia de quienes participan en estos espacios (Cullen 2019; Rodríguez Garat 2022). Justamente, los protocolos interculturales no solo buscan garantizar la inclusión formal, sino que también promueven una práctica reflexiva y geosituada que cuestiona las estructuras de poder hegemónicas y abre caminos hacia la construcción de relaciones más horizontales y respetuosas. Así, se posicionan como herramientas fundamentales para avanzar hacia una justicia social que no solo reconoce, sino que celebra y protege la diversidad cultural y de género.

Reflexiones finales

Hemos propuesto un marco teórico-metodológico innovador para la deliberación intercultural en salud, con un enfoque decolonial que busca desmantelar las estructuras de poder coloniales, patriarcales y epistemicidas que han marginado históricamente a las mujeres indígenas (Rodríguez 2021; 2022). A través de una crítica profunda a los modelos tradicionales de democracia deliberativa, hemos puesto en evidencia

cómo estos enfoques, aunque aspiran a la inclusión, reproducen jerarquías que excluyen y subalternizan los saberes y prácticas de las comunidades indígenas. Frente a esto, la propuesta de una deliberación plural y horizontal, inspirada en Tully, pero reinterpretada desde una perspectiva decolonial, se presenta como una base ineludible para propiciar la agencialidad epistémica de las mujeres indígenas en el ámbito de la salud.

Esta propuesta no solo busca incluir a las mujeres indígenas en los procesos de toma de decisiones, sino también validar y respetar sus saberes tradicionales como sistemas de conocimiento legítimos y en igualdad de condiciones con los saberes biomédicos (Hasen Narváez 2012). La coproducción de conocimientos entre ambos sistemas se plantea como un mecanismo clave para superar las asimetrías epistémicas y construir políticas sanitarias más justas y equitativas (Norström et al. 2020). Sin embargo, para que esta coproducción sea efectiva, es necesario descolonizar los espacios deliberativos, garantizando que las mujeres indígenas no sean meras participantes simbólicas, sino agentes activas con poder de decisión sobre cómo, cuándo y en qué términos participan. Esto implica un replanteamiento radical de las estructuras de poder que han perpetuado la exclusión y el silenciamiento de sus voces (Quijano 2000; Walsh 2008).

La metodología propuesta, estructurada en tres fases (institucionalización del diálogo, tratativas e intercambios de sentidos, y coproducción de conocimiento intercultural), ofrece un marco práctico para implementar la delibe-

ración plural en contextos sanitarios. Sin embargo, su éxito depende de la capacidad para superar desafíos como la *liberalización* de las comunidades no liberales, la cooptación simbólica y la reproducción de asimetrías de poder (Quijano 2000). Para ello, es crucial garantizar condiciones de participación equitativa, como la formación intercultural del personal sanitario, la creación de protocolos interculturales y la evaluación continua de las políticas implementadas. Estos mecanismos no solo deben asegurar la inclusión formal, sino también transformar las relaciones de poder que históricamente han marginado a las mujeres indígenas (Ibáñez-Salgado, Druker-Ibáñez y Rodríguez-Olea 2024; Rodríguez-Garat 2023; 2024).

En definitiva, nuestra propuesta no solo representa un avance significativo hacia la justicia epistémica, sino que también ofrece un marco teórico para la democratización de los sistemas de salud mediante la creación de espacios deliberativos interculturales, la formación del personal sanitario y la resolución de tensiones entre saberes tradicionales y biomédicos. Al reconocer y validar los saberes indígenas se desafía la hegemonía de la razón occidental (Taddei e Hidalgo 2016) y se promueve una coproducción de saberes que respete la diversidad cultural. Sin embargo, su implementación exige un compromiso político y social profundo. Solo así se podrá garantizar que las mujeres indígenas no solo sean escuchadas, sino que también tengan el poder de decidir sobre su salud y bienestar, construyendo un futuro más justo y equitativo.

Agradecimientos: A la Universidad Nacional de La Plata (UNLP) por ofrecer el marco de investigación en el que me encuentro finalizando mi doctorado en Filosofía.

Financiamiento: Este trabajo no recibió apoyo de ninguna institución financiadora.

Declaración de conflicto de intereses: La autora declara no tener ningún conflicto de interés

financiero, profesional o personal que pudiera influir en los resultados o interpretaciones presentados en este manuscrito.

Declaración sobre uso de IA: Durante la preparación de este trabajo, la autora no utilizó IA. El contenido intelectual, análisis y conclusiones son exclusivamente responsabilidad de la autora.

Bibliografía

- Alarcón, Ana M., Aldo Vidal H., y Jaime Neira Rozas. 2003. "Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales" *Revista Médica de Chile* 131 (9): 1061-65. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872003000900014>
- Amadiume, Ifi. 2022. *Male Daughters, Female Husbands: Gender and Sex in an African Society*. Zed Books.
- Azpiroz Cleñán, Verónica. 2019. *Derechos de los pueblos indígenas: La lucha por la tierra y la cultura*. Ediciones CICCUS.
- Bohman, James. 1998. *Public Deliberation: Pluralism, Complexity, and Democracy*. MIT Press.
- Bonilla, Alcira. 2006. "¿Quién es el sujeto de la bioética? Reflexiones sobre la vulnerabilidad." En *Bioética y salud mental. Intersecciones y dilemas*, editado por Alicia I. Losoviz, Daniel A. Vidal y Alcira Bonilla. Akadia.
- Bonilla Maldonado, Daniel. 2006. *Constitucionalismo y colonialismo: Una lectura desde América Latina*. Siglo del Hombre Editores.
- Breilh, Jaime. 2003. *Epidemiología crítica: Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Lugar Editorial.
- Breilh, Jaime. 2010. *La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública*. Universidad Nacional de Colombia.
- Chambers, Simone. 2003. "Deliberative Democratic Theory." *Annual Review of Political Science* 6: 307-26. <https://doi.org/10.1146/annurev.polisci.6.121901.085538>
- Ciriza, Adrianay Mikel Berraondo. 2020. "El sos de las mujeres indígenas." *El País*, 16 de noviembre. <https://elpais.com/planeta-futuro/2020-11-16/el-sos-de-las-mujeres-indigenas.html>
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH). 2017. *Derechos de los pueblos indígenas y tribales sobre sus tierras ancestrales y recursos naturales*. Organización de los Estados Americanos. Consultado el 30 de julio, 2025. <https://www.oas.org/es/cidh/indigenas/docs/pdf/tierras-ancestrales.esp.pdf>
- Cohen, Joshua. 1997. "Procedure and Substance in Deliberative Democracy." En *Deliberative Democracy*, editado por James Bohman y William Rehg, 407-37. Cambridge, MIT Press. <https://doi.org/10.7551/mitpress/2324.003.0017>
- Collins, Patricia Hill. 1990. *Black Feminist Thought: knowledge, consciousness, and the politics of empowerment*. Unwin Hyman.
- Cordourier Real, Carlos Román. 2015. "Participación ciudadana e instituciones: un análisis desde la teoría democrática de Robert A. Dahl." *Estudios Sociológicos* 33 (99): 579-

605. Consultado el 30 de julio, 2025. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=59844200004>.
- Cullen, Carlos. 2019. "El cuidado del otro" En *Ética ¿dónde habitas?*, 209-17. Las Cuarenta.
- Curiel, Ochy. 2008. "Crítica poscolonial desde las prácticas políticas del feminismo antirracista" *Nómadas* 28: 1-15.
- Dahl, Robert. 1989. *La democracia y sus críticos*. Paidós.
- Dos Santos, Telma, Cesar Koppe, Juvenial Cares y Volnei Garrafa. 2020. "Una lectura bioética de la pérdida de biodiversidad y consecuente inseguridad alimentaria". *Revista de Redbioética/UNESCO* 11 (2): 61-75.
- Elstub, Stephen. 2010. "The third generation of deliberative democracy". *Political Studies Review* 8 (3): 291-307. <https://doi.org/10.1111/j.1478-9302.2010.00216.x>
- Emanuel, Ezekiel J. y Linda L. Emanuel. 1992. "Four models of the physician-patient relationship". *JAMA* 267 (16): 2221-26. <http://doi.org/10.1001/jama.1992.03480160079038>
- Escobar, Arturo. 2016. *Autonomía y diseño: La realización de lo comunal*. Universidad del Cauca.
- Femenías, María Luisa. 2007. *Esbozo de un feminismo decolonial*. Editorial Biblos.
- Fondo Internacional de Mujeres Indígenas (FIMI). 2021. *Tejiendo saberes: Voces de mujeres indígenas en la salud intercultural*.
- Fricker, Miranda. 2007. *Epistemic injustice: power and the ethics of knowing*. Oxford University Press.
- García Gualda, Suyai. 2024. *Políticas públicas y participación indígena: Un enfoque decolonial*. CLACSO.
- Gutiérrez Fernández, Doris y Álvaro B. Márquez-Fernández. 2004. "Raúl Fornet-Betancourt: Diálogo y filosofía intercultural." *Frónesis* 11 (3): 9-39. Consultado el 4 de agosto, 2025. http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-62682004000300002
- Gyekye, Kwame. 1997. *Tradition and Modernity: Philosophical Reflections on the African Experience*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195112252.001.0001>
- Hasen-Narváez, Felipe. 2012. *Facilitación intercultural en salud: Experiencias y desafíos*. Universidad de Chile.
- Huertas, Franco. 1996. *El método PES: Planificación estratégica situacional*. CEREB.
- Ibáñez Salgado, Nolfia, Sofía Druker Ibáñez y Soledad Rodríguez Olea. 2024. "Sistemas de conocimiento que enmarcan procesos de aprendizaje en familias mapuche y aymaras." *Estudios Pedagógicos* 50 (1): 343-62. <https://doi.org/10.4067/S0718-07052024000100343>
- Irigaray, Luce. 2020. *El camino de la escucha*. Editorial Cactus.
- Kusch, Rodolfo. 2007. *Indigenous and Popular Thinking in América*. Traducido por María Lugones y Joshua Price. Duke University Press.
- Lander, Edgardo. 2000. *La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas latinoamericanas*. CLACSO.
- Lugones, María. 2008. "Colonialidad y género." *Tabula Rasa* (9): 73-101.
- Mansbridge, Jane, James Bohman, Simone Chambers, David Estlund, Andreas Føllesdal, Archon Fung, et al. 2010. "The place of self-interest and the role of power in deliberative democracy". *The Journal of Political Philosophy* 18 (1): 64-100.
- Matus, Carlos. 1996. *Teoría del juego social*. Fondo Editorial ILPES.

- Mignolo, Walter D. 2000. *Local Histories/Global Designs: Coloniality, Subaltern Knowledges, and Border Thinking*. Princeton University Press.
- Mignolo, Walter. 2011. *The Darker Side of Western Modernity. Global Futures, Decolonial Options*. Duke University Press.
- Mohanty, C. T. 2003. *Feminism Without Borders. Decolonizing Theory, Practicing Solidarity*. Duke University Press.
- Monsiváis Carrillo, Alejandro. 2014. “La deliberación como mecanismo de control democrático: precisiones analíticas y cuestiones emergentes”. *Revista Mexicana de Sociología* 76 (3): 471-99.
- Muñoz Machado, Santiago. 2022-2023. “El nuevo constitucionalismo multicultural hispanoamericano” *Anales de la Real Academia de Ciencias Morales y Políticas* 75 (100): 51-88.
- Norström, Albert V., Christopher Cvitanovic, Marie F. Löf, Simon West, Carina Wyborn, Patricia M. Balvanera, et al. 2020. “Principles for knowledge co-production in sustainability research” *Nature Sustainability* 3: 182-90.
- ops. 2019. Estrategia y plan de acción sobre etnicidad y salud 2019-2025. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51745>
- ops. 2023. “Un enfoque intercultural y participativo, clave para garantizar la salud de los pueblos indígenas de las Américas”. ops, 9 de agosto de 2023. <https://www.paho.org/es/noticias/9-8-2023-enfoque-intercultural-participativo-clave-para-garantizar-salud-pueblos-indigenas>
- Quijano, Anibal, Michael Ennis. 2000. “Coloniality of Power, Eurocentrism, and Latin America.” *Nepantla: Views from South* 1 (3): 533-80.
- Rivera Cusicanqui, Silvia. 2015. *Sociología de la imagen: Miradas ch'ixi desde la historia andina*. Tinta Limón.
- Rodríguez Garat, Cintia. 2022. *Cuerpos-territorios de las mujeres mapuche: testimonios de opresión y de resistencia*. Universidad Nacional de Quilmes. Consultado el 4 de agosto, 2025. <https://philpapers.org/archive/RODCDL-9.pdf>
- Rodríguez Garat, Cintia. 2023. *Resiliencia y salud pública de las mujeres mapuche ante el cambio climático: Un análisis desde una perspectiva intercultural, participativa y de derechos humanos*. <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/RFG54>
- Rodríguez Garat, Cintia. 2024. “Entrevista.” *Fundación Jaime Roca*, 6 de junio. <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/F9CT7>
- Rodríguez Garat, Cintia. 2025. “Consideraciones sobre las obligaciones éticas de la salud pública hacia las comunidades indígenas mapuche frente a los riesgos climáticos”. Tesis de maestría, FLACSO. <http://hdl.handle.net/10469/23006>
- Rovere, Mario. 1999. *Redes en salud: Un nuevo paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad*. Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte.
- Rovere, Mario. 2023. “Derecho a la salud y atención primaria de la salud (APS): de cómo la meta ‘salud para todos’ creó las condiciones para plantear el derecho a la salud”. Clase 1, Facultad de Trabajo Social, Universidad Nacional de La Plata. Consultado el 4 de agosto, 2025. <https://acortar.link/mXwUtN>
- Rueda Pozo, Silvia. 2005. “Deliberación representativa: Las encuestas deliberativas”. *Revista de Estudios Políticos (nueva época)* (128): 221-253.

- Santos, Boaventura de Sousa. 2004. *Crítica de la razón indolente: contra el desperdicio de la experiencia*. Desclée de Brouwer.
- Segato, Rita. 2016. *La guerra contra las mujeres*. Traficantes de Sueños.
- Spivak, Gayatri. C. 1996. *The Spivak Reader: Selected Works of Gayatri Chakravorty Spivak*. Editado por Donna Landry y Gerald MacLean. Routledge.
- Taddei, Renzo y Cecilia Hidalgo. 2016. "Antropología posnormal". *Cuadernos de Antropología Social* (43): 21-32.
- Tully, James. 1995. *Strange Multiplicity: Constitutionalism in an Age of Diversity*. Cambridge University Press.
- Ulloa, Astrid. 2016. "Justicia climática y mujeres indígenas en América Latina". *Latin American Studies Association Forum* 47 (4): 12-16.
- Vidiella, Gabriela. 2020. "Prólogo." En *Rostros del igualitarismo: Discusiones y desafíos filosóficos*, coordinado por Daniel Busdygan. Teseo Press.
- Viveros Vigoya, Mara. 2016. "La interseccionalidad: Una aproximación situada a la dominación." *Debate Feminista* 52: 1-17. <https://doi.org/10.1016/j.df.2016.09.005>
- Walsh, Catherine. 2006. *Interculturalidad y (de)colonialidad: Diferencia y nación de otro modo*. Livro da Academia da Latinidade. Lisboa: Textos & Formas Ltda.
- Walsh, Catherine. 2008. "Interculturalidad, plurinacionalidad y decolonialidad: Las insurgencias político-epistémicas de refundar el Estado." *Tabula Rasa*, no. 9: 131-152.
- Walsh, Catherine. "Interculturalidad crítica y educación intercultural". Ampliación de la ponencia presentada en el Seminario Interculturalidad y Educación Intercultural", organizado por el Instituto Internacional de Integración del Convenio Andrés Bello, La Paz.
- Young, Iris Marion. 2000. *Inclusion and Democracy*. Oxford University Press.



La necesidad y los beneficios de la legalización de la ayuda médica para morir en México

The necessity and benefits of legalizing medical assistance in dying in Mexico

Jorge Enrique Linares Salgado*

Recibido: 08 de abril 2025

Aceptado: 24 de junio 2025

Publicado: 12 noviembre 2025

Resumen

Con base en una fundamentación histórico-contextual y ético-filosófica, en este artículo se analizan las características e implicaciones bioéticas del concepto de ayuda médica para morir que incluye la eutanasia y el mal denominado suicidio médicamente asistido. La ayuda médica para morir ha sido ya legalizada en varios países con sistemas jurídicos diferentes (e incluso en naciones de tradición católica preponderante); por ello, posee el potencial para ser legalizada globalmente, dada su solidez jurídica y ética, como un procedimiento médico al que tiene derecho cualquier persona voluntariamente, si cumple unos requisitos establecidos por las leyes. En particular, en el artículo se explica por qué el acto de solicitar ayuda para morir voluntariamente a causa de una enfermedad terminal o condición corporal irreversible e intolerable no debe ser considerado equivalente al suicidio. La única diferencia entre las dos modalidades de la ayuda médica para morir que se han definido consiste en quién suministra o aplica los medicamentos letales: el personal médico o la propia persona paciente. En la segunda parte del artículo se argumenta sobre la necesidad y los beneficios sociales de la legalización de la ayuda médica para morir en México y en cualquier otro país, dado que esta práctica médica es compatible con los servicios de los sistemas públicos de salud y con la ética de las prácticas médicas, cuya finalidad consiste en aliviar el dolor y el sufrimiento de las personas para evitar la obstinación terapéutica y la prolongación de sufrimientos intolerables, en los casos en que no puede haber curación ni un estado aceptable para la persona tratada. Así, la ayuda médica para morir emerge como un derecho ciudadano global, como un derecho básico a tomar una libre decisión de morir en las mejores condiciones posibles y, para ello, recibir la ayuda médica necesaria, dentro del sistema público de salud.

Palabras clave:

Eutanasia, autonomía, legalización, México, asistencia médica para morir

* Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Filosofía y Letras, Ciudad de México, México. <https://orcid.org/0000-0003-1877-5675>. Correo electrónico: jelinares@unam.mx

Abstract

Based on historical, contextual, and ethical-philosophical grounds, this paper analyzes the characteristics and bioethical implications of the concept of medical assistance in dying, which includes euthanasia and the misnamed physician-assisted suicide. The medical assistance in dying has already been legalized in several countries with different legal systems (including nations with a predominantly Catholic tradition). Therefore, medical assistance in dying has the potential to be legalized globally, given its legal and ethical soundness, as a medical procedure to which any person is voluntarily entitled, if they comply with certain requirements established by law. In particular, the paper explains why the act of requesting assistance to die voluntarily because of a terminal illness or irreversible and intolerable physical condition should not be considered equivalent to suicide. The only difference between the two forms of medical assistance in dying that have been defined in different countries is who provides or administers the lethal medication: medical personnel or the patient themselves. The second part of the paper argues for the necessity and social benefits of legalizing medical assistance in dying in Mexico and in any other country, given that this medical practice is compatible with public health services and with the ethics of medical practice, whose purpose is to alleviate pain and suffering in order to avoid therapeutic obstinacy and the prolongation of intolerable agony in cases in which there is no cure or acceptable state for the person being treated. Thus, medical assistance in dying emerges as a global citizen's right, as a basic right to make a free decision to die in the best possible conditions and, to this end, to receive the necessary medical assistance, within the public health system.

Keywords:

Euthanasia, autonomy, legalization, Mexico, medical assistance in dying

Introducción

Actualmente, en el mundo occidental avanza una tendencia hacia la legalización de la *ayuda médica para morir*, que comprende la eutanasia y también el mal llamado *suicidio médicamente asistido*. Es notable que esta tendencia incluya a naciones de tradición católica como ha sido España (2021) o Colombia (2021, despenalizada desde 1997), así como Canadá (2016). Como se sabe, la legalización de la eutanasia comenzó hace más de dos dé-

cadass en los Países Bajos, y pronto se extendió a Bélgica y Luxemburgo, lo que eliminó una de las prohibiciones jurídicas que más se oponen a la libertad de autodeterminación individual, a saber: cuándo y cómo morir, ya que dicha punición atenta contra los valores morales que supuestamente son esenciales en las democracias liberales (Charlesworth 1996). No obstante, hasta esta fecha, sólo en unos diez países se ha legalizado la eutanasia y la ayuda para morir con asistencia médica o no.¹

1 Según la Asociación por el Derecho a Morir con Dignidad (pmd), 2025, los países que cuentan con regulaciones legales de la ayuda para morir son: Países Bajos (2002), Bélgica (2002), Luxemburgo (2009), Colombia (2016), Canadá (2016), Suiza (2016, el suicidio asistido está permitido, pero la eutanasia no es legal), Australia (2019), Nueva Zelanda (2021), España (2021), Austria (2022), Estados Unidos (sólo es legal el suicidio asistido, no la eutanasia, en California, Oregón, Colorado, Distrito de Columbia, Hawái, Maine, Montana, Nueva Jersey, Nuevo México, Vermont y Washington). Están en proceso en sus respectivos parlamentos legalizaciones en Ecuador, Portugal, Cuba y Reino Unido (Gales e Inglaterra). Recientemente, se ha legalizado la AMM en Uruguay.

No es un accidente que la discusión moral sobre la eutanasia se haya extendido paulatinamente por todo el mundo y abarque a sociedades tan diferentes en cultura y tradiciones morales o religiosas, ya que toda persona está consciente de su mortalidad y quisiera —para ella misma y para sus allegadas— obtener las mejores condiciones para encarar los últimos momentos de su vida, cualquiera que sea su concepción acerca de la muerte (Schumacher 2018), o incluso sus ideas sobre *otras* vidas después de la defunción biológica.

Es un hecho que la medicalización de la muerte (Illich 1976) sustituyó el hogar por el hospital como el lugar en donde la gente muere comúnmente, y con ello se perdió la libertad esencial de decidir las circunstancias y condiciones del morir, como parte de un acontecimiento familiar y social. En la medida en la que en los sistemas públicos de salud se dispone de tecnologías médicas que posibilitan la extensión *artificial* de la vida —a veces durante años—, esta creciente factibilidad técnica ha generado en la sociedad actual inquietudes y temores sobre la calidad de vida deseable o aceptable para cualquiera, así como preguntas esenciales sobre las decisiones propias en la parte más crucial de la vida: su final. Por eso, la cuestión jurídico-política y el debate social-moral sobre la eutanasia han suscitado profundas reflexiones sobre las decisiones autónomas y los derechos individuales (Singer 1995), que son inherentes a nuestra existencia finita y, por ello, se ha convertido en una cuestión bioética global de primer orden.

La eutanasia utópica

Thomas More publicó su *Utopía* en 1516, un extraordinario relato sobre

una sociedad perfecta, de ahí el nombre de “u-topía” (*en ningún lugar*, en griego), que le servía como modelo para efectuar una contundente y aguda crítica a la sociedad británica (y europea, en general) de su época. En esa sociedad perfecta, meramente posible, More aborda —entre muchos otros— el tema de la atención a las personas enfermas y la manera de enfrentar los padecimientos incurables, el sufrimiento derivado y la muerte. More es uno de los primeros que usa, sin nombrarlo aún, el concepto de “eutanasia” para referirse a una muerte indolora en las mejores condiciones posibles, ya que estaría garantizada en dicha sociedad utópica, que se proyectaba sobre los ideales renacentistas de la libertad individual y la justicia social. Veamos:

A los enfermos, como he dicho, los cuidan con gran afecto y no escatiman absolutamente nada en cuidados físicos, medicamentos o en una buena dieta, para que puedan restituirles la salud. A los que padecen enfermedades incurables los consolaban sentándose a su lado, hablándoles y, en definitiva, con todo tipo de ayuda posible. Mas si la enfermedad no sólo es incurable, sino también angustia y atormenta con continuo dolor, entonces los sacerdotes y los magistrados exhortan al individuo a que, al estar prolongando su propia muerte y al estar incapacitado para todas las funciones de la vida, se decida a no ser molesto para los otros y oneroso a sí mismo, no se empeñe en alimentar por más tiempo su enfermedad y su pena, ni dude en morir, ya que la vida le es un tormento; antes bien, movido por una esperanza auténtica, se exima a sí mismo de una vida acerba como de una cárcel y castigo, o consienta voluntariamente que lo liberen los demás; que hará esto sabiamente, porque no es el bienestar sino el suplicio lo que interrumpirá con la muerte; que obrará, asimismo, piadosa y santamente, puesto que seguirá a

este propósito los consejos de los sacerdotes, esto es, de los intérpretes de Dios. A quienes persuaden de esto, o acaban ellos espontáneamente con su vida por la inedia, o se les pone fin sin que sientan la muerte, mientras duermen. No suprimen a nadie que no lo quiera ni disminuyen en nada su atención hacia él. El que los persuadidos acaben de ese modo lo tienen por cosa honorífica, pero quien se toma la muerte por su propia mano, antes de que los sacerdotes y el senado lo hayan aprobado, no se le honra ni con la tierra ni con el fuego, sino que es arrojado, ignominiosamente insepulto, a cualquier pantano (More 2011, pos. 2655).²

Algunos autores (ten Have 2016, 1191) también han identificado a Francis Bacon como defensor de la eutanasia. Sin embargo, el lord canciller y juez Bacon estaba más bien esperanzado en que el avance de la ciencia podría prolongar técnicamente la vida y curar muchas enfermedades, si se utilizaba eficazmente el método empírico de investigación. Así, Bacon postula en su sociedad futurista (*Nueva Atlántida*) la necesaria intervención de la ciencia médica en la atención a la salud, con el fin de evitar la enfermedad y la defunción prematura. Por ello, Bacon instituye teóricamente el paradigma moderno de la medicalización de la enfermedad y de la muerte (basada en un optimista determinismo técnico), que ha negado —por lo común— el derecho a la eutanasia al prometer avances de la medicina que terminarán con el sufrimiento y el dolor, si no es que con las enfermedades mismas (algún día, pero que nunca llega en realidad).

En los textos de Bacon existe, pues, una tensión entre sus proyecciones optimistas de las intervenciones tecno-médicas y la necesidad de recurrir

a la eutanasia cuando no es posible curar. Dice Bacon en su *Nueva Atlántida* (1626): “Tenemos ciertas cámaras a las que llamamos cámaras de salud, donde modificamos el aire según creemos bueno y conveniente para la cura de diversas dolencias y para la conservación de la salud” (Moro, Campanella y Bacon 2015, 228). En el libro *The Advancement of Learning* o *El avance del conocimiento* (escrito antes de la *Nueva Atlántida*, en 1605), Francis Bacon ya se quejaba de la incapacidad de la medicina de su época para encontrar curas a las enfermedades, por lo que la *eutanasia* (nombrada así explícitamente por primera vez en los textos filosóficos modernos) sería el resultado de la piedad y la compasión médica ante la imposibilidad de curar cualquier dolencia:

(6) En la investigación de las enfermedades, abandonan la cura de muchas, algunas por su naturaleza incurable y otras porque han pasado el período de curación [...] Por lo tanto, no dudaré en señalar como deficiencia que no investiguen cuáles son las curas perfeccionadas para muchas enfermedades o los casos extremos, sino que, al declararlas incurables, promulguen una ley de negligencia y eximan a la ignorancia de todo descrédito.

(7) Es más, considero que la función de un médico no es sólo restaurar la salud, sino también mitigar el dolor y los sufrimientos, y no sólo cuando tal mitigación puede conducir a la recuperación, sino también cuando puede servir para hacer más fácil y agradable el trance a la muerte. Porque no es poca felicidad la que Augusto César solía desear para sí mismo, esa misma *eutanasia*, y que se destacó especialmente en la muerte de Antonino Pío, cuya muerte fue a la manera y con la apariencia de una oveja amable y agradable. [...] Pero los médi-

² He modificado los textos citados para mejorar la traducción de las ediciones disponibles en español, con base en los originales en inglés y con la ayuda del programa de IA DeepL©.

cos, por el contrario, hacen una especie de escrúpulo y religión de permanecer junto al paciente después de que la enfermedad ha sido declarada incurable; mientras que, en mi opinión, deberían tanto investigar la técnica como prestar los cuidados necesarios para facilitar y aliviar los dolores y agonías de la muerte. (8) En cuanto al tratamiento de las enfermedades, encuentro una deficiencia en las recetas adecuadas para cada caso concreto, ya que los médicos han frustrado el fruto de la tradición y la experiencia con su arrogancia, añadiendo, quitando y cambiando a su antojo los ingredientes de sus recetas, dominando la medicina de tal manera que esta no puede dominar la enfermedad [...] (Bacon 2004, X, 6-8).

Como se puede apreciar en el contraste entre los célebres pasajes citados de ambos autores, More definía ya hace cinco siglos las características fundamentales de la eutanasia como *buen morir* en una sociedad civilizada (*utópica*), con el respaldo de una resolución médica y legal, como parte de un sistema social de atención a la salud: a) debe ser una acción reflexiva, voluntaria y autónoma para elegir la muerte, ya sea directamente o por medio de la ayuda de otros individuos; b) debe evitar o detener el sufrimiento físico y mental de la persona que solicita la ayuda para morir; c) siempre involucra a otras personas mediante una solicitud legalizada (que debe ser aprobada institucionalmente), para producir la muerte, ya sea directa (que otros(as) suministren las sustancias letales) o indirectamente (que le proporcionen a la persona las sustancias letales para autoadministrarlas). Estos rasgos que More planteó son los que definen el concepto contemporáneo de *ayuda médica para morir* (AMM en adelante).

La referencia a estos dos autores de los inicios de la modernidad no surge de una mera ilustración erudita, sino que cons-

tituye la base moderna de los argumentos más sólidos para fundamentar en la actualidad la legalidad y la viabilidad de la AMM, porque ambos reconocían los límites de las tecnologías médicas, tanto en sus éxitos como en sus fracasos, ante la enfermedad y el sufrimiento humano.

Actualmente, es posible aproximarnos a las condiciones que imaginaron tanto More como Bacon en sus *utopías* para establecer procedimientos médicos y legales de la AMM en todo el mundo. Lo relevante es que ambos autores consideraban a la eutanasia como un procedimiento adecuado para ser incorporado en un sistema público de salud, que reconoce los límites infranqueables de la medicina. Pero, como veremos, dichos procedimientos no han estado exentos de objeciones, dificultades y de intensas controversias sociales, jurídicas y políticas.

La eutanasia pasiva no es propiamente eutanásica

Suele confundirse en la noción de AMM algunas acciones que se consideran formas de *eutanasia pasiva*. Entre esas acciones se encuentran las siguientes (ten Have 2016):

- Rechazar un tratamiento que puede considerarse necesario o de soporte vital, por ejemplo, conectar a un respirador, iniciar diálisis renal, etcétera.
- Retirar un tratamiento cuando la o el paciente está en sedación o coma profundo: desconectar un respirador, detener la alimentación.
- Sedación profunda sin suministro de alimentos ni agua, con o sin el consentimiento de la o el paciente, por indicación médica ante la inminencia del fallecimiento.
- Administración activa de un fármaco letal, con o sin el consentimiento de la o el paciente.

Evidentemente, la cuarta acción puede ser punible como homicidio doloso o *piadoso* (si lo pide la o el paciente) y está prohibida en muchos países. En el concepto actual de AMM, las primeras tres acciones no son propiamente eutanasias, y sólo la cuarta lo es, pero a condición de que sea siempre por decisión autónoma de la o el paciente, ratificada en el presente o expresada por escrito anticipadamente.

Por ello, debemos dejar de lado, en el concepto estricto de AMM, aquellas *omisiones* de intervenciones médicas que se interponen para detener el proceso natural de fallecer. Toda omisión, retiro de intervenciones tecno-médicas o renuncias de los pacientes al tratamiento, que se han considerado confusamente como eutanasia pasiva, no son propiamente actos de eutanasia; esta mala definición ha generado muchas tergiversaciones y debates estériles. Por tanto, lo que se ha denominado equívocamente eutanasia pasiva no es más que la renuncia voluntaria (derecho inalienable de cualquier paciente) a continuar con cualquier tipo de tratamiento médico, decisión que —en dicho caso— derivará en la defunción natural; es decir, el deceso se produce como consecuencia de interrumpir o no iniciar el tratamiento, y no como una decisión de matar o dejar morir.

Por consiguiente, la distinción entre eutanasia activa y eutanasia pasiva es falaz. Pues no se reduce a la distinción entre *provocar la muerte* y *dejar morir*, cuando la muerte es inminente o se dará como resultado natural del estado orgánico de la persona (Rachels 1986). La llamada eutanasia pasiva deriva del rechazo voluntario e informado de un

tratamiento que se considera incapaz de mejorar la condición de la o el paciente para evitar la “obstinación terapéutica”. Cuando la interrupción de un tratamiento o la decisión médica de no iniciarlo no implica contravenir los procedimientos mínimos de atención, este rechazo es facultad y derecho inalienable de la o el paciente. Esta decisión le compete a la misma persona, a la familia o representante legal, pero muchas veces recae en los médicos cuando los protocolos indican que un tratamiento será superfluo e innecesario, o implicará mayores inconvenientes y complicaciones que beneficios.

Así pues, mi argumento central es que los procedimientos legales de ayuda médica para morir no pueden ni deben ser considerados como *suicidios* o equivalentes al suicidio; son, más bien, decisiones médicas que le competen a la propia persona solicitante, porque nadie puede ser obligado(a) a intentar sobrevivir sometiéndose a un tratamiento médico, aunque se suponga que éste pueda ser exitoso.

No podríamos justificar la imposición obligatoria de un tratamiento, porque aún en casos de trastornos mentales que implicarán peligros para las demás personas, no se debería obligar a nadie a tomar un tratamiento contra su voluntad, sino solamente para preservar la seguridad de las demás personas, como sería el caso de una enfermedad contagiosa de alta letalidad.³ Así, ninguna persona que renuncia a un tratamiento médico (o lo rechaza de entrada) pone en peligro o arriesga la seguridad de las demás, por lo que no puede —en rigor— ser coaccionada para aceptar

3 De cualquier manera, se ha discutido, por ejemplo, en el contexto de una pandemia de una enfermedad contagiosa de alta letalidad, si puede obligarse a las personas a vacunarse, si existen evidencias de que la vacuna es efectiva. Durante la pandemia del covid-19 se debatió intensamente hasta dónde llegaba la autoridad de los Estados democráticos para obligar a sus ciudadanos a vacunarse.

dicho tratamiento con tal de mantener su vida, y en contra de su decisión autónoma.

Otra cuestión que ha causado severas confusiones a lo largo de décadas de deficientes análisis bioéticos, es la aparente oposición entre la AMM y los cuidados paliativos. Se sostiene, erróneamente, que se elige uno u otro. En el pasado, cuando comenzaron a utilizarse analgésicos químicos, hacia 1870 (ten Have 2016) y, sobre todo, cuando se comenzó a emplear la morfina y después otros opioides en el siglo xx, se creyó que era posible eliminar o controlar cualquier dolor agudo. Pero ello no siempre es así, porque el concepto de *sufrimiento* es mucho más complejo que el mero dolor físico-corporal, ya que el sufrimiento intenso es mental y subjetivo: solo la propia persona que lo padece puede describirlo y ponderarlo (Álvarez 2005). Así que, admitiendo la utilidad de analgésicos cada vez más potentes y efectivos, debe reconocerse que, aun en el caso de que alguien pudiera recibir estos tratamientos paliativos durante un tiempo razonable, eso no es objeción suficiente para invalidar la convicción o decisión de una persona que solicita la AMM. Por el contrario, la AMM contiene e incluye los cuidados paliativos y la sedación elegida voluntariamente.

Por otro lado, tampoco se debe reducir la AMM a la enfermedad terminal (con pronóstico de menos de seis meses de supervivencia). En los debates sobre la eutanasia en los Países Bajos, Bélgica y Canadá, por ejemplo, se ha argumentado que quienes experimentan algún tipo de sufrimiento crónico que no pone en peligro su vida (puede ser meramente mental), pueden solicitar la AMM. La medicalización del sufrimiento físico o mental (más bien *biológico*, pues involucra la integridad de mente y cuerpo) ha

impedido por años reconocer llanamente el derecho humano a no sufrir e incluso a solicitar la ayuda médica para terminar con la vida, si una persona considera que es el mejor medio disponible.

De la eutanasia a la ayuda médica para morir

La eutanasia consiste, pues, en un acto intencional, voluntario y autónomo para provocar o producir directa o indirectamente la muerte de la persona solicitante. Se le llama ahora ayuda médica para morir (AMM), pues posee dos modalidades precisas: a) producida por la acción de profesionales de la medicina a solicitud voluntaria del paciente, o b) por la acción directa de la persona, misma que solicita dicha ayuda, a la cual se le suministran los medicamentos adecuados.

Por tanto, debemos negarnos a seguir empleando la palabra *suicidio* para la segunda modalidad (y por ello se ha eliminado de la legislación canadiense y de la española), porque normalmente este acto tiene la connotación de que alguien se quita la vida en una situación en la que puede seguir activa sin padecer una enfermedad incurable o sufrir una condición corporal intolerable. El no equiparar la AMM al suicidio tiene implicaciones jurídicas muy relevantes. Las personas (profesionales) que ayudan a morir legalmente a otra no participarían en un suicidio, que es justamente lo que está penado en muchos países.

Ahora bien, desde un punto de vista meramente formal es suicidio cualquier acción que implique la muerte intencional autoprovocada. Pero desde el punto de vista moral y jurídico habría una sutil diferencia: el suicidio se comete normalmente con plena o buena condición

de salud y, muchas veces, en una situación forzada o heterónoma, que bien hace sospechar que la persona no lo elige por sí misma. La motivación no es el estado de salud. En cambio, cuando una persona solicita la ayuda para morir por su condición de salud o sufrimiento corporal y mental, reconoce que esa condición es insuperable e irreversible y, por ende, desea que el proceso *inevitable* de muerte se acelere o se produzca en lo inmediato sin esperar a que suceda *naturalmente*.

Por eso, el suicidio de personas saludables y, sobre todo, jóvenes y activas, suscita reacciones adversas en la sociedad y, frecuentemente, el imperativo de evitarlo y prevenirlo (como recomienda la OMS). Al contrario, cuando alguien quiere acabar con su vida por razones de una enfermedad terminal o por su condición corporal discapacitante e intolerable no es equivalente a un suicidio, sino a una decisión de no continuar más con tratamientos inefectivos para mantener de manera artificial la vida en términos meramente cardiorrespiratorios y metabólicos, pero no en términos morales, que preservan la dignidad y autonomía de la persona misma (Dworkin 1993).

Así pues, la solicitud de AMM debe ser considerada un procedimiento legal, voluntario y autónomo, intencional y activo, directo o indirecto para producir o provocar la muerte de la persona solicitante, por razones médicas de su enfermedad o de su condición corporal intolerable.

Se han venido aprobando las dos modalidades de la AMM. Empero, en la mayoría de los estados de Australia y en algunos de los Estados Unidos⁴ se cuenta con leyes de ayuda para morir, aunque no de eutanasia propiamente dicha en el segundo. En Suiza la ayuda para morir fue despenalizada desde 1942, incluso si quien asiste no es personal médico, con la condición de que no exista un *interés egoísta* (como el económico) en la persona que ayuda a morir a otra. También se han aprobado legislaciones nacionales para la eutanasia y para la ayuda a morir en Nueva Zelanda (2020); el Tribunal Constitucional de Alemania resolvió en 2020 (Deutsche Welle 2025) que la ley que prohíbe el suicidio asistido es inconstitucional y, por ende, no se puede criminalizar, aunque los médicos no pueden administrar directamente las sustancias letales. En el Reino Unido, recientemente la Cámara de los Comunes aprobó una iniciativa para legalizar la eutanasia en Inglaterra y en Gales (2024) (CNN en Español 2025), pero tendrá que ser todavía revisada y, en su caso, aprobada por la Cámara de los Lores.

En Iberoamérica, solamente Colombia, desde el 2016, ha autorizado procedimientos eutanásicos para personas en estado terminal, derivados de una resolución de su Corte Constitucional (Corte Constitucional de la República de Colombia 2023), la cual había fallado a favor del derecho de recibir ayuda para morir desde 1997. En 2021, la Corte colombiana resolvió a favor de autorizar

4 En los Estados Unidos se ha legalizado hasta ahora solamente el "suicidio asistido" cuando se da en etapa terminal (seis meses o menos de esperanza de vida) en los Estados de Oregón (1994), Washington (2008), Montana (2009, por decisión judicial), Vermont (2013), California (2015), Colorado (2016), Washington D.C. (2016), Hawái (2018), Nueva Jersey (2019), Maine (2019) y Nuevo México (2021) (Asociación por el Derecho a Morir con Dignidad, DMD 2025). Parece inviable, ante el predominio de las políticas republicanas conservadoras, una legislación federal que autorice los procedimientos eutanásicos en toda la Unión Americana. Similar dificultad se presenta en los países que tienen constituciones federales con estados o provincias autónomas, en términos jurídico-políticos, como México, Brasil o Australia, pero en éste último ya se ha aprobado en la mayoría de sus estados, comenzó la legalización en el estado de Victoria en 2017.

la eutanasia a una persona que no se encontraba en estado terminal: fue el caso de Víctor Escobar, y posteriormente el de Martha Sepúlveda, primeros dos ciudadanos iberoamericanos que murieron voluntariamente con ayuda médica en esa condición (BBC News Mundo 2022, 2022a). Así, la Corte colombiana extendió el derecho de solicitar eutanasia a personas que padecen una enfermedad irreversible que les provoque intenso sufrimiento físico o psíquico. Asimismo, se ha emitido recientemente en Ecuador (2024) un reglamento para autorizar la eutanasia, después de una resolución de su Corte Constitucional.⁵

La necesidad y la oportunidad de legalizar la ayuda médica para morir en México

La legalización (regulación estricta y precisa) de la ayuda médica para morir es plenamente factible en México, en sus dos modalidades. Dicha legalización en nuestro país no obedecería a una *moda* en el mundo occidental —ya que, en efecto, son pocas las naciones que lo han logrado—, sino a una necesidad y a unos beneficios sociales desde el punto de vista bioético, de derechos humanos y de justicia distributiva. No se trata de esgrimir solamente argumentos utilitaristas en beneficio de la AMM, sino también de aportar argumentos deontológicos que protegen y amplían los derechos individuales en una sociedad que —de verdad— pretenda ser democrática, secular y tolerante.

Cabe señalar que, en México (como en otros países de Iberoamérica), dado

que la ayuda para morir constituye un acto punible en los códigos penales, este proceso de legalización de la AMM deberá realizarse estado por estado de la República, como ha sucedido con la legalización del aborto en 2007 o del matrimonio entre personas del mismo sexo en 2009, que comenzaron en la legislación de la Ciudad de México y se extendieron al resto de las entidades federativas.⁶ Como en esos casos, la legalización de la AMM podría comenzar también en la capital de nuestro país, debido a la experiencia ganada en la ampliación de derechos y al talante plural que, sin duda, ha caracterizado a la Ciudad de México en las últimas décadas. Pero este proceso de legalización de la AMM no debería tener mayores obstáculos legales y sociales en el resto de nuestro país, así como en otras naciones iberoamericanas, incluso en aquellas naciones de tradición católica o cristiana en todo el mundo occidental, por las razones que intentaré argüir a continuación.

Argumentos y condiciones para la legalización de la ayuda médica para morir en México

México es un país con una población abundante y todavía en crecimiento, aunque ha disminuido su ritmo acelerado. Actualmente, posee más de 126 millones de habitantes; en cuya pirámide poblacional ha venido aumentando el porcentaje de mayores de 60 años, que representa hoy 12 %: 15 millones de personas en el censo de 2020, según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía de México (INEGI 2020). Esta

5 El Ministerio de Salud Pública del Ecuador emitió en abril de 2024 el reglamento para la aplicación de la eutanasia activa voluntaria y avoluntaria, en cumplimiento con la Sentencia 67-23-IN/24 de la Corte Constitucional (Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2024).

6 Cabe recordar que la Ciudad de México adquirió en 1997 el estatus de una entidad federativa, equivalente a los demás Estados de la República Mexicana (con su asamblea y jefe/a de gobierno electo); su Constitución fue promulgada apenas en 2017, e incluye en el art. 6.º el derecho a una *muerte digna*. Pero dicha Constitución no definió en qué consiste tal derecho de dignidad del morir, por lo que hace falta una ley que lo regule de manera explícita y pormenorizada.

tendencia continuará y se acelerará en los próximos años. El incremento de personas de edad avanzada no significa que todas podrán superar el umbral de los ochenta años y —mucho menos— que lograrán esa longevidad con una buena calidad de vida.

La realidad estadística nos muestra que muchas personas sufrirán padecimientos incurables, irreversibles y muy dolorosos, como el cáncer, o padecerán enfermedades neurodegenerativas o seriamente discapacitantes durante sus últimos años.⁷ Pero esta tendencia no se restringe a las personas adultas mayores, sino también afecta —preocupantemente— a población cada vez más joven, debido a la alta toxicidad a la que estamos expuestos en las ciudades o en el campo (por agua, tierra y aire contaminados, consumo de tabaco, alcohol en exceso y alimentos químicamente procesados).

Intentaré aclarar este argumento sobre la tendencia poblacional y su relación con el estado de deterioro ambiental y sanitario, en México al menos. La tendencia poblacional de envejecimiento progresivo, combinado con malas condiciones ambientales y sanitarias, permiten prever (pero nadie puede predeterminarlo con exactitud) que la población en México se enfrentará en el futuro próximo a enfermedades crónico-degenerativas y condiciones corporales de mala calidad, que no pueden ser revertidas ni corregidas masivamente por los sistemas de salud. Sin la legalización de la AMM, más personas que ahora, padecerán en nuestro país agonías

prolongadas y sufrimientos crónicos sin mejoría ni buena calidad de vida.

La tecnología médica no puede evitarlo ni México posee, por desgracia, un sistema médico nacional con las capacidades suficientes (técnicas y humanas) para asegurar recursos de atención eficientes y dignos en los próximos años. Ni siquiera Dinamarca⁸ mantiene un sistema de salud que pueda revertir esta tendencia general en el mundo, que muestra que, a mayor edad promedio de la población de un país, combinado con el deterioro ambiental, se incrementan los padecimientos crónicos que causan enorme sufrimiento físico y mental, así como cargas injustas a las personas que deben cuidar durante un tiempo prolongado a sus familiares que los padecen, esto afecta la salud física y emocional de las personas cuidadoras (normalmente suelen ser mujeres, lo que muestra una inequidad de género en el cuidado). El problema central en el que surge la necesidad de legalizar la AMM es la imposibilidad, en muchos casos, de asegurar que las personas mueran adecuada y dignamente, para evitar sufrimientos intolerables durante un tiempo prolongado.

Así que, ante la creciente posibilidad estadística de que cualquier persona tenga que enfrentar enfermedades incurables muy dolorosas y discapacitantes, cada una podría contar con la opción legal de decidir cuándo morir con las mejores condiciones posibles, cuando ella misma lo decida de manera libre y voluntaria. Y ese derecho debe incluir la solidaridad social de asegurar esas bue-

7 De acuerdo con el INEGI, en 2022 murieron en México más de 847 mil personas. De estas, 68 % eran mayores de 65 años y 16 % de 55 años, sumando 84 % de los decesos. En México, las tres causas de fallecimiento más frecuentes siguen siendo enfermedades cardíacas, complicaciones de la diabetes y tumores malignos. Para los mayores de 65 se agrega como cuarta causa de muerte las enfermedades cerebrovasculares, y para los mayores de 55 las enfermedades del hígado (INEGI 2023).

8 Hago referencia a uno de los mejores sistemas de salud del mundo, porque el gobierno mexicano prometió que nuestro sistema de salud sería en pocos años mejor que el de Dinamarca.

nas condiciones eutanásicas mediante una ayuda médica profesional eficiente y oportuna. Nadie tiene que esperar a caer en un estado de enfermedad terminal o perder por completo la conciencia para morir, en cuyo caso, sin adecuadas directrices legales de voluntad anticipada (que sean vinculantes para los médicos y las familias) son inoperantes; el dilema es peor para los familiares y allegados que queden a su cuidado, a veces durante años. Por estudios generales (como el de Herrera Merchán et al. 2020), se sabe que las personas cuidadoras de estos pacientes tenderán a vivir con mucho estrés o depresión, y a sufrir mermas considerables en su salud, inclusive mueren antes que sus familiares incapacitados.

Hay que señalar que los cuidados paliativos, cuando están realmente disponibles y cuentan con los analgésicos suficientes en los sistemas hospitalarios, poseen limitaciones y no pueden garantizar que todas las personas que padecen enfermedades terminales o irreversibles pueden librarse del dolor intenso y del sufrimiento mental. En cualquier caso, es la persona paciente quien debe determinar hasta cuándo utilizar los cuidados paliativos. Por ello, no existe una disyuntiva entre cuidados paliativos y AMM, pues ésta implica a los primeros, no se opone a ellos. Nadie desea morir sufriendo dolores intensos, la eutanasia requiere siempre la utilización de sedación o anestesia general. Por ello, los cuidados paliativos no constituyen argumento para evadir o retrasar la ayuda médica para morir. Ese argumento es falaz y no debería usarse para impedir su legalización.

La AMM constituye, de acuerdo con las resoluciones equivalentes de diversas cortes constitucionales o supremas del mundo (como la colombiana, Cor-

te Constitucional de la República de Colombia 2023), que van generando progresivamente consenso jurídico, un nuevo derecho individual en las sociedades democráticas contemporáneas, que es aplicable a todas las naciones, independientemente de la cultura y de las religiones mayoritarias que se profesen en los países. Por eso, la AMM puede considerarse un derecho global ciudadano que debería ser establecido en las leyes nacionales. Porque únicamente un Estado totalitario o autoritario (o quizá teocrático, como el Vaticano) puede seguir prohibiendo la voluntad racional y autónoma de las personas para morir voluntariamente, cuando se está ante la imposibilidad de revertir una condición corporal irreversible e intolerable para ellas mismas.

El derecho a la vida y el derecho a morir voluntariamente

Mucho se ha discutido si el rechazo a legalizar la AMM implica, por parte de un Estado, una imposición autoritaria del sufrimiento a quien ya no desea vivir, una paradójica *obligación de vivir* a toda costa, una especie de castigo o de martirio secular infligido por las instituciones (jurídicas y sanitarias) a los ciudadanos en una sociedad democrático-liberal. Sólo una dictadura, que se erige, tarde o temprano, en dictadura de la *moral única y represiva*, puede cercenar el derecho más íntimo de una persona a decidir cómo y cuándo morir, y a impedir que reciba la ayuda de la sociedad a la que ha contribuido, si su enfermedad o su condición de supervivencia le imposibilita conservar el sentido de su más preciada dignidad, autonomía o amor propio.

En la mayor parte del mundo se reconoce el *derecho a la vida* que protege la ley como un bien fundamental; pero existe también el *derecho a renunciar al derecho a la vida*; es decir, el derecho a morir por decisión propia con ayuda médica (Hottois y Missa 2001, 605). Esto resuelve el equívoco de un inexistente *derecho a la muerte*, pues la muerte cancela, en efecto, cualquier bien y derecho individual; es contradictoria a todo derecho, obviamente.

En casi todo el mundo occidental el suicidio (más bien, la tentativa) está ya despenalizado. Tal despenalización surgió cuando se consideró al suicidio un problema de salud pública, y no un problema criminal. La despenalización de la tentativa de suicidio ha eliminado paulatinamente el estigma social, y evita cargar una culpa legal a quien ya sufre una crisis emocional o existencial (WHO 2014). Asimismo, la despenalización del suicidio ha permitido recopilar información estadística más precisa para indagar en las causas y *determinantes sociales* de los intentos suicidas. La Organización Mundial de la Salud ha recomendado desde hace años que nadie sea criminalizado(a) por intentar suicidarse (WHO 2025).

Pero ¿qué pasa con la ayuda de otros para el suicidio? En muchos países, aún concebida como homicidio piadoso, se considera equivalente al acto de dar muerte a alguien con alevosía y premeditación. Sólo en Suiza se ha despenalizado la ayuda al suicidio (fuera de un contexto de salud), pero no debe existir coacción o un interés egoísta para obtener provecho por el suicidio de otra persona. Ciertamente, parece que el suicidio debería ser un acto autónomo, pero no lo es en muchos casos.

Tanto el famoso suicidio de Séneca o los suicidios por *deshonor* o *deshonra*, típicos de las sociedades orientales y tradicionales de todo el mundo, pueden ser, en realidad, coaccionados o presionados social o políticamente, a pesar de que las personas lo hayan ejecutado por sí mismas. Es decir, son suicidios heterónomos. Por ello, como hemos dicho, la AMM no es equivalente al suicidio; no debe haber duda de que la decisión de quien solicita la AMM haya sido influida o coaccionada por nadie.

Por consiguiente, la AMM implica que una sociedad plural reconoce un derecho esencial de las personas para decidir cuándo y cómo morir; es decir, el derecho a optar por una *muerte digna*,⁹ de acuerdo con sus propios valores. Esto no quiere decir, de ningún modo, que la eutanasia pueda *imponerse* a nadie que no quiera ni que el Estado la *promueva* con su legalización, simplemente significa —por el contrario— que la acepta (la tolera) y, por ende, garantiza ese derecho a quien lo solicite, mediante reglas claras y específicas en los sistemas públicos de salud.

En una sociedad secularizada y moralmente plural, el derecho a decidir cuándo y cómo morir se convierte en el modelo para fortalecer otros derechos individuales inalienables e indispensables para el buen funcionamiento de un sistema democrático. En una sociedad tolerante y plural, existen diversas concepciones morales sobre la vida, la enfermedad y la muerte. Mientras no coaccionen a otras o no impidan sus derechos, todas las personas deben tener la libertad de decidir voluntariamente cómo y cuándo morir en las mejores condiciones que puedan, cuando no es posible revertir su situación orgáni-

9 Como quedó consagrado en el artículo 6 de la Constitución de la Ciudad de México, promulgada en 2017.

ca, así como de decidir también cómo enfrentar la enfermedad y con qué tipo de tratamientos y remedios. Pueden elegir morir naturalmente o aguantar hasta el final con los soportes tecnomédicos a los que tengan acceso, si es que están disponibles en los sistemas de atención a la salud; pero también poseen el derecho inalienable de deliberar y decidir morir por voluntad sin esperar ese desenlace *natural* (que puede ser atroz y cruel, prolongado, discapacitante física y mentalmente), y para ello las personas que así lo decidan requerirán de ayuda médica y soporte legal, es decir, de la ayuda solidaria, profesional y compasiva del resto de la sociedad.

Así pues, la AMM se ha plasmado en las legislaciones recientes, como la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia (LORE) española (Gobierno de España 2021) o la canadiense (Gobierno de Canadá 2016), en un conjunto de servicios extraordinarios que pueden ofrecer las instituciones de atención a la salud, pues no son servicios onerosos ni implican el uso de tecnologías sofisticadas, sino sólo de la atención compasiva del personal médico y de unos medicamentos costeables y adecuadamente administrados.

Por otro lado, la prohibición de la eutanasia y de la ayuda para morir nunca ha sido del todo efectiva. Es un hecho que la eutanasia y el suicidio asistido se practican en México, como en muchos otros países, pero que esta práctica está sujeta a una terrible desigualdad social que afecta a las personas más precarizadas, quienes morirán, por falta de apoyos, en las peores condiciones. Por eso, el Estado mexicano debe garantizar estos derechos mediante sus servicios públicos de salud, para evitar que la desigualdad socioeconómica se traduzca en inequidad en el acceso a

la ayuda adecuada para morir, cuando una persona así lo desea. La ilegalidad de las prácticas eutanásicas es injusta y perjudica a las personas más pobres y sin acceso a los sistemas de salud de mayor calidad. En cambio, su legalización favorecería, al menos como hipótesis, la equidad y el acceso justo a un servicio gratuito y no oneroso.

A pesar de que, por la dificultad de obtener datos de prácticas médicas que están prohibidas, no existen estadísticas, la experiencia demuestra que las personas con más recursos económicos y mejores relaciones sociales (conocer médicos dispuestos a ayudar y facilidades para adquirir los medicamentos) pueden acceder a la ayuda médica para morir en condiciones adecuadas (pero no legales), mientras que eso no es factible para las personas más pobres y sin acceso a los mejores servicios de salud. Mientras no sea legal, la AMM seguirá siendo otro de los muchos factores que provocan inequidad e injusticia social en nuestro país (y en muchos otros países iberoamericanos). Por eso, la legalización de la AMM se sustenta también en razones de equidad y justicia distributiva: es necesario que la AMM sea gratuita y ofrecida con calidad en los sistemas públicos de salud, a quien lo solicite y cumpla los requisitos legales. No es justo que la gente tenga que pagar y arriesgarse legalmente para lograr morir con dignidad. De continuar la ilegalidad, las personas más pobres y vulnerables se ven sometidas al martirio del sufrimiento involuntario en los hospitales públicos o en sus hogares.

Huelga decir que un requisito fundamental de la laicidad de las leyes en cualquier país es que no impongan una concepción moral religiosa a la totalidad de la población, por muy mayoritaria que sea la religión que rechaza la AMM,

como puede ser el cristianismo, el judaísmo o el islam (ten Have 2016, 1190), y en parte, el budismo y el hinduismo. En una sociedad secularizada y plenamente democrática, se protegen los derechos de libertad de culto y se impide que la moral religiosa se imponga a todas las personas, porque el Estado no debe favorecer a ningún culto religioso por encima de otros o exigirlo a quienes no profesan ninguna religión. Por consiguiente, la AMM no sólo se funda en la esencial laicidad de las legislaciones y constituciones de los estados modernos, sino que promueve y protege la máxima secularización en beneficio tanto de mayorías como de minorías morales, en nuestras heterogéneas sociedades actuales.

La cuestión del sufrimiento subjetivo como criterio de la ayuda médica para morir

Ahora bien, ¿qué tipo y qué intensidad de sufrimiento es humanamente soportable?, ¿acaso se puede medir y comparar el sufrimiento para saber cuándo es objetivamente insoportable? No hace falta medir niveles de cortisol, de adrenalina o encontrar rasgos de sufrimiento mental en resonancias magnéticas cerebrales; existen condiciones y situaciones fenomenológicamente verificables que nos muestran que una persona sufre de un modo que —subjetivamente— no desea aguantar más, a saber: dependencia total para moverse, para comer, para respirar sin dificultades, defecar adecuadamente, para bañarse y acicalarse; el sufrimiento provocado por padecer incontinencia permanente, dolor intenso, agudo y prolongado, imposibilidad para valerse por sí misma, para tener intimidad y sexualidad, para experimentar placeres diversos, dificultad severa para dormir, desfiguración o

mutilación del cuerpo, pérdida de voz, oído, vista, memoria, capacidad de conversar, expresar, reír o incluso de enojarse y discutir con los demás. Todos ellos son efectos corporales plenamente observables que dañan la dignidad humana y causan un sufrimiento intenso e insoportable a quienes fueron personas autónomas.

Así que no necesitamos pruebas contundentes para atender el reclamo de una persona que sufre por su estado orgánico, basta con que lo solicite y lo ratifique; ¿en qué momento tenemos que aceptar nuestra propia muerte o la de otros seres queridos?; ¿cuándo podemos disponer de nuestra propia vida para liberarnos de un sufrimiento intolerable? Cada persona posee la medida y el tiempo oportuno para determinarlo por sí misma. Todas estas son preguntas para las que no poseemos en las sociedades actuales un único criterio moral válido para todos, porque dependen de diversas actitudes sociales y concepciones culturales con respecto al sentido de la vida, la enfermedad y la muerte. Por tanto, con respecto a las preguntas que he mencionado, debemos buscar un marco mínimo de principios éticos compatible con una diversidad de creencias y convicciones morales en una sociedad heterogénea y plural.

El debate sobre la AMM y sus implicaciones éticas y legales es un problema de derechos de autonomía individual (Dworkin 1993), por lo que un Estado de derecho debe poder garantizar a los individuos el derecho a disentir con respecto a las opiniones y prácticas morales (o religiosas) de la mayoría (Singer 1995). Debemos buscar un equilibrio reflexivo entre principios mínimos, derechos individuales y casos singulares. Es previsible que las solicitudes de la AMM se reduzcan a un pequeño porcentaje

de casos de enfermedades terminales y condiciones corporales complicadas. Es esperable que solo una minoría social se decida a ejercer su derecho a la AMM, pero este debe ser un derecho potencial para todas las personas. La validez de la AMM no se fundamenta en el número efectivo de solicitantes, pero sí en una opinión mayoritaria favorable en la sociedad.

La autonomía y la autodeterminación en la ayuda médica para morir

La eutanasia y, en general la AMM, conlleva la intervención de dos voluntades coordinadas: la del paciente que solicita voluntariamente la ayuda y la del personal médico que acepta la solicitud y provoca el deceso de forma rápida, eficaz e indolora. Esta intervención resulta necesaria porque hace efectiva la legalidad de la libre decisión de la o el paciente. Para que se cumpla esa voluntad de *buena muerte* se precisa la certificación de la solicitud por parte del personal médico, puesto que, de acuerdo con los conocimientos y técnicas actuales, habrá que prescribir fármacos y suministrarlos correctamente. En la mayoría de las legislaciones actuales se requiere la opinión de dos médicos(as) diferentes y la autorización legal y/o supervisión de una autoridad judicial o de un comité especializado.

Como se ha establecido en varias legislaciones (como la española, aprobada en 2021) la AMM puede ser *no voluntaria* sólo en el caso de que el paciente ya no sea capaz de expresar (o ratificar) su voluntad, pero el matiz importante es que la haya anticipado por escrito, mediante un documento legalizado en donde ha expresado su voluntad de morir en determinadas circunstancias que habrá es-

pecificado. Ello se interpreta como una decisión voluntaria diferida y conferida a un representante que la hace valer legalmente. Pero de ninguna manera la eutanasia puede ser *involuntaria*, pues nadie que no esté legalmente facultado puede decidir por otro la muerte. La eutanasia nunca debe ser contraria a los deseos expresados de viva voz o por escrito del paciente o su representante, entonces dejaría de serlo y se convierte simplemente en homicidio intencional.

Ahora bien, de acuerdo con la doctrina del doble efecto, la AMM consiste en un acto que causa —sin duda— un mal (la muerte), pero justificado por la intención benevolente y compasiva de poner fin al sufrimiento personal. Es muy claro (y genera pocas dudas) cuando la enfermedad es terminal. No obstante, los problemas (bio)éticos se agudizan cuando la AMM se genera en contextos de enfermedades crónicas e incurables, o en una condición corporal incapacitante, que resulta intolerable. Asimismo, cuando se trata de padecimientos de carácter mental o psiquiátrico, pero no de enfermedades terminales o en las que no se supone la inminencia del fallecimiento en un plazo menor a seis meses.

Si la enfermedad no es terminal, la o el paciente que demanda una acción para acelerar o causar su propia defunción está —de facto— renunciando a cualquier tratamiento médico posible. Empero, si padece un trastorno mental incontrolable o se encuentra temporalmente en una condición de alteración mental evidente, tal parece que el deseo de morir es *irracional* y, por ende, insostenible. Por ello, algunas legislaciones no admiten la AMM en casos en que existan trastornos mentales diagnosticados y tratados médicamente o incapacidad de hecho, como en la LORE española, en su artículo 5 (Gobierno de

España 2021). Pero en esta exclusión hay una inconsistencia porque, excepto en los casos de una psicosis permanente o estado mental en el que la persona no se reconoce a sí misma ni puede sostener una decisión voluntaria y ratificarla, algunos trastornos mentales, como la bipolaridad, pueden ser estabilizados con medicamentos, de tal manera que la persona esté en periodos lúcidos en los que pueda ser competente para tomar una decisión autónoma de esta envergadura.

El sufrimiento que provoca un trastorno mental incurable es uno de los mayores, ya que deteriora la salud general (además de la cognitiva) y tiende a incapacitar a la persona para la vida diaria, para el trabajo y para sus relaciones personales más significativas. Por ello, ya ha sido admitida la AMM en estos casos en Países Bajos y Bélgica (Navas 2021).

Qué tipo de acciones no son propias de la ayuda médica para morir

Lo que definitivamente NO puede ser eutanasia y, por tanto, no forma parte de la definición de AMM, son los siguientes casos:

- a) Dar la muerte sin el consentimiento, voluntad y petición expresa de la o el paciente. Como sucedió en el siniestro programa nazi T4¹⁰ de *eutanasia* involuntaria a personas discapacitadas mental y físicamente.
- b) Dejar de tratar a cualquier paciente por falta de recursos económicos o infraestructura hospitalaria, y sin su consentimiento.

- c) Precipitar la muerte o dejar de tratar a pacientes terminales (sin su consentimiento) por motivos de edad avanzada, condición socioeconómica, enfermedad estigmatizada socialmente (como el SIDA), o por cualquier motivo de discriminación racial, social o política.
- d) Provocar la muerte a pacientes que padecen una alteración psiquiátrica o que sufren una grave depresión que los hace temporalmente incompetentes para decidir de manera autónoma.
- e) Provocar la muerte cuando existen dudas médicas razonables sobre la gravedad de la enfermedad y/o la posibilidad de un tratamiento alternativo que mejore la calidad de vida.

Asimismo, debe advertirse que la legalización de la AMM no puede actuar como una compensación ni como una sustitución para enfrentar las carencias, errores y daños iatrogénicos de cualquier sistema público de salud (no es un procedimiento que remedie esas indolencias y negligencias), sino que se aplica en casos en los que médicamente no es posible lograr que alguien sobreviva sin dolor y sufrimiento físico y mental, por lo que debe tener el derecho de solicitar ayuda para morir.

Entre las decisiones que deben tomar las y los médicos, resulta dilemático sugerir o *inducir* la decisión de eutanasia al paciente cuando los tratamientos han fracasado y no existe ningún remedio a la enfermedad.¹¹ Algunos médicos tendrán escrúpulos para nunca recomendar la AMM y otros estarán dispuestos a discutirlo con sus pacientes, una vez

¹⁰ Se le llamaba así en clave porque la oficina central estaba en la avenida Tiergarten, número 4 en Berlín.

¹¹ Por estas razones fue condenado a prisión en 1999 el famoso doctor Jack Kevorkian, pues se demostró en el juicio penal que se excedió en algunos casos en recomendar enfáticamente la eutanasia a pacientes vulnerables; fue sentenciado por homicidio en segundo grado. En la Wikipedia se encuentra una biografía que relata esos casos, véase Colaboradores de Wikipedia, "Jack Kevorkian"; asimismo, la película dirigida por Barry Levinson, 2010, *No conoces a Jack (You Don't Know Jack)*, interpretada magistralmente por Al Pacino, es una *biopic* apegada a los hechos.

que estos lo piden. ¿El personal médico debe determinar cuándo tiene validez la solicitud de AMM? No, únicamente debe certificar que la enfermedad es terminal o la condición corporal resulta irreversible e insoportable para la o el propio paciente, pero ¿cómo medirlo? Es únicamente esa persona la única que debe determinar si su sufrimiento ha llegado a un punto intolerable; sin embargo, los protocolos de atención pueden asegurarse de que haya recibido todos los cuidados paliativos necesarios y que no sufra una alteración emocional que dificulte su toma de decisiones.

Como se ha plasmado en diversas resoluciones judiciales (Corte Constitucional de la República de Colombia 2023) un estado democrático y protector de los derechos humanos debe preservar el *derecho a la vida*, pero no imponer el deber de vivir en todas las circunstancias. Ese derecho a la vida implica el deber de respetar la vida ajena, por supuesto; pero no el deber de preservar la propia vida aguantando cualquier condición adversa, en contra de la propia voluntad. Ni la sociedad, ni la medicina ni el Estado pueden obligarnos a practicar virtudes máximas para soportar lo insoportable y darle sentido al sufrimiento. Estas obligaciones morales son supererogatorias. Sin embargo, las sociedades suelen elogiar y reconocer el autosacrificio de alguien que fallece por valentía al intentar salvar la vida de otras personas, ¿por qué no reconocer el valor y el heroísmo de defender la propia dignidad para evitar la muerte atroz y dolorosa?

Objeciones y controversias sobre la ayuda médica para morir

Las objeciones principales han sido:

- a) Que esta práctica es totalmente contraria al sentido y finalidad de la medicina, que consistiría en mantener la vida humana a toda costa; pero este argumento implica que, gracias a las tecnologías médicas, conseguimos más bien prolongar *artificialmente la vida o alargar la agonía* por efecto de la medicalización excesiva y la obstinación terapéutica (Illich 1976).
- b) Que se transgrede un valor fundamental de protección de la vida humana, principalmente en las naciones en las que predominan las religiones monoteístas: el carácter inviolable y *sagrado* (para quienes acepten esta acepción) de la vida de una persona. Esta concepción es perfectamente válida para quienes son creyentes, pero no para las personas que no practican estos cultos o que, aun creyendo, deciden optar por morir voluntariamente. Por definición, la concepción religiosa sobre la *sacralidad* de la vida humana no es debatible.
- c) Que se traspasa el límite de lo aceptable en cuanto a la autonomía personal, en cuanto a decidir algo *contradictorio* a todo derecho individual: la propia muerte. Pero ¿acaso el Estado, la medicina y la sociedad nos deben dar permiso para guiar nuestras decisiones sobre nuestra propia vida? Para quienes objetan este derecho de autonomía, nadie tendría entonces la posibilidad de decidir su propio final de manera racional y meditada. Pero, desde la perspectiva de la ética filosófica, y de una concepción racional y secular de la personalidad, no hay argumentos suficientes para oponerse a esta forma esencial de autodeterminación (Mill 2002).

Sin embargo, validar la autonomía de las personas no significa avalar (o estar de acuerdo con) lo que deciden ni convertirlo en un ejemplo, tal es el caso del heroísmo *suicida*: todo el mundo lo alaba, pero casi nadie lo recomendaría, como virtud practicable, a sus seres más queridos.

d) La objeción más importante a la AMM es la que señala la posibilidad de abusos, coacción, conflicto de interés y errores médicos si se legaliza como un procedimiento normal en los hospitales. Se apela a la metáfora de la pendiente resbaladiza que inclinaría cada vez más los casos hacia la eutanasia *involuntaria* o sin consentimiento expreso, y confirmado por el propio paciente, cuando no puede darlo. Se teme que si las reglas que permiten la AMM se convirtieran en normas jurídicas globales, las personas pertenecientes a los grupos más vulnerables (ancianos con afectaciones mentales, enfermos psiquiátricos, comatosos, personas en condición de pobreza y vulnerabilidad) podrían sufrir perjuicios, pues existe el riesgo de que tanto las familias como las instituciones médicas coaccionen o influyan en las decisiones de eutanasia de manera injustificada para disminuir las cargas sociales, económicas y afectivas que implican esos casos difíciles. No es objetivo de este artículo analizar todo tipo de vulnerabilidades posibles. Lo que se puede argüir al respecto de esta última objeción, es que una ley de AMM debe incluir las *garantías* adecuadas, como el establecimiento de comisiones formales de evaluación (profesionales

laicos competentes en la materia), que analicen caso por caso para reducir al máximo los riesgos de que se produzcan abusos y malas prácticas. No existe otra forma de garantizar la aplicación idónea de la AMM, y tampoco existe el riesgo cero en estas prácticas médicas, como en ninguna otra.

e) Otra objeción considerable es la que afirma que los pacientes que desean morir pueden estar requiriendo en realidad apoyo y tratamiento psicológico-afectivo, típicamente por padecer un cuadro de depresión más o menos agudo. Pero, excepto en el caso de una depresión profunda y mórbida, es normal que una persona que solicita la AMM experimente sentimientos complejos de tristeza, temor, melancolía, enojo o zozobra. Sin embargo, también es esperable que la respuesta afirmativa a la solicitud de AMM devuelva a la persona un sentido de dignidad, de orgullo e incluso de alegría por dejar la vida en las mejores condiciones deseables.

No hay duda de que existen riesgos y razones válidas para revisar los procedimientos de AMM. Sin embargo, por eso mismo, es conveniente establecer un procedimiento regulado, transparente y supervisado para reducir esos riesgos al mínimo. Se pueden establecer comisiones bioéticas especializadas en la operación institucional de la AMM, que se integren con personas expertas profesionalmente (no sólo médicas y abogadas, también filósofas, psicólogas, antropólogas, etc.), que no sean objetoras declaradas de la AMM, y que no sean ministras de culto o representantes seculares de ninguna iglesia. Es-

tas comisiones, como se establecieron en la LORE¹² española en cada comunidad autónoma (Gobierno de España 2021), deben asegurar que la petición se produce en condiciones adecuadas, que no hay coacción ni injerencia indebida de otras personas, que no hay conflicto de interés en el personal sanitario, que la o el paciente es competente mentalmente o que la voluntad anticipada es válida legalmente.

Todas las objeciones *operativas* tienen solución mediante el procedimiento apropiado que verifique y ratifique la decisión voluntaria y libre de los pacientes para solicitar la AMM. La opinión médica de dos profesionales distintos, la o el médico tratante y otro especialista en las dolencias, que sea externo o ajeno al equipo de trabajo del primero, constituyen el requisito médico fundamental de la segunda opinión médica que —por cierto— sería conveniente en cualquier tratamiento crucial, quirúrgico o farmacológico, pues puede tener consecuencias irreversibles para la persona tratada.

En última instancia, en casi todas las legislaciones de la AMM, existe la posibilidad de emprender litigios judiciales sobre las autorizaciones de la AMM (como ha sucedido recientemente en Cataluña¹³). Eso parece un freno al derecho individual a la AMM, pero los tribunales y los jueces cuentan con los elementos jurídicos, éticos y filosóficos para fallar a favor del derecho inalienable de autonomía de las personas. Como señaló John Stuart Mill hace más de un siglo, el derecho de libertad individual (*freedom*) implica que una persona debe ser capaz de autodeterminarse porque: “en

lo que concierne únicamente a sí misma, su independencia es, por derecho, absoluta. Sobre sí mismo, sobre su propio cuerpo y mente, el individuo es soberano” (Mill 2002). Confiemos en que las razones constitucionales y la defensa de los derechos humanos prevalecerán en las democracias con Estado de derecho.

La objeción de conciencia ante la ayuda médica para morir

El verdadero problema moral y jurídico de la AMM, que lo ha obstaculizado comúnmente, consiste en el problema de si —una vez reconocido— el derecho personal a la disposición de la propia vida puede conllevar un compromiso u obligación para otros que deban responder a la petición de la AMM. Es decir, la cuestión controversial central es: ¿debo ayudar a morir a otra persona cuando me lo pide voluntaria y racionalmente, mediante una solicitud legal? La respuesta es obvia: nadie está obligado(a) en última instancia (ni siquiera las y los médicos), como sí lo estaría para intentar salvar la vida de otras personas, si ello no comporta un riesgo letal para sí mismo(a). Aparece así la objeción de conciencia moral o religiosa, esgrimida por algunos profesionales médicos, que se niegan a atender una solicitud de AMM.

Sin embargo, no son las personas profesionales (las y los médicos), sino las instituciones las obligadas legalmente a garantizar este nuevo derecho, y por ello, deben responder a la solicitud de la AMM. Así, la responsabilidad institucional que establece una ley de AMM consiste en asegurar dicho servicio

¹² Para un análisis pormenorizado de las implicaciones jurídicos y bioéticas de la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia en España, véase el libro editado por Carmen Tomás-Valiente 2021.

¹³ Se han dado casos en donde los padres interponen recursos legales contra las autorizaciones de la AMM para sus hijos(as) mayores de edad. Vid. Pablo Linde 2025.

—como cualquier otro— en su sistema de atención a la salud; garantizar que siempre habrá personal profesional y medios técnicos disponibles para atender cualquier solicitud que sea aprobada médica y legalmente. De este modo, se salva la cuestión de que un profesional de la medicina o de enfermería puede objetar, por razones morales o religiosas, participar en un procedimiento específico de AMM, pero tendrá que expresar su decisión caso por caso y comunicarla al paciente y al hospital.

Suele creerse que la objeción de conciencia (OC) del personal sanitario es un obstáculo infranqueable para la legalización o la buena operación de la AMM. No obstante, la OC del personal médico directamente concernido debe ser respetada, como cualquier otro derecho individual, pero debe cumplir unos determinados requisitos formales. La OC no debe impedir u obstaculizar intencionalmente el derecho de la o el paciente solicitante de la AMM. No siendo igualmente fundamentales ni equivalentes ambos derechos, pues uno implica una decisión crucial sobre la vida y la muerte, y el otro no, deben ser considerados en equidad. Además, la OC, como derecho derivado de la libertad ideológica y religiosa, constituye un derecho *individual* y nunca puede ser ejercido por una institución —centros de salud, hospital— ni por asociación o gremio médico alguno.

Sería inconstitucional, en la mayoría de las legislaciones, que haya hospitales privados (de carácter confesional) que se declaren objetores de la AMM. Sólo pueden objetar las personas profesionales; es decir, cada profesional puede objetar caso por caso mediante un procedimiento formal. Porque es factible la situación de que, si no es por una convicción religiosa incuestionable, una

o un médico objete en unos casos y en otros no. La OC permite al personal médico abstenerse de participar en un procedimiento específico de AMM, pero debe comunicarlo a la o el paciente desde el inicio de la solicitud. Y tiene la obligación de comunicarlo al hospital para ser reemplazado(a) en el tratamiento por otra persona colega no objetor(a).

La OC puede ofrecer dificultades administrativas a los hospitales, en cuyo caso, lo recomendable es que se designen clínicas específicas o grandes centros hospitalarios, en donde se puedan atender sin mayores dilaciones las solicitudes de los pacientes para recibir la AMM. Tampoco tiene sentido establecer un listado de objetores o de no objetores a la AMM, ni publicarlo o divulgarlo. También el personal médico tiene derecho a la confidencialidad de estas decisiones; pero lo que no puede suceder es que una persona profesional se declare objetora *a priori* y de manera permanente, tendrá que reiterar su decisión caso por caso y comunicarla tanto al hospital como a cada uno(a) de sus pacientes.

Asimismo, es conveniente aceptar la validez legal de la petición de AMM hecha mediante un *testamento de vida* o voluntad anticipada legalmente validada, que debe designar a una persona representante legal en el mismo documento. En estos casos no se puede oponer una OC general. Los hospitales públicos y privados deberán atender estas solicitudes anticipadas mediante el procedimiento conducente.

Mucho más problemático ha sido para legislaciones de la AMM el caso de los solicitantes menores de edad (Caplan y Arp 2014). En algunas leyes se ha excluido el derecho a los menores, como en la LORE española, art. 5 (Gobierno de España 2021), en otras se han establecido procedimientos específicos

para recabar y confirmar la voluntad de los pacientes menores de edad, como ha sucedido recientemente en Bélgica.¹⁴ En otros, sólo se ha concedido la AMM a menores en casos de enfermedad terminal. Las constituciones políticas y leyes de salud reconocen cada vez de manera más explícita el derecho de las personas menores a tomar decisiones sobre su salud y su cuerpo, por lo que es consecuente aceptar también una petición de ayuda para morir proveniente de una persona menor consciente y madura, con plena capacidad mental. En este caso, podría tener validez también una voluntad anticipada del menor de edad, validada por sus padres o tutores. Por tanto, parece razonable aceptar el criterio que se ha establecido en la legislación belga de que las personas mayores de 16 años puedan decidir por sí mismas, con el acuerdo de los padres o tutores; y en lo que respecta a los menores de entre 12 y 16 años, la aceptación o autorización de los padres o tutores de la decisión de la o el menor ha de ser un requisito ineludible.

Condiciones mínimas para la ayuda médica para morir

Aunque las opiniones y valoraciones sobre la AMM sigan siendo dispares y generen controversias morales, existe ya un consenso social y médico favorable para su legalización en todo el mundo.¹⁵ Uno de los objetivos fundamentales de la medicina es aliviar el sufrimiento de las y los pacientes mediante el uso de los medios técnicos y terapéuticos más adecuados en cada caso. Con base en los prin-

cipios de no-maleficencia y beneficencia (Beauchamp y Childress 2012), tiene prioridad el imperativo moral de evitar el sufrimiento innecesario e indeseado, así como la prolongación de tratamientos onerosos y dolorosos que ya no son eficaces, y cuyos recursos podrían ser utilizados en otros tratamientos necesarios para beneficiar a otros pacientes.

Un argumento adicional que aquí he mencionado es que mantener la prohibición legal (con castigos penales) de la AMM conlleva necesariamente la clandestinidad de conductas que no son ni moral ni socialmente reprochables, así como preservar y reforzar la injusticia y la desigualdad social en el acceso a recursos y tratamientos médicos disponibles. Así pues, el argumento central para legalizar la AMM consiste en el respeto irrestricto a la autonomía de las personas que solicitan ayuda para morir, como un derecho inalienable que adquiere cada vez mayor relevancia y alcance en el ámbito de la salud pública.

Ahora bien, para prevenir y evitar abusos, conflictos de interés y problemas operativos en la AMM, se han establecido —en general— estas condiciones o requisitos mínimos en las legislaciones actuales:

- a) La o el paciente debe padecer una enfermedad terminal o incapacitante que sea la causa de un estado de sufrimiento crónico, irreversible e intolerable para ella o él mismo.
- b) Que se cuente con un diagnóstico y pronóstico médicos (el personal médico debe conocer a fondo el caso del paciente), así como dictaminación de un(a) psiquiatra sobre

¹⁴Se puede consultar un resumen de la ley belga en el sitio web de DMD: <https://derechoamorar.org/wp-content/uploads/2018/01/BE-ley-eutanasia-ESP.pdf>

¹⁵Por ello, considero que en muchos otros países en el mundo occidental avanzarán hasta aprobarse legalizaciones de la AMM. Ha habido o están en proceso iniciativas en Francia, Reino Unido, Italia, Alemania, México, Argentina.

- el estado mental de la persona para validar su competencia cognitiva, en caso de dudas. La o el paciente deben comprender cabalmente su estado corporal, sus posibilidades y los escenarios de su padecimiento. Por ello, se solicita como parte del procedimiento de la AMM un consentimiento informado.
- c) Opinión de dos médicos(as) distintos que discutan el caso; uno(a) el tratante y otro(a) externo, incluso al hospital. Es decir, la segunda opinión médica debe validar el diagnóstico y pronóstico para sustentar la solicitud de AMM de la o el paciente. O bien, esta segunda opinión puede interponer objeciones de carácter médico sobre el tratamiento seguido y las posibilidades de mejora o cura.
 - d) Que el método elegido para provocar del deceso sea farmacológicamente efectivo, indoloro y que actúe lo más rápido posible, con sedación previa a que los medicamentos causen el fallecimiento. El procedimiento puede llevarse a cabo en el hospital o en un domicilio particular, ya que no exige tecnologías médicas sofisticadas.
 - e) Ratificación de la solicitud expresa y voluntaria de la o el paciente competente, expresada por escrito o con un medio de registro digital, una vez que ha sido adecuadamente informado de su situación y que el médico tratante ha explicado el diagnóstico y pronóstico (consentimiento informado) para que la o el paciente tome una decisión autónoma sobre el final de su vida. La ratificación, al menos quince días después, permite a la persona meditar la decisión y revocarla en cualquier momento.
 - f) Que la o el paciente haya manifestado su deseo de morir durante cierto tiempo y que ratifique la petición en un plazo razonable, por escrito y con testigos (tiene la posibilidad de retractarse en todo momento).
 - g) Que una comisión bioética de personas expertas (se ha denominado en la ley española “comisión de garantías”) revise caso por caso para asegurar la decisión de la persona y evitar cualquier tipo de conflictos de interés o de abusos.
 - h) Que los juzgados civiles puedan intervenir para resolver controversias que se susciten en los procedimientos de la AMM, siempre protegiendo el derecho autónomo de las y los pacientes solicitantes.

Conclusión

Por las razones que he expuesto, la AMM establecida en las legislaciones actuales de varios países es un procedimiento preciso, regulado y transparente que permite la libre y autónoma decisión de las personas para decidir morir ante una enfermedad terminal o una condición corporal inaceptable. Este procedimiento no obliga a nadie a solicitar la AMM y evita todo tipo de coacciones, por lo que puede ser incorporado como parte de los servicios de salud de los sistemas públicos, pues garantiza un derecho humano a la muerte digna, en condiciones específicas en que no hay cura o reversibilidad del sufrimiento físico y mental.

La AMM es un *derecho bioético global* que puede ser legalizado en todas las naciones del mundo, no sólo en México y en Iberoamérica, mediante los procedimientos parlamentarios y judiciales propios de cada nación y con base en

los ordenamientos de sus sistemas jurídicos. La opinión pública parece estar favoreciendo cada vez más la realización

efectiva de este nuevo derecho a morir dignamente, como cada persona lo decida de manera autodeterminada.

No existe ningún conflicto de interés, más que el interés legítimo de un ciudadano por la legalización de la ayuda médica para morir. No he usado IA para redactar el texto, sólo he em-

pleado el programa DeepL® para revisar la traducción al castellano de dos párrafos de textos clásicos citados. Este artículo no ha recibido ningún tipo de financiamiento.

Bibliografía

- Álvarez del Río, Asunción. 2005. *Práctica y ética de la eutanasia*. Fondo de Cultura Económica.
- Asociación por el Derecho a Morir con Dignidad (DMD). 2025. “Derecho a Morir Dignamente (España)”. Consultado el 22 de septiembre de 2025. <https://derechoamorir.org/> <https://dmd.org.mx/>
- Bacon, Francis. 2004. *The Advancement of Learning*. Consultado el 22 de septiembre de 2025. The Project Gutenberg. <https://www.gutenberg.org/cache/epub/5500/pg5500-images.html>
- BBC News Mundo. 2022. “Víctor Escobar se convierte en el primer paciente no terminal en recibir la eutanasia en Colombia y América Latina”. *BBC News Mundo*, 8 de enero. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-59919429>
- BBC News Mundo. 2022. “Martha Sepúlveda: muere tras una eutanasia la mujer colombiana que sufría de ELA”. *BBC News Mundo*, 9 de enero. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-59926271>
- Beauchamp, Tom L. y James F. Childress. 2012. *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford University Press.
- Caplan, Arthur L. y Robert Arp, eds. 2014. *Contemporary Debates in Bioethics*. Wiley Blackwell.
- Charlesworth, Max. 1996. *La bioética en una sociedad liberal*. Cambridge University Press.
- Colaboradores de Wikipedia, “Jack Kevorkian”. *Wikipedia, La enciclopedia libre*. Consultado el 23 de septiembre de 2025. https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Jack_Kevorkian&oldid=168257697
- Corte Constitucional de la República de Colombia. 2023. “Sentencia T-239/23 referente al derecho fundamental a morir dignamente”. Consultado el 22 de septiembre de 2025. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2023/t-239-23.htm>
- Deutsche Welle. 2020. “Alemania considera inconstitucional prohibir la eutanasia”. *DW*, 26 de febrero. <https://www.dw.com/es/justicia-alemana-considera-inconstitucional-prohibir-el-suicidio-asistido/a-52539042>
- Dworkin, Ronald. 1993. *Life's Dominion: An Argument About Abortion, Euthanasia, and Individual Freedom*. Knopf.
- Gobierno de Canadá. 2021. “Medical assistance in dying”. Consultado el 22 de septiembre de 2025. <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-services-benefits/medical-assistance-dying.html>
- Gobierno de España. 2021. “Boletín Oficial del Estado, núm. 72. Ley Orgánica 3/2021, de 24 de mar-

- zo, de regulación de la eutanasia”. Consultado el 22 de septiembre de 2025. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2021-4628>
- Herrera Merchán, Edna, Elveny Laguarda Jaimes y Lady J. Pereira Moreno. 2020. “Daños en salud mental de cuidadores familiares de personas con Alzheimer”. *Gerokomos* 31 (2): 68-70. Consultado el 23 de septiembre de 2025. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2020000200002
- Hottois, Gilbert y Jean-Noël Missa, eds. 2001. *Nouvelle encyclopédie de bioéthique*. De Boeck.
- Illich, Ivan. 1976. *Limits to Medicine. Medical Nemesis: The Expropriation of Health*. Marion Boyars. Kindle.
- Inegi. 2020. “Censode Población 2020”. Consultado el 2 de junio de 2025. <https://www.inegi.org.mx/temas/estructural/>
- Inegi. 2023. “Estadísticas de defunciones registradas. De enero a junio 2023”. Consultado el 23 de septiembre de 2025. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2024/EDR/EDR2023_En-Jn.pdf
- Levinson, Barry, dir. 2010. *No conoces a Jack (You Don't Know Jack)*. Película.
- Linde, Pablo. 2025. “El Tribunal Superior de Cataluña avala que un padre pueda frenar en la justicia la eutanasia de un hijo aunque no tengan relación”. *El País*, 3 de abril. <https://elpais.com/sociedad/2025-04-03/el-tribunal-superior-de-cataluna-avala-que-un-padre-pueda-frenar-la-eutanasia-de-un-hijo-aunque-no-ten-gan-relacion.html>
- Mill, John Stuart. 2002. *Sobre la libertad* (1859). Alianza Editorial.
- More, Thomas. 2011. *Utopía*. Akal. Kindle.
- Moro, Tomás, Tomasso Campanella y Francis Bacon. 2015. *Utopías del Renacimiento*. Traducido por Agustín Millares Carlo, Agustín Mateos, Margarita V. de Robles. Fondo de Cultura Económica. Kindle.
- Navas, María Elena. (2021). “Eutanasia psiquiátrica: en qué consiste la controvertida práctica y en qué países donde se realiza”. *BBC News Mundo*, 10 de diciembre. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-59418970>
- Picheta, Rob. 2024. “Legisladores británicos aprueban la legalización de la muerte asistida”. *CNN Mundo*, 29 de noviembre. <https://cnnespanol.cnn.com/2024/11/29/reino-unido-muerte-asistida-votacion-debate-gbr-trax/>
- Rachels, James. 1986. *The End of Life. Euthanasia and Morality*. Oxford University Press.
- Schüklenk, Udo y Peter Singer, eds. 2022. *Bioethics: An Anthology*. 4ta. ed. Wiley Blackwell.
- Schumacher, Bernard N. 2018. *Muerte y mortalidad en la filosofía contemporánea*. Traducido por Vicente Merlo Lillo. Herder.
- Singer, Peter. 1995. *Rethinking Life and Death. The Collapse of Our Traditional Ethics*. Oxford University Press.
- Ten Have, Henk, ed. 2016. *Encyclopedia of Global Bioethics*. Springer.
- Tomás-Valiente Lanuza, Carmen, ed. 2021. *La eutanasia a debate. Primeras reflexiones sobre la Ley Orgánica de la Regulación de la Eutanasia*. Marcial Pons.
- World Health Organization, WHO. 2014. *Preventing Suicide: A Global Imperative*. Consultado el 22 de septiembre de 2025. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

María de los Ángeles Fernández Altuna, Diego Gutiérrez Rayón y Mariela Ramírez Reséndiz (2024), *Perspectiva de género en la formación de profesionales de la medicina*, UNAM, Programa Universitario de Bioética, 93 pp. ISBN 978-607-30-9172-5

A lo largo de los últimos 10 años hemos sido testigos de la emergencia y del alcance de la denominada cuarta ola del feminismo (Varela 2019). Este movimiento internacional se ha caracterizado por apoyarse en acciones digitales, lo que de cierta manera ha globalizado el feminismo, por ejemplo, con la viralización del #MeToo en 2017. Esta ola ha tenido expresiones locales muy particulares que, en América Latina en general, y en nuestro país en especial, han estado relacionadas con la impunidad frente al incremento desmedido de feminicidios y la aparición de etiquetas como #NiUnaMenos en 2015, en Argentina, y #VivasNosQueremos en 2016, en México (Rovira 2024).

En nuestro entorno, la punta de lanza han sido las mujeres mexicanas de las generaciones más jóvenes, para quienes las diversas modalidades de violencia de género son cada vez más inaceptables e intolerables; por lo que desde 2019 se han organizado en diversas colectivas estudiantiles; han realizado numerosas movilizaciones dentro y fuera de las instituciones educativas; y han llevado a paro a varias escuelas de bachillerato y nivel superior (Álvarez 2020). Este empuje derivó en las protestas de marzo de 2020: la marcha masiva del Día Internacional de las Mujeres el 8 de marzo, en la que participaron entre 100 000 y 500 000 mujeres, y el paro del 9 de marzo:

“El 9 ninguna se mueve” (Rovira y Morales 2022).

Pese a que la pandemia por COVID-19 frenó las manifestaciones feministas en el espacio público, el impulso de este movimiento siguió expandiéndose en línea y empezaron a observarse respuestas concretas como cambios en el marco reglamentario de empresas con políticas de “tolerancia cero” al acoso sexual y la discriminación de género, así como la creación de nuevas dependencias para la prevención y sanción de la violencia de género en instituciones educativas (García Guevara 2021). Al mismo tiempo, comenzaron a aparecer publicaciones académicas nacionales e internacionales reactivas a la cuarta ola feminista, tendencia que continúa hasta el día de hoy.

En este contexto, el Programa Universitario de Bioética de la UNAM publicó en 2024 el libro *Perspectiva de género en la formación de profesionales de la medicina*, de María de los Ángeles Fernández Altuna, Diego Gutiérrez Rayón y Mariela Ramírez Reséndiz. Desde la perspectiva médica de sus autores, esta breve obra se da a la tarea de visibilizar y documentar las inequidades de género en la carrera de medicina en México, siguiendo de este modo la línea del programa de trabajo de la doctora Ana Carolina Sepúlveda Vildósola, directora de la Facultad de Medicina de la UNAM y prologuista del libro.

El contenido de esta obra está organizado en ocho secciones o capítulos sucintos. El primero describe en qué consiste la perspectiva de género y enfatiza que “uno de los aspectos fundamentales de este enfoque es su compromiso con la igualdad de oportunidades para todas las personas, independientemente de su género” (Fernández Altuna et al. 2024, 11). El segundo capítulo, “Algu-

nas brechas de género”, explica que las diversas condiciones geográficas, económicas, políticas y educativas, entre otras, influyen en el desarrollo de las personas, marcando diferencias entre distintos grupos poblacionales.

Después de esos primeros apartados introductorios, el libro se vuelca en reunir información acerca de la “feminización de la medicina” y subraya las brechas existentes entre hombres y mujeres en esta profesión. El tercer capítulo, titulado “Formación de profesionales de la salud: feminización de la matrícula”, describe el aumento paulatino que se ha dado en el número de mujeres que estudian medicina en nuestro país. Menciona que en 1985 la matrícula de hombres casi duplicaba la de mujeres, pero en 1999 se igualaron y para 2018 la proporción de mujeres estudiantes de medicina a nivel nacional alcanzó 57 %. Hoy en día, en entidades como Aguascalientes, San Luis Potosí, Estado de México, Puebla, Querétaro, Colima y Tlaxcala, siete de cada 10 estudiantes de medicina son mujeres.

El libro recupera este enfoque meramente cuantitativo sobre el aumento de mujeres en la carrera de medicina sin considerar que las reflexiones sobre la feminización de la matrícula universitaria —que aparecieron desde finales del siglo xx— han recibido múltiples críticas porque invisibilizan las desigualdades de género que aún persisten en la educación superior¹ (García Guevara 2021). En concreto, Elianne Riska (2008) ha criticado la tesis de la feminización de la medicina porque centra el debate en la profesión médica, obviando el hecho de

que la atención a la salud ha estado “feminizada” desde siempre, a cargo de parteras, curanderas y profesionales de la salud de disciplinas subordinadas como la enfermería. Además, Riska señala que esta tesis trata a la medicina como si esta disciplina siempre hubiera sido una profesión “sin género” y el ingreso de las mujeres finalmente la hubiera “feminizado”, cuando sabemos que se trata de una disciplina muy masculinizada.

Diversos estudios con perspectiva histórica han mostrado que la medicina moderna científica se consolidó como una profesión definida por y para los hombres entre finales del siglo xix y principios del siglo xx (Brown 2010; Adams 2010). En la actualidad, el currículum oculto de la formación médica sigue construyendo a las mujeres como inferiores y objetos sexuales antes que como pares intelectuales (Castro y Erviti 2015), persiste la idea de que las mujeres no pertenecen al espacio profesional de la medicina (Smith-Oka 2021) y la identidad profesional de las y los médicos mexicanos se sigue construyendo socialmente como un tipo de masculinidad hegemónica (Villanueva 2024). En suma, la feminización de la medicina “no ha logrado mayores cambios en su modelo estructural masculinizado” (Cáceres-Manrique et al. 2019, 4). Por otro lado, se ha probado que la feminización de la medicina no resuelve problemas de género. Por ejemplo, llegó a creerse que cuando la proporción de mujeres en la profesión médica superara 30 % desaparecería la discriminación de género, pero esto no sucedió (McKinley et al. 2019). Asimismo, se

¹ Por ejemplo, la división sexual entre disciplinas STEM —ciencia, tecnología, ingeniería y matemáticas— y las humanidades (vid. Verdugo-Castro et al. 2022). Asimismo, se ha reportado que, mientras ha habido una feminización en la matrícula de ciertas carreras universitarias, persiste una marcada resistencia entre los hombres por incursionar en las disciplinas EBETS —educación básica, enfermería y trabajo social—, por considerarlas carreras femeninas sin prestigio, por su relación con el cuidado, la colectividad y los bajos salarios (García Guevara 2021).

ha documentado que “el hecho de que sean más mujeres no garantiza nada” en el caso de la violencia obstétrica (Pozzio 2014). No obstante, el libro de Fernández Altuna, Gutiérrez Rayón y Ramírez Reséndiz está centrado en la tesis de la feminización de la medicina sin recuperar ninguna de estas críticas.

Lo anterior supone una falla metodológica importante en la obra pues contraviene los principios de la investigación con perspectiva de género, en especial, la oposición crítica ante las posturas que tiendan a naturalizar y/o *esencializar* las diferencias de género. La aproximación ingenua que presenta el libro de Fernández Altuna y colaboradores da lugar para que la feminización de la medicina termine vinculada con un cuerpo de investigación nada menor que propone que las mujeres y los hombres practican la medicina de manera diferente. Dentro de esta corriente se arguye que las mujeres pueden mejorar la relación médico-paciente y promover más trabajo en equipo debido a “características atribuidas al sexo femenino” como la compasión, la empatía, la capacidad de respuesta a las necesidades de los pacientes y habilidades de comunicación (Heinze-Martin et al. 2018). Algunos estudios de esta corriente han trazado una relación directa entre la feminización de la medicina y la mejora en la calidad de la atención médica y el pronóstico de los pacientes, mientras que otros subrayan evidencia que apunta que las médicas tienen mejor adhe-

rencia a las guías de práctica clínica y la medicina basada en evidencia, y que sus pacientes tienen menores tasas de mortalidad y menos reingresos hospitalarios (cfr. Levinson y Lurie 2004; Chesak et al. 2021; Collie et al. 2022). Existe evidencia que refuta lo anterior (e.g. Pozzio 2014, Cáceres-Manrique et al. 2019), pero, aunque tales diferencias pudieran verificarse, el error de estos estudios se mantiene. La crítica que aquí se hace no recae en notar las diferencias, sino en explicarlas a partir de una supuesta diferencia sexual natural que distingue la práctica de médicas y médicos en lugar de rastrear las condiciones sociales que terminan diferenciando y *generizando* las prácticas entre unos y otras.² Esto corresponde con un tipo de sesgo de género en la ciencia que consiste en exagerar las diferencias, planteando que hombres y mujeres —lo masculino y lo femenino— son esencialmente diferentes y opuestos (García Dauder y Pérez Sedeño 2017).

En el cuarto capítulo de la obra, “Algunos aspectos de la feminización en el pregrado de la Facultad de Medicina de la UNAM”, se presentan datos sobre la proporción de mujeres en esta escuela de medicina. Al momento del ingreso, la proporción actual es de siete mujeres por cada 10 hombres, las cuales son admitidas mayoritariamente mediante el mecanismo de pase reglamentado,³ en comparación con el número de mujeres que entran por concurso de selección.⁴ Posteriormente, se compara el desempe-

2 Este mismo error se observa en los estudios que *naturalizan* las diferencias sexuales, por ejemplo, en pruebas de matemáticas, sin considerar condiciones sociales como la educación diferencial que reciben desde la infancia niños y niñas, o incluso los factores contextuales que afectan directamente los resultados de las pruebas, tales como el fenómeno psicológico conocido como “amenaza de los estereotipos”, que se refiere a la manera como los estereotipos (de género, de raza, etc.) repercuten negativamente en el rendimiento de las personas (Pennington et al 2016).

3 Se refiere al ingreso a partir del promedio del alumnado proveniente del bachillerato UNAM; es decir, de los diversos planteles de la Escuela Nacional Preparatoria (ENP) y del Colegio de Ciencias y Humanidades (CCH).

4 Se refiere al ingreso del alumnado por medio de un examen de selección.

ño académico entre mujeres y hombres y se señala que existe mayor porcentaje de reprobación en las mujeres durante los primeros dos años de la carrera (ciclos básicos), aunque posteriormente estos porcentajes se igualan en los ciclos clínicos. Asimismo, se compara el número de hombres y mujeres que a lo largo de la carrera solicitan suspensiones temporales de estudio, apuntando que las mujeres presentan más peticiones de bajas temporales por causas como “depresión y salud mental”, “problemas económicos”, “otras enfermedades”, “problemas familiares” y “embarazo adolescente”. El resto del capítulo explora superficialmente estas causas y describe las respuestas institucionales que se han dado ante estas problemáticas.

Los datos que presenta este capítulo respecto a las diferencias entre mujeres y hombres que estudian medicina a nivel pregrado abren una serie de preguntas que ameritan ser exploradas en futuras investigaciones. Por ejemplo ¿cómo pueden ser leídos estos datos sin reforzar estereotipos sexistas? No está de más recordar que durante mucho tiempo se excluyó formalmente a las mujeres de la medicina por considerarlas más frágiles y emocionales y menos comprometidas con el trabajo que los hombres (Adams 2010), ideas que continúan vigentes dentro de algunos espacios médicos educativos (Smith-Oka 2021). Las ponderaciones que se presentan en el cuarto capítulo del libro podrían refrendar este tipo de ideas sexistas, por lo que es muy importante evitar el sesgo de género que exagera las diferencias entre hombres y mujeres, buscando explicaciones sociales que den cuenta de las diferencias que se presentan entre estudiantes mujeres y hombres, pero sin naturalizarlas.

En este sentido, el cuarto capítulo presenta una serie de resultados del Informe sobre la Implementación del Protocolo para la Atención de Casos de Violencia de Género de la UNAM, de 2016 a 2020. Estos datos, sin embargo, refieren a un diagnóstico general de la violencia de género en la Universidad y no a la situación específica de las estudiantes de medicina mujeres. Numerosas publicaciones han dado cuenta de que la violencia de género es un problema muy serio en la educación médica a nivel mundial. Desde hace más de 10 años, un metaanálisis que incluyó 51 estudios internacionales estimó que 49.8 % de estudiantes de medicina de pregrado y 66.6 % de estudiantes de alguna especialidad médica habían sufrido discriminación de género durante su formación profesional, mientras que 33.3 % y 36.2 %, respectivamente, habían sufrido acoso sexual (Fnaïs et al. 2014). En estudios específicos sobre la violencia de género que experimentan las estudiantes de medicina alrededor del mundo se habían identificado, entre otras, inequidades educativas, comentarios estereotipados y sexistas, hostigamiento sexual y comentarios inapropiados (Witte et al. 2006). Asimismo, se había hecho notar que este tipo de experiencias eran mucho más frecuentes en especialidades quirúrgicas (Cassell 1997; Hinze 2004).

A partir de la cuarta ola feminista, la violencia de género dentro de la profesión médica se volvió mucho más visible en redes sociales. Con el movimiento #MeToo, comenzado en Estados Unidos, surgió la etiqueta #MeTooMedicine y se creó el movimiento *Time's Up Healthcare* para unir esfuerzos entre las profesionistas de la salud con el propósito de buscar seguridad, equidad y dignidad para las mujeres en este campo

profesional (Choo et al. 2019; Lu et al. 2020). En nuestro país también apareció el #MeTooMedicina, y se organizaron conversatorios virtuales para que médicas intercambiaran sus experiencias sobre “la #misoginia en la #medicina” (Colectivo Médicxs en Formación 2022) y se armaron “tendederos” en varias escuelas de medicina del país.

El número de publicaciones académicas sobre la violencia de género durante la formación médica también se multiplicó con la cuarta ola feminista. Una comunicación de la renombrada revista *The Lancet*, de 2019, señaló que el acoso sexual de las médicas en formación se ha mantenido sin cambios en los últimos 50 años, y cuestionaba si el movimiento #MeToo podría finalmente desaparecer este problema en la medicina (Minkina 2019). Otras publicaciones hicieron notar que en Estados Unidos las estudiantes de medicina tienen 220 % más probabilidades de sufrir acoso sexual por parte de profesores y personal hospitalario que las estudiantes de disciplinas no CTIM (ciencia, tecnología, ingeniería y matemáticas), y se estimó que una de cada cinco médicas en proceso de formación reportó atención sexual no deseada durante el periodo posterior al #MeToo (Vargas et al. 2020). En México se publicó una investigación cualitativa sobre el trato diferencial por género que reciben sistemáticamente las estudiantes de medicina, fundado en una normalizada y abierta competencia masculina por “conquistarlas” que acaba traduciendo en frecuentes experiencias de acoso sexual a las estudiantes por parte de los profesores y médicos de mayor jerarquía (Villanueva 2019). No obstante, la obra *Perspectivas de género en la formación de profesionales de la medicina* no recupera esta información tan valio-

sa y pertinente para explicar las brechas de género que persisten al interior del campo médico.

El quinto capítulo del libro, “Algunos aspectos de la feminización en el posgrado de la Facultad de Medicina de la UNAM”, apunta que la proporción de mujeres que estudian una especialidad médica es mucho menor a la proporción de mujeres que cursan la carrera de medicina a nivel pregrado. En 1995, 62 % del estudiantado de especialidades médicas de la UNAM eran hombres, porcentaje que disminuyó a 57 % para 2002 y que finalmente se igualó en 2010, esto es, 20 años después de que se consiguió la paridad de género en la matrícula de medicina de pregrado. De 2010 a la fecha, la proporción de mujeres que estudia una especialidad médica ha fluctuado alrededor de 50 %. Los últimos datos disponibles son de 2022-2023 y muestran una proporción de 54.7 % de mujeres. Aunque los autores de la obra no lo apuntan así, esto constituye un caso típico del fenómeno denominado “tubería con fugas” (*leaky pipeline*) que hace referencia a la reducción progresiva de mujeres en las diferentes etapas de una carrera.

El quinto capítulo del libro señala, además, que existen especialidades “feminizadas”, como dermatología (con una proporción de 78 % de estudiantes mujeres), pediatría (73 %), ginecología y obstetricia (72 %), geriatría (70 %), medicina familiar (69 %), genética médica (69 %) y medicina de rehabilitación (68 %); mientras “otras se consideran terreno de hombres” (Fernández Altuna et al. 2024, 47), como urología (10 % mujeres), ortopedia (29 %), medicina del deporte (31 %), cirugía general (36 %) y medicina interna (47 %). La obra no ahonda en explicaciones sobre esta división sexual del trabajo

entre las especialidades médicas ni relaciona este fenómeno con las brechas de prestigio que existen entre las distintas especialidades médicas. Desde finales del siglo xx se ha dado cuenta de que el prestigio de las especialidades médicas se funda en los estereotipos de género que se asocian a ellas (Hinze 1999). De manera más reciente, en nuestro país se ha documentado que las especialidades de mayor prestigio son las quirúrgicas, las cuales se asocian con un modelo de masculinidad hegemónica (Villanueva 2023).

Finalmente, el sexto capítulo del libro aborda el tema “Liderazgo y perspectiva de género en profesionales de la salud”. En esta sección se ofrecen datos sobre el fenómeno de “tubería con fugas” en la planta académica de la Facultad de Medicina de la UNAM, cuya dirección estuvo a cargo de hombres hasta 2024, año en que la doctora Ana Carolina Sepúlveda Vildósola rompió el “techo de cristal” para ocupar esa posición. Este escenario se compara con el de otras instituciones médicas nacionales e internacionales. Se apunta que en México, hasta 2023 sólo ha habido una mujer titular de la Secretaría de Salud del gobierno federal y una presidenta de la Academia Nacional de Medicina. Asimismo, se hace notar que el Sistema Nacional de Investigadores tiene una menor participación de mujeres (37 %), y que éstas se concentran en los niveles de menor reconocimiento y retribución económica.

Las comparaciones internacionales que se hacen en este capítulo toman como referencia publicaciones que denuncian, por ejemplo, la poca participación de mujeres en eventos académicos como congresos de alta calidad científica en disciplinas como las neurociencias, la microbiología o la inteligencia artificial, entre otras. Llama la atención

que los autores no ubiquen estas publicaciones en el contexto de la cuarta ola feminista, pues fue a partir del #MeToo y en redes sociales donde este tipo de denuncias empezaron a cobrar fuerza. Por ejemplo, en 2017 un grupo de médicas iniciaron una conversación en Twitter sobre incluir más ponentes mujeres en la conferencia anual de la Asociación Americana de Anestesiología, lo que se tradujo en un esfuerzo puntual por parte de dicha asociación sobre este rubro (Schillcut y Silver 2018). En contraste, les autores sí le otorgan un lugar de relevancia a la pandemia por coronavirus como contexto de los datos empíricos que presentan, especialmente con el reporte de McKinsey & Company de 2020 sobre el tema de las mujeres en el lugar de trabajo.

Los capítulos siete y ocho sirven de cierre para la obra. El capítulo siete, “Contexto y algunos avances en la equidad de género de la UNAM y en la Facultad de Medicina”, presenta una lista puntual, en formato de viñetas, sobre los logros que ha tenido la Universidad en materia de género, y los esfuerzos de la Facultad de Medicina en la misma línea. El capítulo ocho recoge algunos “Comentarios y reflexiones finales”.

En suma, el libro *Perspectivas de género en la formación de profesionales de la medicina*, de Fernández Altuna, Gutiérrez Rayón y Ramírez Reséndiz, constituye un buen esfuerzo por sistematizar datos cuantitativos sobre las brechas de género que persisten en la educación médica en México. Quienes estudiamos el campo médico en nuestro país podemos dar cuenta del enorme reto que enfrentamos para conseguir datos oficiales como los que se han compilado en esta breve obra. Por ello, aunque falta profundizar y complejizar el análisis de datos, considero que se trata de un libro

de consulta valioso que ofrece información de lo más relevante para el alumnado y les investigadores que estudiamos esta profesión en México. Al mismo tiempo, es una obra que abre preguntas importantes para comprender el orden de género al interior del campo médico mexicano y los cambios que se han suscitado en este espacio social a partir del movimiento feminista contemporáneo. Algunas publicaciones han adelantado ya este camino. Por ejemplo, se ha descrito un desplazamiento del logro cuantitativo de la participación de las mujeres en esta profesión a un logro cualitativo en el devenir feminista dentro del campo médico, asociado con la activación de la agencia de género de las estudiantes en años recientes (Villanueva 2025). Asimismo, hay trabajos que ofrecen buenas razones para sospechar que las manifestaciones feministas dentro del campo médico han producido un desajuste entre el *habitus* médico y las estructuras de este espacio social (Castro y Villanueva, en prensa).

Referencias

- Adams, Tracey L. "Gender and feminization in health care professions". *Sociology Compass* 4, núm 7 (2010.): 454-465. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9020.2010.00294.x>
- Álvarez Enríquez, Lucía. 2020. "El movimiento feminista en México en el siglo XXI: juventud, radicalidad y violencia". *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales* 65 (240): 147-75. <https://doi.org/10.22201/fcpys.2448492xe.2020.240.76388>
- Brown, Michael. 2010. "Like a devoted army': medicine, heroic masculinity, and the military paradigm in Victorian Britain". *Journal of British Studies* 49 (3): 592-622. <https://doi.org/10.1086/652000>
- Cáceres Manrique, Flor de María, Claudia Isabel Amaya Castellanos y Carolina Rivero Rubio. 2019. "Inequidades de género en el ámbito de la salud: el caso de medicina". *Aquichan* 19 (2). <https://doi.org/10.5294/aqui.2019.19.2.7>
- Cassell, Joan. 1997. "Doing gender, doing surgery: women surgeons in a man's profession". *Human Organization* 56 (1): 47-52.
- Castro, Roberto y Erviti Joaquina. 2015. *Sociología de la práctica médica autoritaria. Violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos*. Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias-Universidad Nacional Autónoma de México.
- Castro, Roberto y Marcia Villanueva. "Violencia de género y maltrato en la formación médica en México antes, durante y después de la pandemia por Covid 19: ¿indicios de histéresis en el campo médico?" *Saúde e Sociedade*. (En prensa).
- Chesak, Sherry S., Kaia C. Yngve, Julie M. Taylor, Elida R. Voth y Anjali Bhagra. 2021. "Challenges and solutions for physician mothers: a critical review of the literature". *Mayo Clinic Proceedings* 96 (6): 1578-91. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2020.10.008>
- Choo, Esther, Carrie L. Byington, Niva Lubin Johnson y Reshma Jaggi. 2019. "From #MeToo to #TimesUp in health care: can a culture of accountability end inequity and harassment?" *The Lancet* 393 (10171): 499-502. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30251-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30251-X)
- Colectivo Médicxs en Formación (@Medsenformacion). X (antes Twitter) 7 de marzo 2022. <https://twitter.com/Medsenformacion/status>

- /1500975890624303104?s=20&t=BWDV5fZs5wuC1EuDIq7GtA
- Collie, Erika, Raelia Lew y Michelle Peate. 2022. "Merging motherhood and medicine: A qualitative study exploring barriers and enablers to motherhood among female doctors in Australia". *Women's Health* 18 <https://doi.org/10.1177/17455057221114268>
- Fnais, Naif, Charlene Soobiah, Maggie Hong Chen, Erin Lillie, Laure Perrier, Mariam Tashkhandi, et al. 2014. "Harassment and discrimination in medical training: a systematic review and meta-analysis". *Academic Medicine* 89 (5): 817-827. <http://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000200>
- García Guevara, Patricia. 2021. "De la desigualdad a la inclusión universitaria: La agencia de género". *Revista de la Educación Superior* 50 (200): 1-23.
- Heinze-Martin, Gerhard, Víctor Hugo Olmedo-Canchola, Germán Bazán-Miranda, Napoleón Andrés Bernard-Fuentes y Diana Patricia Guízar-Sánchez. 2018. "Medical specialists in Mexico". *Gaceta Médica de México* 154 (3): 281-289. <http://doi.org/10.24875/GMM.M18000152>
- Hinze, Susan. 1999. "Gender and the body of medicine or at least some body parts: (re) constructing the prestige hierarchy of medical specialties". *The Sociological Quarterly* 40 (2): 217-239. <https://doi.org/10.1111/j.1533-8525.1999.tb00546.x>
- Hinze, Susan. 2004. "'Am I being over-sensitive?' Women's experience of sexual harassment during medical training". *Health* 8 (1): 101-127.
- Levinson, Wendy y Nicole Lurie. 2004. "When most doctors are women: what lies ahead?" *Annals of Internal Medicine* 141 (6): 471-474. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-141-6-200409210-00013>
- Lu, Dave. W., Michelle D. Lall, Jennifer Mitzman, Sheryl Heron, Ava Pierce, Nicholas D. Hartman, et al. 2020. "#MeToo in EM: a multicenter survey of academic emergency medicine faculty on their experiences with gender discrimination and sexual harassment". *Western Journal of Emergency Medicine* 21 (2): 252. <https://doi.org/10.5811/westjem.2019.11.44592>
- McKinley, Sophia, Linda J. Wang, Rajshri Gartland, Maggie Westfal, Christina Costantino, Dana Schwartz, et al. 2019. "Yes, I'm the Doctor": one department's approach to assessing and addressing gender-based discrimination in the modern medical training era". *Academic Medicine*, 94 (11): 1691-1698. <http://doi.org/10.1097/ACM.00000000000002845>
- Minkina, Nataly. 2019. "Can #MeToo abolish sexual harassment and discrimination in medicine?" *The Lancet* 394 (10196): 383-84. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31731-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31731-3)
- Pennington, Charlotte, Derek Heim, Andrew R. Levy y Derek T. Larkin. 2016. "Twenty years of stereotype threat research: A review of psychological mediators". *PloS one* 11 (1): e0146487. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0146487>
- Pozzio, María. 2014. "El hecho de que sean más mujeres, no garantiza nada: feminización y experiencias de las mujeres en la ginecología en México". *Salud Colectiva* 10 (3): 325-37.

- Riska, Elianne. 2008. "The feminization thesis: Discourses on gender and medicine". *NORA-Nordic Journal of Feminist and Gender Research* 16 (1): 3-18. <https://doi.org/10.1080/08038740701885691>
- Rovira, Guiomar y Jordi Morales-i-Grais 2023. "Idus de marzo en México: la acción directa en las redes y en las calles de las multitudes conectadas feministas". *Teknokultura. Revista de Cultura Digital y Movimientos Sociales* 20 (1): 11-24. <http://dx.doi.org/10.5209/TEKN.81013>
- Rovira, Guiomar. 2024. "#MeToo. La ola de multitudes conectadas feministas". Bellaterra Edicions.
- Shillcutt, Sasha K. y Julie K. Silver. 2018. "Social media and advancement of women physicians". *The New England Journal of Medicine* 378 (24): 2342-45. <http://doi.org/10.1056/NEJMms1801980>
- Smith-Oka, Vania. 2021. *Becoming Gods: Medical Training in Mexican Hospitals*. Rutgers University Press.
- Varela, Nuria. 2019. *Feminismo 4.0. La cuarta ola*. Ediciones B.
- Vargas, Emily, Sheila T. Brassel, Lilia M. Cortina, Isis H. Settles, Timothy R. B. Johnson, y Reshma Jaggi. 2020. #MedToo: a large-scale examination of the incidence and impact of sexual harassment of physicians and other faculty at an academic medical center. *Journal of Women's Health* 29 (1), 13-20. <https://doi.org/10.1089/jwh.2019.7766>
- Verdugo Castro, Sonia, Alicia García Holgado y Mari Cruz Sánchez Gómez. 2022. "The gender gap in higher stem studies: A systematic literature review". *Heliyon* 8 (8): e10300. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2022.e10300>
- Villanueva, Marcia. 2019. "Discriminación, maltrato y acoso sexual en una institución total: la vida secreta de los hospitales escuela". *Revista Interdisciplinaria de Estudios de Género de El Colegio de México* 5. <https://doi.org/10.24201/reg.v5i0.366>
- Villanueva, Marcia. 2023. "El alfa es el cirujano": Estereotipos de género y prestigio en las especialidades médicas. *Revista Interdisciplinaria de Estudios de Género de El Colegio de México* 9.
- Villanueva, Marcia. 2024. "Galenidad y masculinidad: semejanzas normativas, de performance y fenomenológicas". *Debate feminista* 67: 33-65. <https://doi.org/10.22201/cieg.2594066xe.2024.67.2363>
- Villanueva, Marcia. 2025. "De la feminización a la feministización de la medicina en México". *Revista de Estudios de Género, La ventana* 7 (62): 12-49. <https://doi.org/10.32870/lv.v7i62.8079>
- Witte, Florence M., Terry D. Stratton y Lois M. Nora. 2006. "Stories from the field: students' descriptions of gender discrimination and sexual harassment during medical school". *Academic Medicine* 81 (7): 648-54.

Marcia Villanueva
 Universidad Nacional Autónoma de México
 Instituto de Investigaciones Filosóficas
<https://orcid.org/0000-0001-9408-6308>
marcia.villanueva@filosoficas.unam.mx

Jorge Vélez Vega. 2024. *Trilogía de la extinción. Ensayos sobre biopolítica, tecnología y animales*, Universidad Nacional Autónoma de México, Programa Universitario de Bioética. 158 pp. ISBN: 978-607-30-9583-9

La extinción es un proceso natural que ha ocurrido a lo largo de la historia de la vida en nuestro planeta. Es la última etapa de la evolución de una especie; la historia de una especie termina cuando mueren los últimos individuos de ese grupo. A lo largo de la historia de la vida han ocurrido al menos cinco grandes extinciones, generadas, entre otras causas, por actividad volcánica, cambios ambientales, caída de meteoritos. Como resultado de esos eventos se han extinguido más de 90 % de las especies que se han originado en el planeta. Las extinciones del pasado ocurrieron por causas naturales; sin embargo, en la actualidad se han extinguido y están en peligro de extinción miles de especies, debido a efectos directos e indirectos de actividades del ser humano, entre ellas, la destrucción de ecosistemas, caza y pesca excesiva, contaminación de ríos, mares, etcétera.

La diferencia entre las causas de las extinciones del pasado y del presente es muy clara. Los procesos actuales de extinción de muchas especies no ocurren por causas naturales, sino por efectos de actividades del ser humano que alteran de manera profunda casi todos los ecosistemas. El papel activo que tiene el ser humano en los procesos actuales de extinción ha generado en las últimas décadas investigaciones y distintas reflexiones académicas, biológicas, filosóficas, políticas y éticas, encaminadas

a tratar de revertir los efectos negativos de nuestras actividades. En el marco de esas reflexiones, Jorge Vélez aborda en los tres ensayos contenidos de este libro la posibilidad de construir una noción alternativa de biopolítica. Mediante el análisis de tres ejemplos concretos, busca dar un giro al efecto devastador de nuestras actividades, desarrolladas a gran escala gracias a la combinación de nuestras capacidades cognitivas con el desarrollo de herramientas tecnocientíficas que potencian los efectos negativos sobre los ecosistemas y con ello la extinción de especies.

En estos ensayos, además de la extinción como un eje central, encontramos tres elementos que recorren los párrafos de cada texto y articulan la reflexión del autor, al mismo tiempo que nos guían hacia su propuesta. En primer lugar está el desarrollo tecnológico que ha sido capaz de extender nuestros límites de intervención sobre la naturaleza; después, los animales como actores que aparecen en el escenario de la vida y cuya continuidad depende de nuestras decisiones; y por último, la biopolítica, como un recurso gestor de la vida que necesita transformarse y dirigirse hacia una dirección distinta a la que ha tenido en los últimos siglos. Estos tres elementos convergen en la capacidad de transformación del ser humano y a partir de ellos se establecen relaciones de control y dominio con la naturaleza animal, ya sea de manera directa o indirecta, pero que en ambos casos aumentan las posibilidades de acelerar la extinción de las especies animales —y de otros organismos como plantas y hongos—.

Sin la invención de la tecnología, una buena parte de la naturaleza animal hubiera permanecido desconocida y con toda seguridad; también tendría asegurada una existencia más prolongada,

y su extinción se daría en los tiempos promedio en los que se extingue de manera natural una especie.

En el primer ensayo: “Alteridad alterada o sobre el lugar que ocupa la técnica entre los seres humanos y los demás animales”, la narrativa se centra en el ajolote, y se explica cómo, tras haberlo sacado de su estado natural, su estudio en condiciones artificiales de laboratorio hizo posible el conocimiento íntegro de su naturaleza. Al respecto, se conoció que tiene diferentes estados (juvenil y adulto), pero en estado natural sólo se presenta la etapa juvenil, en la que es capaz de dejar descendencia y darle continuidad a la especie. Esta capacidad de poder reproducirse en estado juvenil se denomina *neotenia*, un término acuñado en 1885 por el anatomista Julius Kolmann (Meehan y Shackelford 2021). Dicho proceso ha sido asociado por algunos autores —entre ellos el autor de *Trilogía de la extinción...*— como un proceso de “evolución regresiva”, pérdida o “degeneración” de rasgos, como la pérdida de capacidad visual de algunas especies que viven en cavernas o la ausencia de la cola de algunos primates. Lo anterior implica pensar que la evolución va hacia atrás —lo que se conoce como involución—; sin embargo, esta idea está imbricada en la arraigada noción de progreso de las explicaciones de la evolución biológica del siglo XIX y del siglo XX. Particularmente no coincide con el uso de este término como una “evolución regresiva”, porque la neotenia, como un proceso que hace posible la reproducción en estado juvenil, es simplemente un proceso evolutivo que posibilita, como otros procesos, la diversificación de la vida. La vida no va para adelante o para atrás, simplemente se diversifica.

Existen evidencias de que un proceso neoténico dio origen a los vertebrados a partir de una larva de invertebrado (Williamson 2012) y también un proceso neoténico se ha relacionado con el origen de nuestra especie (Somel et al. 2011).

En ese sentido, podríamos decir que somos primates ajolóticos que nos reproducimos con características juveniles con respecto a otras especies de primates cercanas. Lo relevante, y al mismo tiempo interesante de estas similitudes, como lo hace notar Jorge Vélez, es que nuestra especie parece esperar el momento en el que la tecnología pueda revelar nuestro estado maduro (como ocurrió con el ajolote), pero no sólo del estado físico y anatómico, también podría haber esperanza de que nos saque de nuestra “triple minoría de edad”, pero en particular de la minoría de edad moral con la que vivimos como especie (Kant 2004, 90). La inmadurez moral, por supuesto, no se debe a nuestro estado neoténico, sino al continuo tropiezo con el amado yo, “que continuamente se destaca y sobre el cual se fundan los propósitos, y no sobre el estrecho mandamiento del deber que muchas veces exigiría la renuncia y el sacrificio” (Kant 1983, 51).

En todos los sentidos, hemos fincado nuestras ilusiones en la innovación tecnológica, que cada vez aumenta, y con ello la transformación alrededor de los ecosistemas naturales, incluido el del ajolote, cuyas poblaciones se mantienen en las fronteras de la extinción. Coincidió con el autor en que esa capacidad de transformación del ser humano tiene fuertes impactos en los ecosistemas que rompen los equilibrios de las interacciones ecológicas que a su vez tiene efectos directos o indirectos en las distintas especies de plantas y animales que pueden

ser afectadas en distintos grados y llevadas a la extinción. A veces, el avance tecnológico está directamente dirigido a una especie o a un conjunto de especies, como ocurre en la práctica de la pesca y la cacería, que no siempre son para cubrir necesidades básicas y que involucra especies que pueden estar muy lejos de nuestra vida cotidiana.

Una especie que habita lejos, pero que nos parece tan cercana gracias a la tecnología, es la ballena, el animal estelar del segundo ensayo titulado: “Experimentus maris o sobre el regreso a la naturaleza de la tecnología”. La tecnología permitió a nuestra especie regresar al mar y reencontrarse con ese pariente lejano. Si bien a algunas personas este reencuentro nos parece formidable, para otros, como el capitán Ahab, es infernal. Tras un primer y desafortunado encuentro con un enorme cachalote blanco, Ahab quedó sin una pierna y decidió emplear todos los recursos tecnológicos que tuviera a su alcance para perseguir y aniquilar a ese ser de las profundidades.

Como sabemos, la historia de Moby Dick forma parte de las narrativas literarias de la historia de los barcos balleneros que en los siglos anteriores casi exterminaron a las ballenas. En ese sentido, la narrativa de Jorge Vélez no sólo da cuenta de la cacería de este enorme cetáceo, sino también de otros parientes cercanos como los cachalotes, y de cómo la invención de artefactos, barcos balleneros, arpones, lanchas, canoas, hizo posible la cacería masiva de ballenas.

A diferencia de las relaciones entre la tecnología y el asombro que genera el ajolote en el ensayo anterior, aquí podemos ver, —y aunque el autor de *Trilogía de la extinción* no lo profundiza— otros elementos que impulsan el desarrollo de la tecnología, entre ellos,

nuestros valores, creencias, incluso nuestras emociones. Otros autores han mostrado cómo la narrativa de Moby Dick está modelada por el ansia de venganza hacia la llamada “ballena blanca” de las profundidades —que resultó inteligente y vencedora en ese primer encuentro con Ahab— y quien echará mano de todos los recursos tecnológicos para saciar su sed de venganza, y demostrar con ello la superioridad humana frente a la naturaleza que, para desagrado —de nueva cuenta—, de nuestro amado yo, siempre nos supera. No sólo creamos tecnología para hacer más cómoda nuestra vida, también para mostrar poder y controlar a la naturaleza y a otros seres humanos; después de todo, el sentido de la noción de biopoder que ha persistido y ha predominado implica el control de lo vivo basado en el conocimiento científico de la vida a través del conocimiento mismo y de la tecnología; y en la actualidad, de manera mucho más sofisticada y precisa, con la biotecnología.

El tercer y último ensayo, “Arrojar a la extinción: el ejercicio de poder sobre la vida en el Antropoceno”, concluye con una narrativa que se mueve entre el optimismo y el pesimismo, y que parece cumplir el presagio pesimista del primer autor evolucionista Jean Baptiste Lamarck, quien anotó a pie de página en una de sus últimas obras:

El hombre, por su egoísmo, miope por sus propios intereses, por su inclinación a disfrutar de todo lo que tiene a su disposición, en una palabra, por su despreocupación por el futuro y por sus semejantes, parece estar trabajando hacia la aniquilación de sus medios de conservación y la destrucción misma de su propia especie [...]. Se diría que el hombre está destinado a exterminarse a sí mismo tras haber hecho la Tierra inhabitable (Lamarck 1820, 154-155).

Pero tal vez —dice Jorge Vélez— todavía sea tiempo oportuno para poder pensar en una posibilidad diferente a la idea general de la extinción de la vida, una afirmación tajante que —señala— podría ocurrir si nuestra especie no transforma en otro sentido su idea de biopolítica, una noción que nos permita establecer relaciones diferentes con la vida animal y con la vida en general, una biopolítica que integre al menos una perspectiva de la bioética basada en el respeto de cualquier forma de vida. En esto último coincido con el autor, pero no comparto el pesimismo absoluto de la afirmación “la extinción de la vida”, puesto que hablar de la extinción de la vida es pensar en dejar este planeta estéril, sin rastro de alguna forma de vida. Sin embargo, para desilusión del ser humano, que aún, con toda su tecnología no ha podido crear vida, tampoco creo que pueda aniquilarla por completo.

Con mucha probabilidad nuestra especie podría extinguirse, junto con muchas otras formas de vida, incluidos animales, plantas, hongos, protozoarios, y probablemente también bacterias, ya sea por eventos acelerados o graduales de destrucción masiva generados por nuestra especie. Pero después, seguramente la vida sobre el planeta continuaría a través de formas diminutas arrinconadas en zonas inhabitables para muchas especies. Especies unicelulares conocidas como extremófilas, llamadas así porque pueden vivir en condiciones extremas, como *Bacillus fumarioli* o *Basillus infernus*, seguramente sobrevivirían a un posible apocalipsis tecnológico.

En resumen, *Trilogía de la extinción* es una obra que nos invita a reflexionar a través de la narrativa literaria-filosófica sobre la interacción compleja entre la tecnología, la biopolítica y los animales,

incluidos por supuesto esos animales que nos gusta llamar “seres humanos” y que tienen en sus manos —como concluye Jorge Vélez— la posibilidad de echar mano del conocimiento biológico para construir una biopolítica que apueste por otra analogía biológica, *la regeneración o la posibilidad de construir una relación diferente con la vida*.

Referencias

- Kant, Immanuel. 2004. *Antropología práctica*. (Según el manuscrito inédito de C.C. Mrongovius, fechado en 1785). Editado por Roberto Rodríguez Aramayo. 2da. edición. Editorial Tecnos.
- Kant, Immanuel. 1983. *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*. 8.^a edición. Espasa Calpe.
- Lamarck, Jean-Baptiste. 2018. *Système analytique des connaissances positives de l'homme. Restreintes a celles qui proviennent directement ou indirectement de l'observation*. 1820. Centre de Recherche en Histoire des Sciences et des Techniques. Consultado el 6 de octubre de 2025. https://www.filosoficas.unam.mx/docs/611/files/Sesion%205/Systeme_analytique_connaissances.pdf
- Meehan, Madeleine K. y Todd K. Shackelford. 2021. “Neoteny”. En *Encyclopedia of Animal Cognition and Behavior*, editado por Jennifer Vonk y Todd Shackelford. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-47829-6_557-1
- Somel, Mehmet, Lin Tang, and Philipp Khaitovich. 2011. “The role of neoteny in human evolution: from genes to the phenotype”. *Post-genome biology of primates. Primatology Monographs*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-4-431-54011-3_3

Williamson, Donald. I. 2012. "The origins of chordate larvae". *Cell & Developmental Biology*, 1 (1): 1-10. Consultado el 6 de octubre de 2025. <https://www.longdom.org/open-access-pdfs/the-origins-of-chordate-larvae-2168-9296.1000101.pdf>

Ricardo Noguera Solano
Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Ciencias
<https://orcid.org/0000-0001-6463-908X>
rns@ciencias.unam.mx

