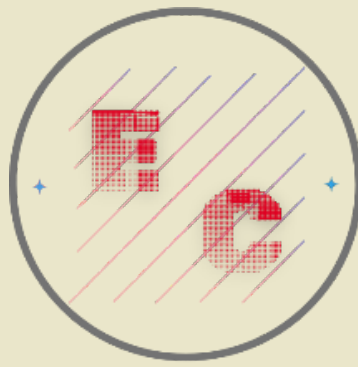




REVISTA MULTIDISCIPLINAR EPISTEMOLOGÍA DE LAS CIENCIAS

Volumen 3, Número 3
Julio-Septiembre 2026

Edición Trimestral

CROSSREF PREFIX DOI: 10.71112

ISSN: 3061-7812, www.omniscens.com

Revista Multidisciplinar Epistemología de las Ciencias

Volumen 3, Número 3
julio-septiembre 2026

Publicación trimestral
Hecho en México

La Revista Multidisciplinar Epistemología de las Ciencias acepta publicaciones de cualquier área del conocimiento, promoviendo una plataforma inclusiva para la discusión y análisis de los fundamentos epistemológicos en diversas disciplinas. La revista invita a investigadores y profesionales de campos como las ciencias naturales, sociales, humanísticas, tecnológicas y de la salud, entre otros, a contribuir con artículos originales, revisiones, estudios de caso y ensayos teóricos. Con su enfoque multidisciplinario, busca fomentar el diálogo y la reflexión sobre las metodologías, teorías y prácticas que sustentan el avance del conocimiento científico en todas las áreas.

Contacto principal: admin@omniscens.com

Las opiniones expresadas por los autores no necesariamente reflejan la postura del editor de la publicación

Se autoriza la reproducción total o parcial del contenido de la publicación sin previa autorización de la Revista Multidisciplinar Epistemología de las Ciencias siempre y cuando se cite la fuente completa y su dirección electrónica.

Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución 4.0.



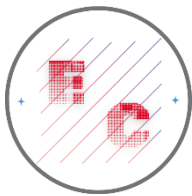
Copyright © 2026: Los autores



9773061781003

Cintillo legal

Revista Multidisciplinar Epistemología de las Ciencias Vol. 3, Núm. 3, julio-septiembre 2026, es una publicación trimestral editada por el Dr. Moises Ake Uc, C. 51 #221 x 16B , Las Brisas, Mérida, Yucatán, México, C.P. 97144 , Tel. 9993556027, Web: <https://www.omniscens.com>, admin@omniscens.com, Editor responsable: Dr. Moises Ake Uc. Reserva de Derechos al Uso Exclusivo No. 04-2024-121717181700-102, ISSN: 3061-7812, ambos otorgados por el Instituto Nacional del Derecho de Autor (INDAUTOR). Responsable de la última actualización de este número, Dr. Moises Ake Uc, fecha de última modificación, 1 julio 2026.



Revista Multidisciplinar Epistemología de las Ciencias

Volumen 3, Número 3, 2026, julio-septiembre

DOI: <https://doi.org/10.71112/b22qye87>

**LA VOLUNTAD ANTICIPADA EN SONORA: BARRERAS PARA EL EJERCICIO DE
UN DERECHO HUMANO DESDE LA PERSPECTIVA DE LA BIOÉTICA Y LA
AUTONOMÍA PERSONAL**

**ADVANCE DIRECTIVES IN SONORA: BARRIERS TO THE EXERCISE OF A HUMAN
RIGHT FROM A BIOETHICAL AND PERSONAL AUTONOMY PERSPECTIVE**

Margarita Arce Reyes

México

La voluntad anticipada en sonora: barreras para el ejercicio de un derecho humano desde la perspectiva de la bioética y la autonomía personal

Advance directives in sonora: barriers to the exercise of a human right from a bioethical and personal autonomy perspective

Margarita Arce Reyes^{a,*}

margaritaarce417@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0008-5517-9606>

*Autor de correspondencia: margaritaarce417@gmail.com, ^aUniversidad Centro de Estudios Superiores en Ciencias Jurídicas y Criminológicas Guaymas, Sonora, México

RESUMEN

La voluntad anticipada constituye un instrumento jurídico, bioético y de salud pública orientado a garantizar el respeto a la autonomía, la dignidad humana y el consentimiento informado de las personas al final de la vida. Su desarrollo responde a los avances científicos y tecnológicos que han permitido prolongar la supervivencia mediante procedimientos de soporte vital, generando nuevos desafíos éticos y jurídicos relacionados con la aplicación de tratamientos médicamente infructuosos o desproporcionados que pueden derivar en obstinación terapéutica. Aunque diversos países han incorporado mecanismos de planificación anticipada de la atención, la evidencia internacional muestra que únicamente entre el 20 % y el 40 % de las personas potencialmente beneficiarias formalizan un documento de voluntad anticipada. En México, pese al reconocimiento progresivo de este derecho y a la existencia de más de 10,000 documentos registrados en las entidades que cuentan con esta legislación, su utilización continúa siendo limitada y persisten importantes barreras para su implementación efectiva.

El presente artículo tiene como objetivo analizar las barreras que limitan el ejercicio del derecho a la voluntad anticipada en el estado de Sonora, mediante una aproximación desde los derechos humanos, la bioética y la salud pública. Se desarrolló una investigación de carácter cualitativo con enfoque jurídico-doctrinal, basada en el análisis documental de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la Ley General de Salud, la Ley de Voluntad Anticipada para el Estado de Sonora, instrumentos internacionales de derechos humanos, literatura especializada y documentos institucionales relacionados con la atención al final de la vida.

Los resultados evidencian que, a pesar de la existencia de un marco normativo que reconoce este derecho, subsisten barreras jurídicas, institucionales, educativas, culturales y bioéticas que limitan su ejercicio, entre ellas el desconocimiento de la población, la insuficiente capacitación del personal sanitario, la escasa difusión institucional, la ausencia de protocolos homogéneos y la persistencia de modelos asistenciales paternalistas. Asimismo, se identificó la falta de información estadística pública sobre la implementación de la voluntad anticipada en Sonora, lo que dificulta evaluar el impacto de la legislación y orientar políticas públicas basadas en evidencia.

Se concluye que la eficacia de la voluntad anticipada trasciende su reconocimiento legal y depende de la articulación de políticas públicas, estrategias de educación y capacitación, fortalecimiento institucional y mecanismos de seguimiento que garanticen el respeto efectivo a la autonomía y la dignidad de las personas al final de la vida. El estudio aporta una tipología analítica de las principales barreras que obstaculizan la implementación de este derecho y propone líneas de acción para fortalecer su aplicación en el contexto sonorense.

Palabras clave: voluntad anticipada; autonomía; dignidad humana; bioética; derechos humanos; salud pública; Sonora.

ABSTRACT

Advance directives constitute a legal, bioethical, and public health instrument designed to safeguard personal autonomy, human dignity, and informed consent in end-of-life decision-making. Their development has been driven by scientific and technological advances that have enabled the prolongation of life through increasingly sophisticated life-sustaining treatments, giving rise to ethical and legal challenges associated with medically futile or disproportionate interventions that may result in therapeutic obstinacy. Although many countries have incorporated advance care planning mechanisms into their legal frameworks, international evidence indicates that only 20% to 40% of eligible individuals complete an advance directive. In Mexico, despite the progressive legal recognition of this right and the registration of more than 10,000 advance directives in the states where such legislation exists, their utilization remains limited and significant barriers continue to hinder their effective implementation. This article aims to analyze the barriers that limit the exercise of the right to advance directives in the state of Sonora from the perspectives of human rights, bioethics, and public health. A qualitative, legal-doctrinal study was conducted through documentary analysis of the Political Constitution of the United Mexican States, the General Health Law, the Advance Directives Law of the State of Sonora, international human rights instruments, specialized bioethics literature, and institutional documents addressing end-of-life care. The findings reveal that, despite the existence of a legal framework recognizing this right, multiple legal, institutional, educational, cultural, and bioethical barriers continue to restrict its effective implementation. These barriers include limited public awareness, insufficient training of healthcare professionals, inadequate institutional dissemination, the absence of standardized clinical protocols, and the persistence of paternalistic models of healthcare delivery. Furthermore, the lack of publicly available statistical data on the implementation of advance

directives in Sonora hinders the evaluation of the law's effectiveness and the development of evidence-based public policies.

The study concludes that the effectiveness of advance directives depends not only on their legal recognition but also on the existence of institutional, educational, and cultural conditions that enable their practical implementation. It highlights the need to strengthen public policies, bioethics education, healthcare professional training, and institutional mechanisms to ensure effective respect for patient autonomy and human dignity at the end of life.

Keywords: advance directives; human rights; bioethics; patient autonomy; human dignity; public health; Sonora.

Recibido: 14 julio 2026 | Aceptado: 30 julio 2026 | Publicado: 31 julio 2026

INTRODUCCIÓN

La voluntad anticipada surge como respuesta a los avances científicos y tecnológicos que, a partir de la segunda mitad del siglo XX, transformaron la práctica médica al hacer posible prolongar la vida mediante procedimientos de soporte vital y tecnologías cada vez más complejas. Si bien estos avances han incrementado la supervivencia de numerosos pacientes, también han dado lugar a situaciones en las que se prolonga el proceso de morir mediante la aplicación de tratamientos médicamente infructuosos o desproporcionados, sin expectativas razonables de recuperación ni de mejoría en la calidad de vida. Este fenómeno, conocido como encarnizamiento u obstinación terapéutica, plantea importantes dilemas éticos, jurídicos y clínicos al confrontar el deber de preservar la vida con el respeto a la dignidad, la autonomía y la voluntad del paciente.

En este contexto, la voluntad anticipada se ha consolidado como un instrumento jurídico y bioético que permite a las personas expresar de manera libre, informada y anticipada sus

preferencias respecto de los tratamientos médicos que desean aceptar o rechazar cuando ya no puedan manifestar su voluntad. Su fundamento descansa en los principios de dignidad humana, autonomía de la voluntad, consentimiento informado y libre desarrollo de la personalidad, reconocidos tanto en los instrumentos internacionales de derechos humanos como en el ordenamiento jurídico mexicano. Asimismo, desde la bioética constituye una manifestación de los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, al procurar que las decisiones clínicas respeten los valores y preferencias del paciente y eviten intervenciones desproporcionadas o clínicamente fútiles.

Desde la perspectiva de la salud pública, la voluntad anticipada representa una herramienta para fortalecer la atención centrada en la persona, favorecer la planificación anticipada de las decisiones médicas, mejorar la comunicación entre pacientes, familiares y profesionales de la salud, así como reducir conflictos éticos y legales durante la atención al final de la vida. Su implementación también contribuye al uso racional de los recursos sanitarios al evitar procedimientos invasivos que no ofrecen un beneficio clínico significativo y que únicamente prolongan el sufrimiento del paciente.

A pesar de su relevancia, la evidencia internacional demuestra que su utilización continúa siendo limitada. Diversos estudios reportan que únicamente entre el 20 % y el 40 % de los adultos mayores o personas con enfermedades crónicas han formalizado un documento de voluntad anticipada, aun en países donde esta figura cuenta con amplio desarrollo normativo. En México, aunque la voluntad anticipada se encuentra regulada en diversas entidades federativas y se han registrado más de 10,000 documentos, su ejercicio sigue siendo reducido; aproximadamente 60 % de los documentos corresponden a personas de entre 61 y 80 años y 64 % han sido otorgados por mujeres. Estos datos evidencian que la existencia de un marco jurídico resulta insuficiente cuando persisten barreras relacionadas con el desconocimiento de

la población, la limitada capacitación del personal de salud y la permanencia de prácticas asistenciales de carácter paternalista.

En el estado de Sonora, la incorporación de la voluntad anticipada al marco jurídico constituye un avance importante para la protección de la autonomía de las personas al final de la vida. Sin embargo, la ausencia de estadísticas públicas sobre su utilización impide conocer el impacto real de la legislación y dificulta la evaluación de las políticas implementadas para garantizar este derecho. En consecuencia, persiste una brecha entre el reconocimiento formal de la voluntad anticipada y su ejercicio efectivo dentro de la práctica clínica.

En este contexto, el presente artículo tiene como objetivo analizar críticamente las barreras que limitan el ejercicio de la voluntad anticipada en el estado de Sonora, mediante la construcción de una tipología analítica que permita identificar los factores jurídicos, institucionales, socioculturales, bioéticos y de salud pública que inciden en su implementación, con el propósito de aportar elementos que fortalezcan la protección de la autonomía de los pacientes y el diseño de políticas públicas orientadas a garantizar una atención ética, humanizada y respetuosa de la dignidad humana.

Marco teórico

La autonomía como principio fundamental en bioética

La autonomía constituye uno de los principios fundamentales de la bioética contemporánea. De acuerdo con Beauchamp y Childress (2019), este principio implica la capacidad de los individuos para tomar decisiones libres, informadas y sin coerción respecto a su propia vida y cuerpo. En el ámbito sanitario, la autonomía se traduce en el derecho del paciente a aceptar o rechazar tratamientos médicos conforme a sus valores, creencias y preferencias personales.

La voluntad anticipada representa una extensión temporal de este principio, ya que permite que la autonomía se ejerza incluso en situaciones futuras de incapacidad. En este

sentido, no se trata únicamente de una decisión médica, sino de una expresión jurídica de la autodeterminación personal.

Dignidad humana y derechos humanos

La dignidad humana constituye el fundamento axiológico de los derechos humanos. Desde esta perspectiva, toda persona posee un valor intrínseco que debe ser respetado en todas las etapas de su vida, incluyendo el proceso de morir.

El sistema internacional de derechos humanos ha reconocido que la dignidad implica el derecho a no ser sometido a tratos crueles, inhumanos o degradantes, lo que en el contexto médico se traduce en la prohibición de tratamientos desproporcionados o contrarios a la voluntad del paciente.

Consentimiento informado

El consentimiento informado es una manifestación concreta de la autonomía en el ámbito clínico. Este principio exige que toda intervención médica sea realizada con la autorización libre e informada del paciente. La voluntad anticipada amplía este principio al permitir que dicho consentimiento se exprese de forma previa.

Cuidados paliativos y final de vida

Los cuidados paliativos, según la Organización Mundial de la Salud, constituyen un enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que enfrentan enfermedades potencialmente mortales. Este modelo enfatiza el alivio del sufrimiento y el respeto por las decisiones del paciente, lo que lo vincula directamente con la voluntad anticipada.

Bioética del final de la vida

La bioética del final de la vida aborda los dilemas éticos asociados a la muerte, el sufrimiento y la limitación del esfuerzo terapéutico. En este campo, la tensión entre autonomía, beneficencia y no maleficencia adquiere especial relevancia, ya que las decisiones clínicas suelen implicar la suspensión o continuación de tratamientos vitales.

METODOLOGÍA

Diseño metodológico y marco de análisis documental

El presente estudio se desarrolla bajo un enfoque cualitativo de carácter jurídico-doctrinal, orientado a la interpretación del derecho a la voluntad anticipada desde la perspectiva de los derechos humanos y la bioética contemporánea. Este tipo de aproximación metodológica resulta pertinente cuando el objeto de estudio no se agota en su dimensión normativa, sino que requiere ser comprendido en su relación con la práctica institucional, los procesos de implementación y los contextos socioculturales en los que se ejerce. En este sentido, el análisis no se limita a la descripción de disposiciones jurídicas, sino que busca reconstruir críticamente las condiciones que determinan la eficacia del derecho en el sistema de salud.

Desde esta perspectiva, el diseño de investigación se sustenta en el análisis documental como estrategia principal, entendida como un proceso sistemático de revisión, selección, interpretación y articulación de fuentes normativas, doctrinales y científicas. Este enfoque permite examinar la voluntad anticipada no únicamente como una figura jurídica aislada, sino como un dispositivo normativo complejo que articula principios constitucionales, estándares internacionales de derechos humanos y desarrollos bioéticos contemporáneos vinculados con la autonomía personal y la dignidad humana en el final de la vida.

Este análisis se integra a partir de tres grandes ejes de fuentes que, en su conjunto, permiten construir una visión integral del fenómeno estudiado. En primer lugar, se encuentran las fuentes normativas de carácter nacional, entre las que destacan la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la Ley General de Salud, la Ley de Voluntad Anticipada del Estado de Sonora (2021), así como la jurisprudencia emitida por la Suprema Corte de Justicia de la Nación en materia de autonomía personal, consentimiento informado y libre desarrollo de la personalidad. Estas fuentes constituyen el andamiaje jurídico fundamental que sustenta el reconocimiento del derecho a la voluntad anticipada en el ordenamiento mexicano.

En segundo lugar, se incorporan las fuentes normativas internacionales, las cuales permiten situar el análisis dentro del marco del derecho internacional de los derechos humanos. Entre ellas se consideran el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, la Convención Americana sobre Derechos Humanos, así como la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO. Estos instrumentos consolidan el principio de dignidad humana como eje rector del consentimiento informado y de la autonomía en las decisiones médicas, particularmente en contextos de enfermedad terminal y cuidados paliativos. Asimismo, se integran documentos de la Organización Mundial de la Salud que establecen lineamientos sobre la atención al final de la vida, reforzando la dimensión sanitaria del derecho analizado.

En tercer lugar, se incluyen fuentes doctrinales y científicas provenientes de la bioética, el derecho sanitario y las ciencias sociales. Este corpus comprende artículos académicos publicados en revistas especializadas, literatura teórica sobre autonomía, consentimiento informado, cuidados paliativos y decisiones al final de la vida, así como estudios empíricos y análisis comparados sobre la implementación de voluntades anticipadas en México y otros contextos latinoamericanos. Estas fuentes permiten enriquecer la comprensión del fenómeno más allá del plano normativo, incorporando dimensiones éticas, clínicas y socioculturales.

La estrategia de análisis adoptada se fundamenta en la interpretación jurídico-hermenéutica, la cual permite examinar el sentido de las normas a partir de su contexto sistemático, su finalidad protectora y su relación con los principios de derechos humanos. Este enfoque se complementa con una perspectiva crítica, orientada a contrastar el marco normativo con la evidencia doctrinal disponible, con el objetivo de identificar las posibles tensiones entre el reconocimiento formal del derecho y su implementación práctica en el sistema de salud. De esta manera, el análisis no se limita a la validez normativa del derecho, sino que incorpora su dimensión de eficacia social e institucional.

El proceso analítico se estructura en torno a tres ejes conceptuales fundamentales. El primero de ellos corresponde a la autonomía y la dignidad humana, entendidas como fundamentos ético-jurídicos de la voluntad anticipada. Desde esta perspectiva, el derecho se inscribe en la evolución del paradigma de los derechos humanos, en el cual el individuo deja de ser un sujeto pasivo de la intervención médica para convertirse en el centro de las decisiones relativas a su propio cuerpo y su proceso de salud-enfermedad. El segundo eje se refiere a la implementación institucional del derecho dentro del sistema de salud, lo que implica analizar las condiciones organizacionales, normativas y operativas que permiten o limitan su ejercicio efectivo. El tercer eje incorpora los factores socioculturales y bioéticos que influyen en la toma de decisiones al final de la vida, tales como las creencias religiosas, las dinámicas familiares, el paternalismo médico y las representaciones sociales sobre la muerte y el sufrimiento.

En términos metodológicos, al tratarse de un estudio de carácter documental, no se realizó trabajo de campo ni recolección de datos empíricos directos. Sin embargo, este diseño permite integrar un volumen significativo de evidencia normativa y teórica, suficiente para construir inferencias analíticas sólidas sobre las principales barreras que afectan el ejercicio del derecho a la voluntad anticipada en el estado de Sonora. En este sentido, el análisis documental no se concibe como una limitación, sino como una estrategia adecuada para el estudio de fenómenos jurídicos complejos cuya comprensión requiere una articulación entre norma, doctrina y contexto.

Este enfoque resulta consistente con la investigación jurídico-bioética contemporánea, en la que el análisis de la normatividad y su grado de efectividad constituye un eje central para la comprensión de los derechos humanos en contextos sanitarios. En particular, la voluntad anticipada se configura como un campo de análisis donde convergen el derecho, la ética médica y las políticas públicas, lo que exige aproximaciones metodológicas capaces de dar cuenta de dicha complejidad.

Es importante destacar que el presente diseño metodológico no solo permite describir el marco normativo de la voluntad anticipada, sino también problematizar su aplicación efectiva en contextos reales. De este modo, se establece una base analítica que posibilita identificar la brecha existente entre el reconocimiento jurídico del derecho y su materialización práctica, lo cual constituye uno de los ejes centrales de la presente investigación.

Marco jurídico internacional

El reconocimiento de la autonomía personal en las decisiones sanitarias al final de la vida trasciende el ámbito estrictamente interno de los Estados, al estar sólidamente sustentado en el derecho internacional de los derechos humanos. En este marco, se ha consolidado la idea de que toda persona tiene derecho a decidir libremente sobre su cuerpo, su salud y los tratamientos médicos a los que desea o no someterse, siempre bajo condiciones de información adecuada, libertad y ausencia de coerción, lo que constituye el fundamento normativo de la voluntad anticipada.

El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, aunque no regula de forma expresa este instituto, establece la dignidad inherente de la persona como eje del sistema de derechos humanos. Su interpretación ha permitido afirmar que dicha dignidad implica la prohibición de intervenciones médicas no consentidas, reforzando así la base jurídica del consentimiento informado como expresión de autonomía.

De manera complementaria, la Convención Americana sobre Derechos Humanos protege la vida privada y la integridad personal, derechos que han sido interpretados por la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el sentido de que toda intervención médica requiere consentimiento libre e informado. Este estándar convierte al consentimiento no en un requisito formal, sino en una garantía sustantiva de dignidad y autonomía en el ámbito sanitario.

En el plano universal, la Organización Mundial de la Salud ha vinculado la autonomía con el derecho a la salud, particularmente en el contexto de los cuidados paliativos, donde se enfatiza la participación activa del paciente en la toma de decisiones conforme a sus valores y preferencias. En la misma línea, la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO (2005) reconoce en su artículo 5to el principio de autonomía y responsabilidad individual, estableciendo la exigencia del consentimiento previo, libre e informado como condición de toda intervención médica.

Asimismo, el Convenio de Oviedo, en el ámbito europeo, aunque no vinculante para México, ha influido en el desarrollo global de estos estándares al reconocer explícitamente el consentimiento informado y la posibilidad de manifestar anticipadamente la voluntad respecto a tratamientos futuros, fortaleciendo así la tendencia hacia la institucionalización de las voluntades anticipadas.

En conjunto, estos instrumentos evidencian que la voluntad anticipada no es un derecho aislado, sino la expresión convergente de derechos fundamentales como la dignidad humana, la integridad personal, la vida privada y el consentimiento informado. Sin embargo, su reconocimiento internacional no garantiza su aplicación homogénea en los sistemas internos, lo que hace necesario analizar su implementación en el contexto mexicano y, particularmente, en el estado de Sonora, donde persisten brechas entre el reconocimiento normativo y su ejercicio efectivo.

Marco constitucional mexicano

En el ordenamiento jurídico mexicano, la voluntad anticipada cuenta con un sustento constitucional indirecto pero sólido, derivado de la interpretación sistemática de diversos preceptos que permiten vincularla con los derechos a la dignidad humana, la autonomía personal y el libre desarrollo de la personalidad. La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece un modelo de protección de derechos humanos que obliga a todas las

autoridades a promover, respetar, proteger y garantizar su ejercicio bajo los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad.

En este marco, el artículo 1ro constitucional resulta central, al incorporar el principio pro persona y establecer la obligación de interpretar las normas de la forma más favorable a la persona. Bajo esta lógica, la voluntad anticipada puede comprenderse como una extensión de la dignidad humana y de la autonomía decisional en el ámbito sanitario.

El artículo 4to constitucional, al reconocer el derecho a la protección de la salud, no se limita al acceso a servicios médicos, sino que implica que la atención sanitaria debe brindarse con respeto a la voluntad del paciente, incluyendo la posibilidad de rechazar tratamientos o definir anticipadamente decisiones sobre su aplicación. Por su parte, el artículo 16 protege la vida privada, dentro de la cual se inscriben las decisiones sobre el propio cuerpo y el proceso de enfermedad, lo que obliga al Estado a evitar interferencias injustificadas en estas decisiones. Asimismo, el artículo 24 refuerza este marco al garantizar la libertad de convicciones éticas, de conciencia y de religión, elementos que influyen directamente en las decisiones al final de la vida.

A nivel jurisprudencial, la Suprema Corte de Justicia de la Nación ha fortalecido este andamiaje al reconocer que el libre desarrollo de la personalidad protege decisiones sobre el propio cuerpo, incluida la negativa a recibir tratamientos médicos, consolidando así el consentimiento informado como un derecho humano.

En conjunto, estos elementos permiten entender la voluntad anticipada como un mecanismo que materializa la autonomía constitucional en escenarios de incapacidad futura. No obstante, su efectividad depende de su implementación institucional, lo que evidencia una tensión entre su reconocimiento normativo y su ejercicio real en la práctica sanitaria.

Marco jurídico estatal: la voluntad anticipada en Sonora

En el estado de Sonora, el derecho a la voluntad anticipada se encuentra regulado a partir de la Ley de Voluntad Anticipada para el Estado de Sonora, publicada en 2021, la cual establece el marco normativo para que las personas puedan expresar de manera previa su voluntad respecto a los tratamientos médicos que desean o rechazan en situaciones de enfermedad terminal o incapacidad para manifestarse.

Dicha legislación reconoce la posibilidad de que toda persona mayor de edad, en pleno uso de sus facultades mentales, pueda otorgar un documento de voluntad anticipada en el que se establezcan instrucciones respecto a la aplicación o suspensión de tratamientos médicos, así como la designación de un representante que actúe en su nombre en caso de incapacidad. No obstante, el análisis de la norma permite identificar que su implementación práctica depende en gran medida de la actuación de las instituciones de salud, así como del conocimiento que tanto el personal médico como la población general tengan sobre este derecho. En este sentido, la ley establece un marco formal, pero no necesariamente garantiza su aplicación efectiva en todos los contextos clínicos.

Entre los elementos relevantes de la legislación se encuentra la obligación de los profesionales de la salud de respetar la voluntad expresada por el paciente, siempre que esta se encuentre debidamente documentada. Sin embargo, en la práctica, la ausencia de protocolos estandarizados, la falta de capacitación específica y las resistencias institucionales pueden limitar el cumplimiento de esta disposición.

Asimismo, la ley no elimina por completo la carga decisional que recae sobre las familias, las cuales en muchos casos continúan desempeñando un papel central en la toma de decisiones al final de la vida, incluso cuando existe una voluntad anticipada formalmente establecida. Esto genera tensiones entre el principio de autonomía del paciente y las dinámicas familiares y culturales predominantes en el contexto mexicano.

En consecuencia, el marco jurídico estatal de Sonora representa un avance significativo en el reconocimiento del derecho a la voluntad anticipada, pero su efectividad depende de factores extrajurídicos que condicionan su aplicación real en el sistema de salud.

Análisis multinivel de la brecha de implementación de la voluntad anticipada en Sonora

El análisis del derecho a la voluntad anticipada en el estado de Sonora requiere ser comprendido no únicamente desde su reconocimiento normativo, sino a partir de las condiciones reales que determinan su implementación en el sistema de salud y en las prácticas institucionales. En este sentido, el presente estudio adopta un enfoque jurídico-doctrinal de carácter cualitativo, orientado a la interpretación del derecho desde la perspectiva de los derechos humanos y la bioética clínica, lo que permite analizar la distancia entre la norma y su efectividad práctica en distintos niveles del sistema sanitario y jurídico.

En el estado de Sonora, a pesar de la existencia de la Ley de Voluntad Anticipada (2021), no se cuenta con información pública sistematizada que permita determinar con precisión cuántas instituciones de salud públicas o privadas aplican de manera regular este derecho. Asimismo, no existen registros oficiales que indiquen cuántos documentos han sido formalizados ante notario público ni indicadores institucionales que permitan evaluar su nivel de implementación en hospitales. Esta ausencia de datos refleja una limitación estructural en la capacidad del sistema para monitorear el ejercicio efectivo del derecho, lo que impide su evaluación integral en términos de política pública.

A partir de este escenario, la brecha de implementación puede analizarse en tres niveles interrelacionados: estructural (macro), organizacional (meso) y clínico-sociocultural (micro), los cuales permiten comprender de manera integral las condiciones que limitan la eficacia del derecho a la voluntad anticipada en Sonora.

Dimensión estructural o macro: brecha institucional y de gobernanza

En la dimensión estructural se identifica la ausencia de sistemas de información, registros oficiales y mecanismos de evaluación que permitan dar seguimiento al ejercicio del derecho a la voluntad anticipada. Aunque la legislación estatal establece su obligatoriedad en todas las instituciones de salud, no existen indicadores públicos que permitan conocer su grado de aplicación real.

Esta falta de estandarización evidencia una debilidad en la gobernanza sanitaria, particularmente en lo relativo a la articulación entre el sistema de salud y el sistema notarial. El hecho de que no se disponga de datos sobre cuántos documentos se formalizan ante notarios públicos o en hospitales impide construir evidencia empírica para la toma de decisiones en política pública.

En consecuencia, la implementación del derecho se encuentra condicionada por una brecha estructural entre el reconocimiento normativo y la capacidad institucional del Estado para registrar, supervisar y evaluar su cumplimiento.

Dimensión organizacional o meso: brecha en la gestión institucional sanitaria

En la dimensión organizacional se observan limitaciones relacionadas con el funcionamiento interno de las instituciones de salud. Entre estas destacan la ausencia de protocolos clínicos estandarizados para la aplicación de la voluntad anticipada, así como la falta de capacitación específica del personal médico y de enfermería sobre su contenido, alcance y procedimientos.

Esta situación genera una aplicación heterogénea del derecho, dependiendo en muchos casos del criterio individual del profesional de la salud o de la cultura institucional de cada hospital. En ausencia de lineamientos claros, la voluntad anticipada puede quedar relegada frente a prácticas clínicas tradicionales basadas en modelos paternalistas de toma de decisiones.

Asimismo, la falta de articulación entre instituciones de salud y autoridades administrativas contribuye a que el derecho no se integre plenamente en los procesos hospitalarios, lo que limita su operatividad dentro del sistema sanitario.

Dimensión clínico-sociocultural o micro

En la dimensión micro se identifican los factores relacionados con la práctica clínica cotidiana y las dinámicas socioculturales que influyen en la toma de decisiones al final de la vida. Entre los principales elementos se encuentra el limitado conocimiento del derecho a la voluntad anticipada tanto en pacientes como en profesionales de la salud, lo que reduce su utilización efectiva incluso en contextos clínicos donde sería pertinente.

Asimismo, persiste una fuerte influencia del entorno familiar en la toma de decisiones médicas, lo que en muchos casos puede entrar en tensión con la voluntad previamente expresada por el paciente. Este fenómeno refleja la persistencia de un modelo de decisión familiar o paternalista, en contraste con el modelo de autonomía individual promovido por el derecho contemporáneo.

A ello se suman factores culturales y emocionales, como el tabú en torno a la muerte, el miedo al sufrimiento, la negación del diagnóstico terminal y la dificultad para aceptar la limitación del esfuerzo terapéutico. Estos elementos influyen directamente en la aplicación del derecho, generando resistencia tanto en pacientes como en familiares y, en ocasiones, en el propio personal de salud.

Factores que condicionan la eficacia del derecho a la voluntad anticipada

El análisis precedente evidencia que la eficacia de la voluntad anticipada no depende exclusivamente de su reconocimiento legislativo. Desde una perspectiva de implementación de políticas públicas, el ejercicio efectivo de este derecho está condicionado por la interacción de factores normativos, institucionales, organizacionales, culturales y bioéticos que actúan de manera simultánea.

En el plano jurídico, aunque la Ley de Voluntad Anticipada para el Estado de Sonora establece los procedimientos para su formalización y obliga a las instituciones de salud a respetar la voluntad expresada por el paciente, persisten áreas de incertidumbre relacionadas con la armonización entre la legislación estatal, la Ley General de Salud y la normatividad aplicable en materia de cuidados paliativos y consentimiento informado.

En el ámbito institucional, la ausencia de protocolos clínicos uniformes, programas permanentes de capacitación y sistemas de registro limita la incorporación de la voluntad anticipada como una práctica habitual dentro de los servicios sanitarios. Ello provoca que su aplicación dependa, en gran medida, del conocimiento y la disposición individual del personal de salud.

A estas limitaciones se suman factores socioculturales profundamente arraigados, como la dificultad para dialogar sobre la muerte, la influencia predominante de la familia en las decisiones clínicas y determinadas creencias religiosas que favorecen la prolongación del tratamiento aun cuando este carezca de beneficios terapéuticos. Estas circunstancias reducen la posibilidad de que el paciente ejerza plenamente su autonomía.

Desde la bioética clínica, la principal tensión se presenta entre el respeto a la autonomía y el deber profesional de beneficencia. En algunos escenarios persiste una práctica paternalista que privilegia la decisión médica o familiar sobre la voluntad previamente expresada por el paciente, lo que debilita el propósito mismo de la voluntad anticipada como instrumento de autodeterminación.

RESULTADOS

En consecuencia, la implementación efectiva de este derecho exige una estrategia integral que combine adecuaciones normativas, fortalecimiento institucional, capacitación continua, difusión social y consolidación de una cultura bioética centrada en la autonomía de la persona.

Retos para la consolidación de la voluntad anticipada en Sonora

Creación de un Registro Estatal de Voluntades Anticipadas. La existencia de un registro estatal permitiría concentrar y resguardar los documentos de voluntad anticipada, facilitando su consulta por las instituciones de salud y garantizando la disponibilidad de la información durante la atención clínica.

Interoperabilidad entre notarías y hospitales. El desarrollo de mecanismos de intercambio de información entre las notarías públicas y las instituciones sanitarias favorecería la verificación oportuna de los documentos, fortaleciendo la continuidad asistencial y la seguridad jurídica.

Protocolos clínicos obligatorios. La estandarización de procedimientos para la recepción, registro y aplicación de la voluntad anticipada contribuiría a reducir la variabilidad en la práctica clínica y a proporcionar criterios uniformes para la toma de decisiones al final de la vida.

Capacitación continua del personal sanitario. La actualización permanente de los profesionales de la salud en aspectos legales, bioéticos y clínicos fortalecería la adecuada implementación de la voluntad anticipada y promovería el respeto por la autonomía del paciente.

Campañas permanentes de difusión ciudadana. La difusión sistemática de información sobre la voluntad anticipada incrementaría el conocimiento de la población

respecto a este instrumento jurídico, favoreciendo su utilización como mecanismo de planificación anticipada de la atención.

Fortalecimiento de los cuidados paliativos. La expansión de los servicios de cuidados paliativos y de los equipos multidisciplinarios permitiría una mejor articulación entre la voluntad anticipada y la atención integral de las personas con enfermedades avanzadas o terminales.

Incorporación del tema en la formación universitaria. La inclusión de contenidos relacionados con voluntad anticipada, bioética, derechos de los pacientes y cuidados paliativos en los programas de medicina, enfermería y derecho favorecería la formación de profesionales con competencias para abordar las decisiones al final de la vida desde una perspectiva interdisciplinaria.

Bioética y autonomía en el final de la vida

Desde la perspectiva bioética, la voluntad anticipada se fundamenta en el principio de autonomía, el cual reconoce la capacidad del individuo para tomar decisiones informadas sobre su propio cuerpo y su proceso de atención médica. Este principio se encuentra en equilibrio con otros principios como la beneficencia y la no maleficencia, los cuales orientan la actuación del personal de salud.

Autores como Tom L. Beauchamp y James F. Childress han señalado que el respeto a la autonomía constituye un elemento central de la ética médica contemporánea. En el contexto de la atención al final de la vida, este principio adquiere especial relevancia, ya que permite evitar la imposición de tratamientos desproporcionados o contrarios a la voluntad del paciente. La voluntad anticipada, en este sentido, no solo constituye un instrumento jurídico, sino también una herramienta bioética que busca garantizar que las decisiones médicas respeten los valores, preferencias y creencias del individuo, incluso en situaciones de incapacidad.

DISCUSIÓN

El análisis jurídico-doctrinal realizado permite sostener que la voluntad anticipada en el estado de Sonora constituye un derecho humano derivado de la autonomía personal, la dignidad humana y el libre desarrollo de la personalidad, reconocido tanto en el orden constitucional mexicano como en el marco normativo estatal. Sin embargo, su eficacia práctica evidencia una disociación estructural entre el reconocimiento formal del derecho y su materialización en los servicios de salud.

Desde la teoría de los derechos humanos, esta disociación puede interpretarse como una “brecha de implementación”, entendida como la distancia entre la validez normativa de un derecho y las condiciones institucionales necesarias para su ejercicio efectivo. En el caso analizado, dicha brecha no es únicamente normativa, sino también organizacional, cultural y bioética.

En el plano jurídico-institucional, se identifican dos elementos centrales. En primer lugar, la existencia de ambigüedades operativas en la aplicación de la Ley de Voluntad Anticipada del Estado de Sonora (2021), particularmente en lo relativo a los procedimientos hospitalarios y su articulación con el sistema notarial. En segundo lugar, la ausencia de mecanismos de seguimiento, indicadores públicos y registros sistemáticos que permitan evaluar su nivel de implementación, lo cual limita la gobernanza del derecho y su justiciabilidad en la práctica.

Desde la perspectiva del derecho sanitario, esta situación refleja una debilidad en la “operacionalización normativa”, es decir, la falta de traducción efectiva de la norma jurídica en protocolos clínicos homogéneos. Esto genera una aplicación discrecional del derecho, dependiendo del criterio del personal médico o de la institución hospitalaria, lo que afecta la seguridad jurídica del paciente.

En el ámbito institucional, la falta de capacitación específica en bioética clínica y derechos del paciente constituye un factor crítico. La literatura especializada ha señalado que

el desconocimiento de los instrumentos de planificación anticipada de decisiones es una de las principales barreras en su implementación, lo que reproduce prácticas asistenciales centradas en modelos paternalistas de atención médica.

Desde el enfoque sociocultural, la voluntad anticipada se enfrenta a estructuras simbólicas profundamente arraigadas en torno a la muerte, el sufrimiento y la toma de decisiones familiares. En el contexto mexicano, la familia frecuentemente opera como unidad decisoria principal en situaciones de enfermedad terminal, lo cual puede entrar en tensión con el principio de autonomía individual. Asimismo, las creencias religiosas y la representación social de la muerte como un evento medicalizable contribuyen a la resistencia hacia la limitación del esfuerzo terapéutico.

En el plano bioético, la tensión entre autonomía y beneficencia constituye el núcleo del problema. Mientras la bioética contemporánea, particularmente desde el modelo principialista de Beauchamp y Childress, reconoce la autonomía como eje central de la relación clínica, en la práctica persiste la primacía de la beneficencia interpretada desde la perspectiva médica. Esto puede derivar en formas de obstinación terapéutica o en la prolongación de intervenciones no deseadas por el paciente.

En este sentido, la voluntad anticipada debe entenderse no solo como un instrumento jurídico, sino como un dispositivo biojurídico de protección de la autonomía en escenarios de incapacidad decisional. Su función no se limita a documentar una voluntad previa, sino a garantizar la continuidad de la autodeterminación en contextos clínicos críticos.

CONCLUSIONES

El análisis realizado permite afirmar que la voluntad anticipada constituye mucho más que un instrumento jurídico destinado a regular decisiones médicas al final de la vida; representa un mecanismo de protección de los derechos humanos que materializa el respeto a la dignidad humana, la autonomía de la voluntad y el consentimiento informado. Su reconocimiento normativo responde a la necesidad de armonizar los avances científicos y tecnológicos con los principios éticos que deben regir la práctica clínica, evitando que la posibilidad de prolongar biológicamente la vida se traduzca en la aplicación de tratamientos médicamente infructuosos, desproporcionados o constitutivos de obstinación terapéutica.

La investigación demuestra que la existencia de un marco jurídico, por sí sola, resulta insuficiente para garantizar el ejercicio efectivo del derecho a la voluntad anticipada. En el caso del estado de Sonora, aunque la legislación reconoce este derecho y establece mecanismos para su formalización, persisten barreras de naturaleza jurídica, institucional, educativa, cultural y bioética que limitan su implementación. Entre ellas destacan el escaso conocimiento de la población sobre este instrumento, la insuficiente capacitación del personal sanitario, la ausencia de protocolos homogéneos para su aplicación, la limitada difusión institucional y la permanencia de modelos asistenciales con un marcado enfoque paternalista que dificultan la toma de decisiones compartida.

Asimismo, uno de los principales hallazgos del estudio es la ausencia de información estadística pública sobre la utilización de la voluntad anticipada en Sonora. Esta limitación impide evaluar objetivamente el impacto de la legislación, conocer el grado de ejercicio del derecho por parte de la población e identificar áreas prioritarias de intervención. En consecuencia, resulta indispensable fortalecer los sistemas de registro, monitoreo y evaluación que permitan generar evidencia para la formulación de políticas públicas y la mejora continua de los servicios de salud.

Desde la perspectiva de la salud pública, la voluntad anticipada debe comprenderse como una herramienta de planificación anticipada de la atención que favorece una medicina centrada en la persona, fortalece la comunicación entre pacientes, familiares y profesionales de la salud, disminuye conflictos éticos y jurídicos durante la atención al final de la vida y contribuye a la utilización racional de los recursos sanitarios. Su adecuada implementación permite reducir la práctica de intervenciones médicamente fútiles, promover la proporcionalidad terapéutica y garantizar que las decisiones clínicas se ajusten a los valores, preferencias y expectativas de cada persona.

En el ámbito bioético, el fortalecimiento de la voluntad anticipada representa una oportunidad para consolidar una cultura del respeto a la autonomía del paciente, superando modelos tradicionales de atención basados exclusivamente en el paternalismo médico. Ello exige incorporar de manera transversal la formación en bioética, comunicación clínica, derechos humanos y toma de decisiones compartida en los programas de educación de los profesionales de la salud, así como promover procesos permanentes de sensibilización dirigidos a la población sobre el alcance y la importancia de este derecho.

En términos de política pública, resulta necesario desarrollar estrategias integrales que incluyan campañas permanentes de difusión, capacitación interdisciplinaria del personal sanitario y notarial, elaboración de protocolos clínicos estandarizados, fortalecimiento del Registro Estatal de Voluntades Anticipadas e incorporación de indicadores que permitan evaluar periódicamente la implementación de la ley. Estas acciones contribuirían a disminuir la brecha existente entre el reconocimiento normativo y el ejercicio efectivo del derecho.

Finalmente, el presente estudio aporta una tipología analítica de las principales barreras que limitan la implementación de la voluntad anticipada en Sonora, ofreciendo un marco conceptual que puede servir como referencia para futuras investigaciones y para el diseño de políticas públicas orientadas a fortalecer la protección de la autonomía de las personas al final

de la vida. Se considera pertinente que investigaciones posteriores incorporen metodologías empíricas, mediante entrevistas, encuestas o estudios de percepción dirigidos a pacientes, familiares y profesionales de la salud, con el propósito de evaluar el grado de conocimiento, aceptación y aplicación de la voluntad anticipada en el contexto sonorense. De esta manera, será posible avanzar hacia un modelo de atención que no solo reconozca jurídicamente este derecho, sino que garantice su ejercicio efectivo como expresión de la dignidad humana y de una atención sanitaria ética, humanizada y respetuosa de los derechos fundamentales.

Declaración de conflicto de interés

El autor declara no tener ningún conflicto de interés relacionado con esta investigación.

Declaración de contribución a la autoría

Margarita Arce Reyes: conceptualización, curación de datos, análisis formal, adquisición de fondos, investigación, metodología, administración del proyecto, recursos, software, supervisión, validación, visualización, redacción del borrador original, revisión y edición de la redacción

Declaración de uso de inteligencia artificial

El autor declara que utilizó la inteligencia artificial como apoyo para este artículo, y también que esta herramienta no sustituye de ninguna manera la tarea o proceso intelectual. Después de rigurosas revisiones con diferentes herramientas en la que se comprobó que no existe plagio como constan en las evidencias, los autores manifiestan y reconocen que este trabajo fue producto de un trabajo intelectual propio, que no ha sido escrito ni publicado en ninguna plataforma electrónica o de IA.

REFERENCIAS

Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). Principles of biomedical ethics (8th ed.). Oxford University Press.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. (2024). Diario Oficial de la Federación. <https://www.dof.gob.mx>

Instituto Nacional de Geriátría. (2023). Cuidados paliativos y toma de decisiones al final de la vida en México.

Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (2019). Ley de voluntad anticipada: El derecho a una muerte digna. Gobierno de México.

Martínez Bullé Goyri, V. M., & Olmos Pérez, A. (2016). De la autonomía personal al consentimiento informado y las voluntades anticipadas. Boletín Mexicano de Derecho Comparado, 49(146), 1109–1137. <https://revistas.juridicas.unam.mx/index.php/derecho-comparado/article/view/4993>

Organización de las Naciones Unidas. (1966). Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. <https://www.ohchr.org>

Organización de los Estados Americanos. (1969). Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José). <https://www.oas.org>

Organización Mundial de la Salud. (2020). Palliative care: Key facts. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

Organización Mundial de la Salud. (2022). Global report on health equity for persons with advanced illness. <https://www.who.int>

Organización Mundial de la Salud. (2023). Strengthening palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course. <https://www.who.int>

Organización Panamericana de la Salud. (2023). Palliative care in the Americas: Progress and challenges. <https://www.paho.org>

Suprema Corte de Justicia de la Nación. (2019). Amparo en revisión 1064/2019. <https://www.scjn.gob.mx>

Trujillo de los Santos, Z., Santos, M., Rodríguez, C., & Hernández, E. (2024). Patient-centered decision making in end-of-life care in Mexico. Health Policy and Ethics Review.

UNESCO. (2022). Ethics and end-of-life decision making: Global perspectives. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. <https://unesdoc.unesco.org>