



PUBLICACIONES DE LA  
ACADEMIA NACIONAL DE  
MEDICINA DE MÉXICO

# LA BIOÉTICA COMO VALOR EN EL EJERCICIO DE LA MEDICINA

Coordinadores:  
Dr. Raúl Carrillo Esper  
Dr. Francisco Javier Ochoa Carrillo



Academia Nacional Mexicana de Bioética  
Sesión Conjunta  
Academia Nacional de Medicina de México



**Acad. Dr. Francisco Javier Ochoa Carrillo**

Presidente | Academia Nacional Mexicana de Bioética



- Cirujano oncólogo certificado
  - ✓ Instituto Nacional de Cancerología de México
  - ✓ Hospital Angeles del Pedregal
- Miembro del SNI
- Facultad de Medicina, UNAM , Profesor (1995-)
- Sociedad Mexicana de Oncología, Presidente (2004-2005)
- International College of Surgeons, Presidente (2017-2008)
- Academia Mexicana de Cirugía, Presidente (2011-2012)
- Consejo Mexicano de Oncología, Presidente (2014-2016)
- Asociación Mexicana de la Lucha Contra el Cáncer (AMLCC)
  - ✓ Presidente actual (2017-)
- Academia Nacional Mexicana de Bioética (ANMB)
  - ✓ Presidente 2024-2026

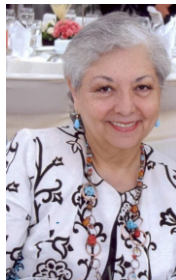


Academia Nacional Mexicana de Bioética  
Sesión Conjunta  
Academia Nacional de Medicina de México



**Acad. Dra. María de la Luz Casas Martínez**

Consejo de Ex Presidentes de la ANMB



- Dra. En Bioética, UNAM
- Presidente de la ANMB 2010-2012.
- Consejera de la Comisión Nacional de Bioética: 2010-2013.
- Miembro del Sistema Nacional de Investigadores desde 2005 a la fecha.
- Miembro del Foro Internacional de Maestros en Bioética. UNESCO 2019
- Premio Nacional en Bioética, Aesculap 2017.
- Consejera de la Comisión de Bioética de la CDMX 2023 a la fecha.



Academia Nacional Mexicana de Bioética  
Sesión Conjunta  
Academia Nacional de Medicina de México



**Acad. Dr. Patricio Javier Santillán Doherty**

Comisionado Nacional de Bioética (CONBIOETICA)

Académico Emérito de la Academia Mexicana de Cirugía



- Medico Especialista en Cirugía Torácica.
- Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán" – Fungió como especialista, Jefe de Departamento de Cirugía Experimental y Presidente del Comité de Ética en Investigación.
- Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias – Fungió como Jefe del Departamento de Cirugía Experimental, Subdirector de Cirugía y Director Médico (2013 – 2022).
- Universidad Nacional Autónoma de México – Tutor académico de posgrado y profesor de curso de Ética en Investigación del Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud.
- Miembro de la Academia Nacional de Medicina de México, de la Academia Mexicana de Cirugía, el Sistema Nacional de Investigadores y el Colegio de Bioética (2007) del cual fue presidente de 2015 – 2021



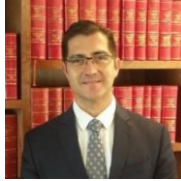


Academia Nacional Mexicana de Bioética  
Sesión Conjunta  
Academia Nacional de Medicina de México



**Acad. Dr. Agustín Antonio Herrera Fragoso**

Coordinador de la Escuela de Bioética e Investigadores de la UPAEP



- Maestro y Doctor en Derecho por el Centro de Ciencias Jurídicas de Puebla.
- Especialista en Derechos Humanos por la Universidad Complutense de Madrid, España.
- Doctor en Bioética y Biojurídica por la Cátedra UNESCO de Madrid, España.
- Miembro del Grupo de Axiología de Madrid, España.
- Coordinador de la escuela de bioética e Investigador de la UPAEP, de la Secretaría de Ciencias, Humanidades Tecnología e Innovación del Estado de Puebla y Research Scholar of the UNESCO Chair in Bioethics and Human Rights.
- Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (CONACYT)
- Académico de número, Academia Nacional Mexicana de Bioética.
- Autor de múltiples libros sobre Derechos Humanos y Bioética.



Academia Nacional Mexicana de Bioética  
Sesión Conjunta  
Academia Nacional de Medicina de México



**Acad. Dra. Ma. Cristina Caballero Velarde**

Miembro del Consejo de Expresidentes de la ANMB



- Médico Pediatra Intensivista (UNAM)
- Maestría en Bioética (Universidad Panamericana)
- Miembro Titular de la Academia Mexicana de Pediatría
- Expresidente de la Academia Nacional Mexicana de Bioética
- Miembro fundador de la AMTIP y su Consejo
- Profesor de Posgrado UNAM y UP
- Producción científica, autora libro "Acto Médico, ante la Biotecnología, la Ética y la Ley" 2019



# LA BIOÉTICA COMO VALOR EN EJERCICIO DE LA MEDICINA

## DR. FRANCISCO JAVIER OCHOA CARRILLO

PRESIDENTE DE LA ACADEMIA NACIONAL MEXICANA DE BIOÉTICA, A.C.



La medicina contemporánea se encuentra en una etapa de profunda transformación. Los avances científicos y tecnológicos han ampliado de manera extraordinaria nuestras capacidades diagnósticas y terapéuticas; sin embargo, también han generado nuevos dilemas que interpelan directamente la esencia misma del acto médico.

En este contexto, la bioética emerge no como un elemento accesorio, sino como un **pilar fundamental** que orienta el ejercicio profesional. Ya no es suficiente con saber qué podemos hacer desde el punto de vista técnico; es indispensable preguntarnos qué **debemos hacer**, en función del respeto irrestricto a la dignidad humana.

La bioética, entendida como una disciplina que integra el conocimiento científico con la reflexión ética, proporciona el marco necesario para deliberar ante situaciones complejas, donde confluyen valores, derechos, deberes y contextos particulares. En este sentido, constituye una guía indispensable para mantener el equilibrio entre el progreso científico y el humanismo médico.

### La Bioética en el ejercicio de la profesión

Ejercer la medicina implica, de manera inherente, enfrentarse a decisiones difíciles, muchas de ellas en escenarios de incertidumbre, vulnerabilidad y límites terapéuticos. Es precisamente en estos momentos donde la bioética adquiere su mayor relevancia.

La bioética cumple, en el ejercicio profesional, al menos tres funciones esenciales:

En primer lugar, una **función orientadora**, que permite al médico tomar decisiones fundamentadas en principios éticos universales, tales como la autonomía, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia. Estos principios no son abstractos; se traducen en acciones concretas que impactan directamente en la vida de los pacientes.

En segundo lugar, una **función crítica**, que invita a cuestionar prácticas que, aun siendo técnicamente posibles, pueden resultar desproporcionadas, fútiles o incluso contrarias al bienestar del paciente. La bioética nos obliga a reflexionar sobre los límites del actuar médico.

Y finalmente, una función humanizadora, que rescata la esencia del acto médico como un encuentro entre personas. En un entorno cada vez más tecnificado, la bioética recuerda que el paciente no es un caso clínico, sino un ser humano con historia, valores, expectativas y derechos.

En la actualidad, el ejercicio de la medicina exige integrar competencias científicas con una sólida formación ética. Temas como el final de la vida, la distribución de recursos, la incorporación de nuevas tecnologías, y el respeto a la diversidad humana, requieren de una mirada bioética que permita decisiones prudentes, proporcionales y centradas en la persona.

Así, la bioética se consolida como un **valor transversal del profesionalismo médico**, indispensable para preservar la confianza social en la profesión.

## Transición: La bioética ante los nuevos escenarios

Los dilemas bioéticos contemporáneos han evolucionado de manera significativa. Si bien históricamente se centraban en el ámbito clínico tradicional, hoy se extienden hacia escenarios cada vez más complejos e interconectados.

Nos encontramos ante una medicina influida por la inteligencia artificial, la medicina de precisión, el análisis masivo de datos, y nuevas formas de entender la identidad y la diversidad humana. Estos avances, si bien prometedores, plantean interrogantes profundas sobre la autonomía, la privacidad, la equidad y la justicia.

En este contexto, la bioética debe ser **dinámica, interdisciplinaria y contextual**, capaz de dialogar con la ciencia, el derecho, la filosofía y las ciencias sociales. No se trata únicamente de establecer normas, sino de generar procesos de deliberación que permitan tomar decisiones prudentes en escenarios complejos.

Esta sesión conjunta representa precisamente ese espacio de reflexión, donde distintas perspectivas convergen para enriquecer el análisis bioético en la medicina actual.

### Bioética y civilización 4.0

En este marco, la Dra. Ma. de la Luz Casas Martínez presentó el tema *“La sinergia esencial entre la medicina y la bioética en la civilización 4.0”*.

La llamada civilización 4.0 se caracteriza por la integración de tecnologías digitales, inteligencia artificial, automatización y conectividad global. En el ámbito de la salud, esto se traduce en nuevas formas de diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes.

Sin embargo, este avance tecnológico conlleva riesgos importantes, entre ellos la posible deshumanización del acto médico, la reducción del paciente a datos, y la toma de decisiones automatizadas sin suficiente deliberación ética.

La bioética, en este contexto, tiene la responsabilidad de asegurar que la tecnología se mantenga al servicio

de la persona, y no a la inversa. Se trata de construir una medicina que integre innovación con humanismo, eficiencia con dignidad.

### Relación médico-paciente e inteligencia artificial

Por su parte, el Acad. Dr. Patricio Javier Santillán Doherty abordó el tema *“La relación médico-paciente y la inteligencia artificial”*.

La irrupción de la inteligencia artificial en la medicina plantea uno de los mayores desafíos contemporáneos. Sistemas capaces de analizar grandes volúmenes de información, generar diagnósticos y sugerir tratamientos, están transformando la práctica clínica.

No obstante, surge una pregunta fundamental: ¿qué lugar ocupa el médico en este nuevo escenario?

La relación médico-paciente, basada en la confianza, la comunicación y la empatía, no puede ser sustituida por algoritmos. La bioética nos recuerda que la tecnología debe ser una herramienta que fortalezca esta relación, no que la debilite.

El reto consiste en integrar la inteligencia artificial de manera ética, garantizando la transparencia, la responsabilidad y el respeto a la autonomía del paciente.

### La Niñez trans e interés superior del menor

El Acad. Dr. Agustín Herrera Fragoso tocó el tema *“La niñez trans y el interés superior del menor”*, uno de los temas más sensibles y complejos en la actualidad.

Este escenario implica una tensión entre diversos principios: la autonomía en desarrollo del menor, la responsabilidad de los padres y del Estado, la evidencia científica disponible y los valores sociales.

La bioética ofrece un marco de análisis que permite abordar estas situaciones con prudencia, evitando reduccionismos y promoviendo decisiones centradas en el bienestar integral del menor.

El principio del interés superior del menor debe ser el eje rector, entendido no como una consigna abstracta,

sino como un criterio que exige una evaluación cuidadosa, individualizada y multidisciplinaria.

### **Paciente terminal en UCI: Ciencia y Ética**

Finalmente, la Acad. Dra. Cristina Caballero Velarde presentó el tema *“El paciente terminal en la UCI (Unidad de Cuidados Intensivos), la ciencia y la ética”*.

La unidad de cuidados intensivos representa uno de los escenarios donde la medicina alcanza su mayor capacidad tecnológica, pero también donde se enfrentan los dilemas éticos más profundos.

La posibilidad de prolongar la vida mediante intervenciones avanzadas plantea la necesidad de reflexionar sobre la proporcionalidad de los tratamientos, la adecuación del esfuerzo terapéutico y el respeto a la dignidad del paciente.

La bioética permite distinguir entre intervenciones que benefician al paciente y aquellas que, aunque técnicamente posibles, pueden resultar fútiles o desproporcionadas.

En este contexto, el objetivo no es únicamente prolongar la vida, sino garantizar una atención que respete la dignidad, evite el sufrimiento innecesario y considere los valores y deseos del paciente.

Los temas que se abordaron en esta sesión reflejan con claridad la amplitud y la profundidad de los desafíos bioéticos en la medicina contemporánea.

Desde la incorporación de nuevas tecnologías, hasta los dilemas en el inicio y el final de la vida, la bioética se posiciona como una herramienta indispensable para el ejercicio responsable de la profesión médica.

Hoy más que nunca, el médico está llamado a integrar tres dimensiones fundamentales: el conocimiento científico, la competencia técnica y la sensibilidad ética. Porque en última instancia, la medicina no es solo una ciencia, sino una práctica profundamente humana, que encuentra en la bioética su guía más sólida para actuar con prudencia, justicia y respeto.

### **Referencias. Bibliográficas**

- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). Principles of biomedical ethics (8th ed.). Oxford University Press.
- ten Have, H. (2022). Global bioethics: An introduction (2nd ed.). Routledge.
- World Medical Association. (2023). Declaration of Helsinki – Ethical principles for medical research involving human subjects.
- UNESCO. (2021). Recommendation on the ethics of artificial intelligence.
- Organización Mundial de la Salud. (2023). Ethics and governance of artificial intelligence for health.
- Emanuel, E. J., et al. (2022). “Ethical considerations in end-of-life care.” *The Lancet*, 400(10352), 1020–1030.
- Biller-Andorno, N., & Jobin, A. (2024). “Ethics of AI in medicine.” *New England Journal of Medicine*, 390, 125–132.
- Comité Internacional de Bioética (UNESCO). (2022). Report on bioethics and emerging technologies.



# LA SINERGIA ESENCIAL ENTRE LA MEDICINA Y LA BIOÉTICA EN LA SOCIEDAD 4.0

**DRA. MA. DE LA LUZ CASAS MARTÍNEZ.**

ACADEMIA NACIONAL MEXICANA DE BIOÉTICA, A.C.



Nos encontramos en un punto histórico definido por la Sociedad 4.0, una era de transformación digital donde la convergencia de tecnologías físicas, digitales y biológicas está redefiniendo la práctica médica. Como profesionales de la salud y expertos en bioética, debemos reconocer que, si bien la inteligencia artificial (IA), la genómica y la telemedicina ofrecen herramientas sin precedentes para optimizar la vida, también nos plantean desafíos éticos profundos que no pueden ser ignorados.

Día con día observamos cómo la IA se integra en diagnósticos, pronósticos, diseño de medicamento y planes de tratamiento entre otros campos cruciales en la medicina moderna. La medicina genómica y la edición genética (CRISPR-Cas9) ofrecen una medicina personalizada, que proporcionaría tratamientos más efectivos con bajos efectos secundarios, pero que también abren la puerta a una brecha de salud basada en el poder adquisitivo y a preocupaciones sobre el "eugenismo" y el mejoramiento humano perfecto.

Por otro lado, nos enfrentamos a la neurotecnología, que a través de interfaces cerebro-computadora permite tratar trastornos neurológicos antes inabordable, pero pone en riesgo la privacidad mental y la autonomía de la identidad personal, pues ante el avance de la IA generativa no hay por ahora garantía de que los algoritmos sean cambiados a criterio de esta herramienta, pudiendo integrar pensamientos y memorias ajenas al sujeto. Asimismo, el avance en la prolongación de la vida y el manejo de grandes volúmenes de datos (Big Data) nos exige garantizar la seguridad de la información.

La investigación sobre el envejecimiento y las terapias para prolongar la vida plantean preguntas existenciales sobre la equidad y el significado de la vida y la muerte, porque si solo una élite tiene acceso a tratamientos para vivir mucho más tiempo con calidad de vida, ¿qué implicaciones sociales tendrá esto? ¿Se volverá la vejez un problema que solo enfrentan los pobres? Este tema se entrelaza con el debate sobre la eutanasia y el suicidio asistido, así como los costos de atención, que en una visión utilitarista favorecen la eutanasia a los cuidados paliativos.

En un entorno donde la telemedicina y el monitoreo remoto pueden despersonalizar el acto médico, nuestro deber es preservar la empatía y la confianza en la relación médico-paciente, evitando que la tecnología se convierta en un muro en lugar de un puente. Toda la historia de la Medicina, Medicina y Ética siempre han actuado juntas y ahora más que nunca debe ser así, pues ante este gran poder tecnológico debemos responder con un gran acervo ético que preserve los fines propios de la Medicina, la Dignidad Humana y la justicia.

Actualmente la Medicina avanza en un marco interdisciplinario, no solamente de las propias áreas médicas, sino de aquellas que influyen necesariamente en su desarrollo como son las áreas de economía y negocios, política, sociología, comunicación, educación, entre otras. El avance médico cada vez es más profundo y rápido, si hace unos años este era un problema para la actualización, la brecha cada vez se amplía. La Medicina requiere para su comprensión y avance de otros campos de conocimiento y precisamente este es el ámbito de la Bioética.

La medicina presente y del futuro será necesariamente interdisciplinaria, humanista y reflexiva para responder con sabiduría, justicia y responsabilidad a los problemas del presente.

La Academia Nacional Mexicana de Bioética A.C. , fundada por el Dr. Manuel Velasco Suárez está conformada interdisciplinariamente: Áreas de la salud, Derecho, filosofía, estadística, ingeniería, biología, mercadotecnia, política, economía, entre otras, todas ellas trabajando en un eje común, la ética aplicada a los avances científicos y tecnológicos.

Este modelo nos permite:

- Emitir posicionamientos conjuntos con mayor peso científico, médico y ético.
- Ser interlocutor propositivos en la formulación de políticas públicas.
- Diseñar criterios consensuados en emergencias o situaciones de alta sensibilidad.
- Promover una voz pública más robusta.
- Desarrollo de módulos curriculares en el campo de la salud que aborde los retos actuales de la biotecnología.
- Educación continua sobre dilemas bioéticos contemporáneos.
- Guías de buenas prácticas clínicas y éticas en áreas emergentes como inteligencia artificial, medicina regenerativa y salud digital.

Medicina y ética compartimos una misma vocación:

Promover y conservar la dignidad de la persona y la excelencia del cuidado de la salud.

Nuestra vocación en nuestro campo, es proteger la dignidad humana. La bioética debe ser la brújula que guíe nuestra ciencia hacia un futuro humano, asegurando que cada decisión no solo sea técnicamente posible, sino humana y justa.

### Bibliografía:

- Academia Nacional Mexicana de Bioética A.C. (2026). Sobre nosotros. <https://academia-nacional-mexicana-de-bioetica-ac.webnode.mx/sobre-nosotros/>
- García-Delgado, D. V., & Vergara-Camposano, T. B. (2026). Impacto de la digitalización en la comunicación médico-paciente y los desafíos para médicos en formación. *Médicas UISf*, 39(1), 27–33.
- González, D. E. P. (2026). Los efectos deshumanizantes de la inteligencia artificial en el sistema médico asistencial. *Anales de la Cátedra Francisco Suárez*, 60, 383–413.
- Kandany, V. N., Vásquez, L. A. F., Valdez, P., Arias, J. J., & Disla, A. V. (2026). Predictores individuales y profesionales del uso de inteligencia artificial en medicina: Un análisis multivariado en América Latina. *Revista Española de Educación Médica*, 7(1), 9.
- Pellegrini Filho, A. (2025). La importancia del apoyo político y el papel de la academia para la integración de los determinantes sociales de la salud en los programas de salud. *Fundación Oswaldo Cruz*. [https://www.anmm.org.mx/lidsspp/pdf/81\\_pdfsam\\_la.pdf](https://www.anmm.org.mx/lidsspp/pdf/81_pdfsam_la.pdf)



# LA RELACIÓN PACIENTE-MÉDICO EN LA ERA DE LA IA

PATRICIO J. SANTILLAN-DOHERTY

COMISIONADO NACIONAL DE BIOÉTICA



Hace una centuria casi, y con apenas un esbozo tecnológico en la práctica médica, ya se reconocía como importante axioma que *“el tratamiento de la enfermedad puede ser totalmente impersonal pero, el cuidado de un paciente debe ser totalmente personal”*.<sup>1</sup> La práctica médica se entabla con el otro, el paciente, receptor del conocimiento que requiere para resolver problemas de salud mediante la capacidad de un profesional de proveerlo con humanismo y valores que respetan al necesitado. La relación paciente-médico se funda en una confianza derivada de pre-requisitos como seguridad, eficacia, eficiencia, calidad entre otros valores que se encapsulan en guías, lineamientos, políticas y documentos legales que el gremio médico acepta. Esto no debe ser diferente por usar sistemas de inteligencia artificial.<sup>2,3</sup> Declaraciones internacionales como la de Derechos Humanos, la de Ginebra y la de Helsinki (recientemente revisada),<sup>4</sup> se encuentran de una u otra forma retomadas dentro de nuestra Ley General de Salud y Reglamentos derivados que, de manera resumida, obligan a que cualquier acción o intervención en el campo de la salud, incluyendo la investigación, debe realizarse en concordancia con obligaciones y estándares profesionales establecidos. Los desarrolladores de sistemas de IA son responsables de incluir principios y valores éticos conocidos, así como propiciar la defensa de derechos humanos aceptados a lo largo del proceso de diseño, desarrollo y

prueba de estos sistemas de IA. Sin duda deben incluir la participación inter y transdisciplinaria de distintos actores del ámbito de la atención de la salud. A estos últimos hay que agregar el deber ético de participar en ese proceso y no solo para mantener el cumplimiento de guías de uso establecidos (manual de usuario, guías clínicas con tipos de recomendación para el uso de distintos sistemas, etc.).

El respeto a la autonomía de las y los pacientes es primordial. La autonomía en el ámbito de la salud es mucho más que dar consentimiento ya que traduce la capacidad de las y los pacientes de introducir sus propios valores dentro del proceso de toma de decisiones que se da en el contexto de lo que atañe a su vida y su salud. La introducción progresiva de sistemas de IA en la atención de la salud podría trastocar la relación paciente-médico provocando frustración de pacientes cuando sus necesidades de cuidado o tratamiento dependen de esos sistemas de IA y los procesos de consentimiento impiden un diálogo que permita ventilar dichos valores (fenómeno similar a lo que ya sucede con los mecanismos de transparencia que exigen la aceptación de avisos de privacidad para continuar trámites o la aceptación de 'cookies' para ver páginas web de distintos tipos -que muchas veces terminan por ser aceptados irreflexivamente de manera obligada y sin opción).

<sup>1</sup> Peabody FW. The Care of the Patient. JAMA. 1927; 88(12):877-882.

<sup>2</sup> Report on The Application of Artificial Intelligence in Healthcare and its Impact on the 'Patient-Doctor' Relationship. Steering Committee for Human Rights in the Fields of Biomedicine and Health (CDBIO). Council of Europe. September 2024.

<sup>3</sup> Nagy M, Sisk B. How Will Artificial Intelligence Affect Patient-Clinician Relationships? AMA J Ethics. 2020; 22(5):E395-400. DOI 10.1001/amajethics.2020.395

<sup>4</sup> Asociación Médica Mundial. WMA Declaration of Helsinki Ethical Principles for Medical Research Involving Human Participants. 75 Asamblea General de la AMM, Helsinki, Finlandia, Octubre 2024. Acceso en: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki/>

Mucho se habla sobre la aceptación del uso de IA por parte de pacientes en un contexto en el cual la atención específica requiere del uso forzoso de la IA para proveer el servicio. Ya se encuentran en uso sistemas IA de revisión de imágenes (p.ej.: mamografías, tomografías de tórax, laminillas de estudios citológicos o histopatológicos, incluso análisis de datos genómicos, transcritómicos, epigenómicos, proteómicos y metabolómicos).<sup>5</sup> En principio uno pensaría que el respeto por la autonomía exigiría un proceso de consentimiento informado con aceptación por parte de los pacientes, sin embargo, ¿qué sucede si los clínicos han relegado la responsabilidad de esas funciones de revisión a un sistema de IA y no tienen la capacidad de proveer el servicio de otra manera? ¿Existe un derecho a rehusar procedimientos diagnósticos o de manejo que utilizan IA?

Se han generado argumentos que sostienen esa posibilidad.<sup>6,7</sup> Sin embargo, si estos sistemas demuestran su eficiencia, eficacia y seguridad, se vuelven de uso común e incluso el estándar establecido por la *lex artis*, pareciera generarse la posibilidad de defender un derecho espurio e incluso contraproducente al ir potencialmente en contra del mejor interés de los pacientes. Finalmente, uno podría equiparar ese 'derecho a no uso de IA' haciendo una analogía contra el uso a revisar la farmacopea para verificar la dosis adecuada de un medicamento o sus interacciones potenciales, o el internet para una revisión de la evidencia publicada al respecto de una enfermedad. Parfraseando a Dennett, en la actualidad no creo que alguien aceptara abordar un avión o un barco que no contase con sistemas de posicionamiento global como parte de su equipo de navegación y exigiéramos en cambio un viaje guiado por sextante que determine nuestra posición mediante la revisión de la posición de

las estrellas en el cielo.<sup>8</sup> La autonomía de las personas exige más información, explicación y transparencia sobre la forma en que se trabaja en el ámbito de la salud; no menos.

Toda persona tiene el derecho de conocer la información que se recolecta sobre su salud. Todos los sistemas de IA requieren de acceso a datos relativos al tema que pretenden trabajar. Los datos biométricos, biomédicos y otros datos clínicos obtenidos de pacientes (acceso a expedientes clínicos electrónicos, imágenes, parámetros de laboratorio, etc.) deben considerarse como datos personales y ser sujetos a protección. El uso de dichos datos requiere de autorización expresa de los seres humanos relacionados con los mismos en todo el proceso de desarrollo y uso de los sistemas de IA. Lo mismo sucede con la recolección y almacenamiento de material biológico en repositorios o bancos de muestras tejidos y material genético, así como datos provenientes de estudios que generan datos directos o indirectos sobre la estructura, actividad y función del sistema nervioso de los seres humanos.<sup>9</sup> Muchos países no cuentan aún con regulaciones claras sobre esto (incluido México), pero existe interés y propuestas al respecto; cualquier regulación deberá contemplar lo planteado en este escrito y adaptarse a cualquier requerimiento específico establecido en el futuro en la Declaración de Taipei<sup>10</sup> (si bien su versión existente es de 2016 actualmente se encuentra en revisión para tomar en cuenta las consideraciones acerca de los usos en modelos de aprendizaje de IA). Los profesionales de la salud, y sus instituciones donde laboran, son responsables de los datos, las muestras biológicas y otra información recolectada durante la atención de la salud (sea el proceso clínico en sí, o procesos de investigación biomédica).<sup>11</sup>

---

<sup>5</sup> Gomes B, Ashley E. Artificial Intelligence in Molecular Medicine. *N Eng J Med.* 2023; 388:2456-65

<sup>6</sup> Ploug T, Holm S. The right to refuse diagnostics and treatment planning by artificial intelligence. *Med Health Care Philos.* 2020; 23(1):107-14.

<sup>7</sup> de Miguel-Beriaín I. Should we have a right to refuse diagnostics and treatment planning by artificial intelligence? *Med Health Care Philos.* 2020; 23(2):247-52.

<sup>8</sup> Dennett D. *From Bacteria to Bach and Back: The Evolution of Minds.* WW Norton & Co. 2017. Pp: 366.

<sup>9</sup> UNESCO. Recomendación Sobre la Ética de la Neurotecnología. Documento SHS/BIO/REC-NEURO/2025:

[https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000394866\\_spa?posInSet=5&queryId=1654f27b-3715-4886-a593-8fd8da27a462](https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000394866_spa?posInSet=5&queryId=1654f27b-3715-4886-a593-8fd8da27a462)

<sup>10</sup> Asociación Médica Mundial. WMA Declaration of Taipei on Ethical Considerations Regarding Health Databases and Biobanks. Adoptada por la Asamblea General de la AMM, Taipei, 2016. Revisar en:

<https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-taipei-on-ethical-considerations-regarding-health-databases-and-biobanks/>

<sup>11</sup> CIOMS Working Group. International Guidelines on Good Governance Practice for Research Institutions 12 de abril de 2023. Revisar en:

[https://cioms.ch/wpcontent/uploads/2023/04/CIOMS\\_GGPRI\\_Guidelines\\_draft-for-comment\\_12042023.pdf](https://cioms.ch/wpcontent/uploads/2023/04/CIOMS_GGPRI_Guidelines_draft-for-comment_12042023.pdf)

Las y los profesionales de la salud actúan como guardianes sobre la información de salud que se colecta y se introduce a los sistemas de datos por lo que adquieren la responsabilidad de salvaguardar dichos datos y preservar la confidencialidad médica que se adquiere al entablar cualquier interacción médica la cual responde a lineamientos comunes de una relación paciente-médico misma que debe respetarse.

Finalmente, existe la expectativa ética de que los sistemas de IA en el ámbito de la salud ayuden a resolver el asunto de la equidad en la atención de la salud, especialmente en países con servicios adelgazados y heterogéneos en cuanto a calidad, presencia y acceso. Se reconoce que países de ingresos bajos y medios como el nuestro, con una transición epidemiológica hacia enfermedades crónico-degenerativas podrían beneficiarse de acceso no solo a sistemas eficientes de atención de la salud sino de acceso a la tecnología y el conocimiento científico que implican. En estos países, debemos producir el conocimiento necesario para generar nuestros propios sistemas y no ser meros consumidores de sistemas importados alimentados con datos de sociedades (personas) con otros estilos y condiciones de vida. Esto genera un sesgo en los algoritmos, los cuales terminan por beneficiar a clases sociales de alto poder económico y no estar basados en datos locales para entrenar, probar y validar

los efectos del sistema en sociedades similares a la nuestra.

De lo que se trata es de tener herramientas útiles, no colegas falsificados. Por eso debemos impulsar que estos sistemas tengan claras marcas de identificación de lo que son: máquinas, muy potentes y con mucha información. Prometen mucho y dentro de esas promesas se encuentra la posibilidad de liberar a los profesionales de la atención de la salud de labores administrativo-burocráticas<sup>12</sup> para ocupar su tiempo en mejorar su aspecto intrínseco, lo humano, la cultura general y la bioética para reforzar la relación paciente-médico en su aspecto humanista. Parafraseando a un viejo maestro nuestro: lo que requerimos es reconocer que un profesional de la salud culto es un mejor profesional de la salud, pero no porque sea culto sino porque es un mejor ser humano. La IA puede ayudar, siempre y cuando tengamos el control, ya que posee el potencial de transformar lo que hacemos los profesionales de la salud; desde la elaboración de notas clínicas y escaneos médicos hasta diagnósticos y tratamientos, liberándonos de labores que interfieren con el establecimiento de una interconexión humana.<sup>13</sup> La atención de la salud es una actividad que se sustenta en la confianza que establecemos con el personaje más importante de la obra: el paciente. Más vale preservarla.

---

<sup>12</sup> Hill RG, Sears ML, Melanson SW. 4000 clicks: a productivity analysis of electronic medical records in a community hospital ED. *Am J Emerg Med.* 2013; 31(11):1591-4.

<sup>13</sup> Topol E. *Deep Medicine: How Artificial Intelligence Can Make Healthcare Human Again.* Basic Books. 2019.



# LA NIÑEZ TRANS Y EL INTERÉS SUPERIOR DE LA INFANCIA

DR. AGUSTÍN ANTONIO HERRERA FRAGOSO<sup>1</sup>



Para el caso que nos ocupa (desarrollo evolutivo y salud), entre otros, se aprecia en la Convención sobre los Derechos del Niño, en el párrafo 6 de su preámbulo reconoce "...que el niño, para el pleno y armonioso desarrollo de su personalidad, debe crecer en el seno de la familia, en un ambiente de felicidad, amor y comprensión. Y en el artículo 29.1.a respecto a la educación, que: "Los Estados Partes convienen en que la educación del niño deberá estar encaminada a: Desarrollar la personalidad, las aptitudes y la capacidad mental y física del niño hasta el máximo de sus posibilidades". Así mismo, el artículo 6 reconoce el derecho de los niños a la vida, y en el inciso segundo dispone que "Los Estados Partes garantizarán en la máxima medida posible la supervivencia y el desarrollo del niño". En la misma línea, el punto 21 de la Declaración y programa de acción de Viena establece: *"La Conferencia Mundial de Derechos Humanos subraya asimismo que el pleno y armonioso desarrollo de la personalidad del niño exige que éste crezca en un entorno familiar, que merece, por lo tanto, una mayor protección."*

Al derecho "integral a la salud" como condición básica para al libre desarrollo de la personalidad, se amplía a la luz de los derechos del niño, al estipular el citado artículo 12.2.a del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales que es un deber del

Estado "adoptar las medidas necesarias para el "sano desarrollo de los niños" reconociendo y otorgando de esta forma una mayor protección a esta población, por la razón lógica de su sensibilidad y vulnerabilidad. En este mismo sentido, se expresa el principio sexto de la carta de Constitución de la OMS, al disponer que *"El desarrollo saludable del niño es de importancia fundamental; la capacidad de vivir en armonía en un mundo que cambia constantemente es indispensable para este desarrollo."*

En esa tesitura, la focalización del libre desarrollo de la personalidad, con la salud y desarrollo evolutivo de la niñez debe ser bajo el amparo de las mejores condiciones de vida y bajo evidencia científica, cómo también refiere la Corte de Apelación de Gran Bretaña, en el caso *Bell vs travistock*<sup>2</sup>, y en acompañamiento de sus padres y con aval de profesionales de la salud, situación que se ha referido en otras sentencias internacionales de otros países.

Bajo la evidencia científica, el sexo al nacer no se asigna por una determinación social, más bien se reconoce, bajo los parámetros objetivos, de la genética, morfología, biología y médicamente (independientemente de los intersexuales). Por su parte, el género es una construcción social. Hace referencia a las pautas de comportamiento usualmente atribuidas a hombres y mujeres<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Licenciado, Maestro y Doctor en Derecho, con Especialidad en Derechos Humanos por la U. Complutense y Doctorado en Bioética y Biojurídica por la Cátedra de la UNESCO, estas dos últimas en Madrid, España. Coordinador Académico SPES de la escuela de bioética en la facultad de medicina de la UPAEP, e investigador del del CECyTEP. Autor de 8 libros. 9 coordinaciones, Research Scholar of the UNESCO Chair in Bioethics and Human Rights. Roma, Italia, e investigador invitado de la Anáhuac CDMX. Miembro del SNI, nivel 1.

<sup>2</sup> Court of Appeal (Civil Division). (2021, September 17). *Bell v Tavistock and Portman NHS Foundation Trust* [2021] EWCA Civ 1363. Judiciary of England and Wales.

<sup>3</sup> Corte IDH. Opinión Consultiva OC-24/17 de 24 de noviembre de 2017.

En la opinión OC-24/17 la Corte IDH ha referido "que la expresión "interés superior del niño", consagrada en el artículo 3 de la Convención sobre los Derechos del Niño, implica que el desarrollo de éste y el ejercicio pleno de sus derechos deben ser considerados como criterios rectores para la elaboración de normas y la aplicación de éstas en todos los órdenes relativos a la vida del niño."<sup>4</sup> Además, se deben contar con las medidas especiales de protección contempladas en el artículo 19 de la Convención, las cuales deben ser definidas según las circunstancias particulares de cada caso concreto<sup>5</sup>. Al respecto, la Corte consideró que el artículo 19 "debe entenderse como un derecho adicional, complementario, que el tratado establece para seres que por su desarrollo físico y emocional necesitan de protección especial"<sup>6</sup>. En este sentido, la niñez ejerce por sí mismos sus derechos de manera progresiva, a medida que desarrollan un mayor nivel de autonomía personal<sup>7</sup>, y las medidas pertinentes de protección a favor de la niñez son especiales o más específicas que las que se decretan para el resto de las personas, es decir, los adultos<sup>8</sup>, de acuerdo a su **edad, desarrollo evolutivo, cognoscitivo y madurez**.

En esa inteligencia, dichos elementos se deben de desarrollar bajo el amparo de la ciencia basada en evidencia, mismo que debe ampliar el espectro de

protección y en particular el interés superior de la niñez, acorde a la interpretación evolutiva de los D.H.<sup>9</sup> De lo cual, es propio señalar lo que las neurociencias y las posiciones oficiales de la Asociación Americana de Psicología (APA) respecto a la orientación sexual, misma que son determinantes al señalar que no es innata, y es mutable. "la orientación sexual es más probablemente el resultado de una interacción compleja de factores biológicos, cognitivos y del entorno"<sup>10</sup>.

El Manual de la APA también establece: "A pesar de que el cambio en la adolescencia y la juventud es comprensible, el cambio en la edad adulta contradice la opinión predominante de la consistencia de la orientación sexual"<sup>12</sup>. Además, tanto la Asociación Americana de Psiquiatría<sup>11</sup> como la Asociación Americana de Psicología<sup>12</sup> reconocen que la identidad transgénero fluctúa, y la gran mayoría de los menores con disforia de género al término de la adolescencia finalmente terminan por aceptar su sexo cromosómico. La evaluación de la disforia de género y la salud mental debe explorar la naturaleza y características de la identidad de género de un niño, niña o adolescente. Destacando que en la mayoría de los niños y niñas, la disforia de género desaparecerá antes o al comienzo de la pubertad<sup>13</sup>.

<sup>4</sup> Corte IDH, Opinión Consultiva 17(X. Opinión 2) p. 85.

<sup>5</sup> Cfr. Caso Gelman Vs. Uruguay, párr. 121; Opinión Consultiva OC-21/14, párr. 66, y Caso Atala Riffo e hijas Vs. Chile, Resolución de 29 de noviembre de 2011, párr. 6. 22 Cfr. Caso Gelman Vs. Uruguay, párr. 121.

<sup>6</sup> Caso "Instituto de Reeduación del Menor" Vs. Paraguay. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 2 de septiembre de 2004. Serie C No. 112, párr. 147, y Caso Masacres de Río Negro Vs. Guatemala. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 4 de septiembre de 2012. Serie C No. 250, párr. 142.

<sup>7</sup> Cfr. Caso Gelman Vs. Uruguay, párr. 129; Opinión Consultiva OC-21/14, párr. 66, Caso Furlan y Familiares Vs. Argentina, párr. 203, y Caso Mendoza y otros Vs. Argentina, párr. 143.

<sup>8</sup> Véase también, Comité de los Cfr. Opinión Consultiva OC-21/14, párr. 66.

<sup>9</sup> Véanse, por ejemplo, Corte IDH, Caso de la Comunidad Mayagna (Sumo) Awas Tingni vs. Nicaragua (Fondo, Reparaciones y Costas), Sentencia del 31 de agosto de 2001, serie C, núm. 79, párrs. 146-148. Corte IDH, Caso Comunidad Indígena Yakye Axa vs. Paraguay (Fondo, Reparaciones y Costas), doc. cit., párr. 125; y Corte IDH, Caso de la Masacre de Mapiripán vs. Colombia (Fondo, Reparaciones y Costas), Sentencia del 15 de septiembre de 2005, serie C, núm. 134, párr. 106.

<sup>10</sup> Se puede consultar en: <https://www.apa.org/centrodeapoyo/sexual.aspx>

<sup>11</sup> Diagnostic and Statistical Manual-quinta edición, p. 455.

<sup>12</sup> Bockting, 2014, Manual de la APA, v. 1, p. 744.

<sup>13</sup> Entre otros: Cohen-Kettenis, 2001; Zucker y Bradley, 1995). Los niños (biológicamente), en estos estudios, eran más propensos a identificarse como gay en la edad adulta que como trans (Green, 1987; Dinero y Russo, 1979; Zucker y Bradley, 1995; Zuger, 1984). Los estudios más recientes, incluyendo también las niñas (biológicamente), mostró una tasa de 12-27% de persistencia de la disforia de género en la edad adulta (Drummond, Bradley Peterson-Badali, y Zucker, 2008; Wallien y CohenKettenis, 2008). Churcher Clarke, Anna, Spiliadis, Anastassis (6 February 2019). "'Taking the lid off the box': The value of extended clinical assessment for adolescents presenting with gender identity difficulties". *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. 24 (2): 338–352. doi:10.1177/1359104518825288. ISSN 13591045. PMID 30722669. S2CID 73415946. En este tema, es suficiente que se registren casos, mediante estudios clínicos o no aleatorios, donde los entrevistados señalan el haber abandonado el comportamiento transgénero. Por ejemplo: Churcher Clarke, Anna, and Anastassis Spiliadis (2019). "'Taking the lid off the box': The value of extended clinical assessment for adolescents presenting with gender identity difficulties". *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 24(2), 338-352; Steensma, Thomas D., Jenifer K. McGuire, Baudewijntje P.C. Kreukels, Baudewijntje, Anneke J. Beekman, and Peggy Cohen-Kettenis (2013). "Factors associated with desistence and persistence of childhood gender dysphoria: A quantitative follow-up study". *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 52(6), 582–590; Wallien, Madeleine S.C. and Peggy T. Cohen-Kettenis (2008). "Psychosexual outcome of gender-dysphoric children". *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 52(6), 1413-1423.

También es importante tomar en cuenta un psicodiagnóstico y evaluación psiquiátrica—abarcando las áreas de funcionamiento emocional, relaciones sociales, y funcionamiento intelectual/logros escolares—deben ser realizados. La evaluación debe incluir una apreciación de las fortalezas y debilidades del funcionamiento familiar. Los problemas emocionales y comportamentales son relativamente comunes, y pueden estar presentes cuestiones no resueltas en el entorno del niño, niña o joven<sup>14</sup>, con profesionales de la salud.

El Informe Cass<sup>15</sup> del Reino Unido (2024), concluyó que la evidencia sobre beneficios de transición médica pediátrica es "muy incierta" mientras que evidencia sobre efectos nocivos es "menos incierta". Situación

que también confirmó el informe del Departamento de Salud de EE.UU.<sup>16</sup> (2025). Países como Suecia, Reino Unido y Finlandia han suspendido bloqueadores de pubertad para menores de 18 años. Así mismo, se sugiere la "espera vigilante" con psicoterapia exploratoria que cuenta con 50+ años de respaldo investigativo, dado que la mayoría de menores con disforia resuelven naturalmente al terminar la adolescencia. Por último, un tema a destacar es la como "Disforia de Género de Surgimiento Repentino", cambiado actualmente el fenómeno. No tiene su origen en la disforia de género tradicional, sino en la información de las redes sociales de internet. Representa el mimetismo inspirado en los gurús de la web<sup>17</sup>.

---

<sup>14</sup> De Vries, Doreleijers, Steensma, y Cohen-Kettenis, 2011; Di Ceglie y Thümmel, 2006; Wallien et al., 2007.

<sup>15</sup> The Cass Review, p.13, se puede consultar en: [file:///C:/Users/3441315/Downloads/CassReview\\_Final.pdf](file:///C:/Users/3441315/Downloads/CassReview_Final.pdf)

<sup>16</sup> Se puede consultar en: [https://segm-org.translate.google/Economist-HHS-gender-dysphoriareport?\\_x\\_tr\\_sl=en&\\_x\\_tr\\_tl=es&\\_x\\_tr\\_hl=es&\\_x\\_tr\\_pto=tc](https://segm-org.translate.google/Economist-HHS-gender-dysphoriareport?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=es&_x_tr_hl=es&_x_tr_pto=tc)

<sup>17</sup> Idem, Apéndice 5, Fig. 1.



# CUIDADOS PALITIVOS EN UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA PEDÍATRICA (UTIP)

DR. MA. CRISTINA CABALLERO VELARDE

PEDIATRA INTENSIVISTA – MASTER EN BIOÉTICA



El presente escrito sintetiza el complejo tema del final de la vida pediátrica en unidades de cuidado intensivo, desde una perspectiva eminentemente ética y práctica.

## Contexto

La tendencia notable en las últimas décadas, es el incremento de la atención a pacientes con enfermedades complejas y crónicas, lo que nos obliga a incrementar la visión humanista en la atención de los pacientes en estado crítico, creando una atmósfera que influya en el personal de salud involucrado.

El paciente debe ser liberado de cualquier situación que amenace su sentido de *autoestima*, *identidad* y *dignidad para regresar a la vida que conocieron*.<sup>1</sup>

En el paciente terminal convergen la práctica totalidad de las teorías éticas de la medicina y problemas morales: la persona ante la muerte, los valores de la familia y del personal de salud, la importante relación médico-paciente, una comunicación asertiva, principio de justicia para el mejor aprovechamiento de los escasos recursos sanitarios, el proceso del consentimiento bajo información previa, así como, la calidad de vida restante.

## Desafío

Importante es reconocer la línea divisoria entre los principios bioéticos de beneficencia, el respeto a la autonomía y el de no maleficencia, este último

expresado en el rechazo de la «obstinación terapéutica irrazonable» al retirar tratamientos ante su ineficacia, tornándose agresivos y significando una disminución en la calidad de vida.

En este orden de objetivos, se torna indispensable iniciar en forma temprana y continua un proceso de discusión sobre los tratamientos de soporte vital y establecer metas de cuidado a corto y largo plazo.

## Incertidumbre

Gravita en médicos y pacientes que a menudo viven la enfermedad como un interrogante sobre su futuro y su vida, siendo consecuencia de la propia naturaleza de la ciencia médica.

Es necesario evaluar y aplicar la evidencia científica, pero también el tomar decisiones cuando esta evidencia no existe, es insuficiente o poco pertinente.<sup>2</sup>

## Vulnerabilidad

Hace referencia a la posibilidad de daño, a la finitud y a la condición mortal del ser humano. Recuerda nuestra frágil, contradictoria y finita vida.

La Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (2005), reconoce la vulnerabilidad como un principio ético. Admite que puede acontecer de enfermedades, incapacidades u otros condicionantes, requiriendo atención especial para quienes no tienen

<sup>1</sup> Bobillo-Perez S, Segura S, Girona-Alarcon M, Felipe A, et al. End-of-life care in a pediatric intensive care unit: the impact of the development of a palliative care unit. BMC Palliat Care. 2020; 19(1):74.

<sup>2</sup> Peralta Reyes KN, Abad Correa KE, Oviedo Rodríguez RJ. Modelo de Incertidumbre de Mishel en el Cuidado del Paciente en UCI. Reincisol [Internet]. 23 de junio de 2025 [citado 02 de mayo de 2026];4(7):4585-603.

suficientes condiciones para enfrentarlos. La meta de la declaración es garantizar el respeto a la dignidad humana.<sup>3</sup>

Considerar que su presencia torna a la familia incapaz de comprender información relevante o de apreciar y juzgar beneficios y cargas.

### Toma de decisiones en paciente terminal en UTIP

- Entender - Definir - Actuar

Para llevar a cabo estas acciones, es necesario describir algunos conceptos facilitadores.

### Cuidado Integrado Paciente-Familia

Las decisiones deben considerar los siguientes aspectos:

- Calidad de vida
- Creencias y expectativas
- Deseos y metas
- Otorgar confort en UTIP
- Experiencia en Cuidados Paliativos
- Conversación temprana y continua
- Lenguaje comprensible
- Realidad familiar

De esta forma se cubrirán las necesidades no solo del paciente sino también de los familiares durante la enfermedad crítica. Se contribuye a cambiar el concepto de visitante pasivo expectante, con pérdida de control y una sensación de total impotencia.<sup>4</sup>

La búsqueda del mejor interés del paciente se sustenta en tener presentes los siguientes rubros:

- Imparcialidad
- Escucha activa
- Crear ambiente de respeto

- Apertura a la diversidad
- Objetividad (enfocar el problema y evitar intervenciones emocionales)
- En la solución considerar la perspectiva del equipo de trabajo  
*No es un juicio, por lo tanto no hay ganadores ni perdedores*

Acorde al principio de Proporcionalidad Terapéutica, es de suma importancia considerar al paciente en fase terminal, como aquel que experimenta la última fase de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable o bien, con disfunción multiorgánica, sin respuesta al soporte vital otorgado, cuya evolución natural es hacia la muerte, significa entonces que las intervenciones “curativas” solo prolongan el proceso de muerte.

### Obstinación Terapéutica

Llamada distansia, lleva implícito un componente de crueldad o tortura, ocurre cuando el avance científico y tecnológico supera su regulación legal y ética. Esta práctica atenta contra el principio de no-maleficencia.<sup>5</sup> Motivos para su elección:

- Ausencia oportuna de objetivos terapéuticos
- Confusión
- Ignorancia
- Desconfianza

### Cuidados Paliativos ¿cuando?

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Asociación Americana de Pediatría (AAP)<sup>6</sup> proponen que se inicien cuidados paliativos en forma temprana e incluso al momento del diagnóstico de una enfermedad grave, amenazante para la vida, ya que esta estrategia permite mejor apego al tratamiento, mejor apoyo emocional, mejor alivio de los síntomas y por tanto incide directamente en el pronóstico de la enfermedad.

<sup>3</sup> Jaluf A, Bernal M. Resignificando la dignidad y competencia para el respeto de Derechos Humanos de algunas personas vulnerables. Holo [Internet]. 25 de diciembre de 2024 [citado 01 de mayo de 2026];(41):V 2 29-47.

<sup>4</sup> Olga Rubio Sanchiz, Joan Escarrabill, Joan Fernando Peidró, Anne Sophie Gresle. How to involve the patient and family in improving safety in intensive medicine services (SMI)? Medicina Intensiva, Volume 49, Issue 4, April 2025, Pages 237-244

<sup>5</sup> Vera Carrasco O. La Adecuación del Esfuerzo Terapéutico en Medicina Crítica y Terapia Intensiva. Rev. Méd. La Paz vol.25 no.2 La Paz 2019

<sup>6</sup> American Academy of Pediatrics. Principios para el desarrollo y el uso de variables para evaluar la calidad. Pediatrics (Esp). 2008; 6:94-101.

Recordar que la Ley General de Salud en el Artículo 166 bis 16 refiere explícitamente las actividades de atención médica que incluye los cuidados paliativos.<sup>7</sup>

Por consiguiente en la actualidad el modelo de cuidado integrado en la UTIP, parte del tratamiento curativo que ameritó su ingreso y en forma conjunta iniciar el abordaje paliativo. En base a la valoración tanto objetiva y subjetiva acorde a las diferentes escalas de intervención y respuesta terapéutica, así como, al consenso del equipo médico, los cuidados paliativos continuarán independientemente de si el paciente recibe o no tratamiento de la propia enfermedad.<sup>8</sup>

Los objetivos y metas de la Adecuación del Esfuerzo Terapéutico, deberán estar claramente definidas.

Considerar que la familia sólo puede dar su consentimiento a lo que ellos entienden, pero ¿Qué entiende exactamente, qué no hay nada más que hacer, qué va a morir pronto, que ya pasó su última oportunidad de sobrevivir?

### **Adecuación del Tratamiento**

Conlleva igual consideración moral no iniciar un tratamiento que retirarlo cuando no cumple con fines terapéuticos.

De interés recordar que los pacientes tienen derecho moral a rechazar el tratamiento de soporte vital, pero no un derecho calificado a exigirlo.

### **Conciencia**

- En nuestra respuesta radica nuestro crecimiento y nuestra libertad
- En nuestra respuesta radica el poder de nuestras decisiones
- Decisiones difíciles ante casos complejos en etapa terminal

### **Reflexión**

Escribir sobre la toma de decisiones al final de la vida es tema de interés en bioética, pero es sin duda un acto de juicio médico, buena comunicación, trabajo en equipo y liderazgo, sometándose, por supuesto, a la normatividad de cada sociedad y país.

---

<sup>7</sup> Norma Oficial Mexicana NOM-011-SSA3-2014, Criterios para la atención de enfermos en situación terminal a través de cuidados paliativos [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5375019&fecha=09/](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5375019&fecha=09/).

<sup>8</sup> Chambers L, et al. A Guide to Children's Palliative Care (Fourth Edition). Together for Short Lives, England. 2018; 4.

