

Nuestro objetivo

La bioética es una disciplina que ha ido cobrando una importancia creciente a lo largo de las últimas décadas.

Reflexionar seriamente sobre temas que afectan a la vida y la salud de las personas supone no sólo un reto intelectual, sino un compromiso de responsabilidad con nuestro tiempo y con la sociedad. De ahí que la labor de formación y de investigación en bioética sea una tarea necesaria y apasionante.

La bioética se ha convertido en muchos casos en lugar de defensa de posturas radicales que, lejos de ejercer una labor de argumentación y decisión prudente, conducen a la condena y al desprecio de las opiniones diferentes.

El objetivo de esta revista es contribuir a la difusión y el desarrollo de la bioética, desde una perspectiva plural, abierta y deliberativa. En la que las opiniones valen por la fuerza de los argumentos que aportan. En la que se escuchan todas las posiciones y se valoran las aportaciones de las diversas aproximaciones y enfoques a las cuestiones. En la que no se buscan verdades absolutas, sino un ejercicio de prudencia, de responsabilidad, de reflexión, de auténtica deliberación.

en este número

La deliberación como salvaguarda

Eubulia

Deliberación y ciudadanía

La deliberación como modelo de diálogo cívico

Las bases deliberativas de la bioética

Conflictos éticos de los estudiantes

Caso clínico comentado

Bioética Complutense

Bioética Complutense es una revista dedicada a temas de Bioética, con amplitud de perspectivas, disciplinas y enfoques, elaborada desde la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid. España.

ISSN: 2445-0812

Publicación semestral.

Directora

D^a. Lydia Feito Grande

Consejo de redacción

D. Tomás Domingo Moratalla

Las opiniones expresadas en esta revista son responsabilidad exclusiva de sus autores y en ningún caso expresan la posición de los editores ni de la Universidad Complutense.



Bioética Complutense is licensed under a [Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Para sugerencias, aportaciones, opiniones, o cualquier comentario, contactar con:
bioeticacomplutense@gmail.com



Índice Nº49 Junio 2025

Artículos

- La deliberación como salvaguarda, Feito, L. p.2
- Eubulia, Gracia, D. p.4
- Deliberación y ciudadanía, López de la Vieja, T. p.5
- La deliberación como modelo de diálogo cívico, Seoane, J.A. p.11
- Las bases deliberativas de la bioética. Claves del origen de la disciplina, Roldán, I. p.19
- Conflictos Éticos de los Estudiantes del Experto Universitario de Bioética para Enfermería, Cabrejas, A. M., Guerra, I., Barbado, J.A., Velasco, T.R., Rodríguez, Y. p.26

Reseñas

- III Workshop de Bioética, Hernández, M. p.33
- Libro "El animal deliberante" de D. Gracia, Domingo, T. p.36

Caso clínico comentado p.40

Novedades y bibliografía p.53

Normas para los autores



En estos tiempos que corren, se hace cada vez más imprescindible pensar en modelos de resolución de conflictos basados en el diálogo, en el intento de comprensión de otras perspectivas, y en la búsqueda de soluciones compartidas que puedan promover valores y generar espacios y prácticas de humanización.

Tanto en los aspectos de la actividad profesional sociosanitaria como en otras dimensiones de la vida en común y de los espacios de convivencia, resulta esencial, dotarse de actitudes y herramientas cuyo objetivo principal no sea ganar a costa de otros, sino colaborar para buscar acciones que promuevan el bien común. Este planteamiento basado en la solidaridad, la cooperación, y el encuentro no es, hoy en día, el más frecuente, sin embargo, resulta imprescindible.

Precisamente, para contribuir a ese objetivo, la deliberación se revela como el planteamiento más adecuado. A explorar su potencial, sus límites, sus aplicaciones se dedicó el III Workshop Internacional *Bioética, Deliberación y Ciudadanía*, celebrado los días 17 y 18 de marzo de 2025, en la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid, en el contexto del proyecto de investigación, *Educación en bioética y deliberación democrática*. De dicho encuentro se da cuenta en este número de *Bioética Complutense*. Publicamos una reseña general del Workshop, así como algunos artículos preparados por personas que intervinieron como ponentes en dicho evento.

Igualmente, se realizó allí la presentación del último libro de Diego Gracia, *El animal deliberante*, del que también publicamos una reseña.

Finalmente, anunciamos un nuevo curso sobre deliberación que dirigirá Tomás Domingo Moratalla en la UNED y también el próximo XVII Congreso de la Asociación de Bioética Fundamental y Clínica que se celebrará en Teruel los días 23 al 25 de octubre de 2025, dedicado al tema *Contrarrestar la violencia. Deliberando para un cuidado responsable*.

Esperamos que todo este material contribuya a seguir pensando en estos espacios de encuentro, qué tanta falta le hacen al mundo.

Lydia Feito Directora

La deliberación como salvaguarda

Quienes nos declaramos defensores de la deliberación como método más adecuado para la solución de conflictos de valores, entendemos que no sólo es un método de toma de decisiones, sino que, además, supone una actitud, una cierta manera de estar en la realidad, asumiendo su complejidad y pluralidad, promoviendo una voluntad de comprensión y diálogo, y buscando opciones prudentes en la convicción de que tenemos una responsabilidad por la promoción y protección de los valores.

Pero esa actitud no es fácil de enseñar, entrenar y desarrollar. Para algunos, los menos, es algo que forma parte de su propio modo de ser, un talante dialogante que busca soluciones sin imponer su propia posición. Algo seguramente aprendido desde que la persona era muy niña y que ha sido asimilado como algo natural. Para otros, convencidos tras escuchar o formarse, supone un reto, algo que es preciso incorporar y que requiere un ejercicio continuado de supervisión y revisión para que pueda convertirse en un hábito. Esto es lo que se intenta en los programas de enseñanza, asumiendo que es posible aprenderlo y perfeccionarlo con el uso. Estas personas tenían una inquietud y han buscado el modo de responder a ella. Han encontrado en la deliberación una aproximación válida y tratan de ejercitarla.

Sin embargo, hay un tercer grupo de personas, mayoritario, que es impermeable a la deliberación y, en general, al diálogo y la búsqueda de opciones para tomar en consideración todos los puntos de vista.

En un mundo fuertemente polarizado como el que nos toca vivir, existe una creciente tendencia a las imposiciones dogmáticas, a considerar que las perspectivas diferentes son, por definición, erróneas y que, por ello, no merece la pena dedicarles tiempo ni atención. Se tiende a poner etiquetas sin tratar de comprender o conocer las justificaciones o los matices. Se deja de escuchar a quien piensa diferente, convencidos de estar en posesión de la razón. Más aún, la violencia, la agresión, la descalificación o el desprecio son ya costumbres instauradas porque, frente a los argumentos, operan los insultos, y no se hace ningún esfuerzo en justificar una visión diferente ni, menos aún, en buscar puntos de acuerdo.

Así las cosas, cuesta pensar que la deliberación tenga muchas posibilidades. No hay tiempo ni voluntad para escuchar, entender y

deliberar con respeto, tratando de buscar acciones prudentes que tengan en cuenta diferentes perspectivas y propuestas de valores.

Toda deliberación exige reconocer al otro, no como objeto de intervención, sino como sujeto moral con voz propia. Axel Honneth (*The Struggle for Recognition: The Moral Grammar of Social Conflicts*, 1995) ha señalado que el reconocimiento es condición de posibilidad del respeto y de la identidad moral. En la práctica clínica, esto implica dar espacio a los valores del paciente, del usuario o del familiar, sin imponer decisiones desde una autoridad técnica. En la ciudadanía democrática, supone escuchar otras perspectivas y buscar con responsabilidad un modo de promover valores en aras del bien común.

El amor es la primera forma de reconocimiento. Supone la aceptación, el cuidado y la afectividad como bases para la identidad de la persona. El reconocimiento jurídico y, por tanto, la condición de sujeto de derechos es la segunda forma de reconocimiento. Por último, el reconocimiento social, la solidaridad, hace referencia a que la persona sea estimada por las capacidades que tiene y que contribuyen a la realización de valores compartidos. Esto supone la integración en un espacio social y cultural.

Honneth nos recuerda que hay instancias de sufrimiento e injusticia que no han conseguido reconocimiento en el espacio público y, por ello, no aparecen en la deliberación. Desvelar esas situaciones es imprescindible y supone una forma de emancipación.

Desde esta propuesta se hace evidente que la deliberación es, también, una forma de hacer patentes las cosmovisiones y propuestas de valor. No se trata solo de dialogar sino, también, de comprender las posiciones del diálogo y, con ello, poner en evidencia la biografía de la persona, su historia, su marco cultural, sus pretensiones de promover un modelo de vida, un proyecto, y sus creencias y valores.

Por eso, que las personas renuncien voluntariamente a la comprensión de otros puntos de vista, convencidas de estar en posesión de la verdad, es una mala noticia. Que los conflictos no promuevan un diálogo plural y constructivo sobre el mejor modo de proteger valores es un pésimo panorama. Y que no se hagan los esfuerzos necesarios en la sociedad por fomentar una

convivencia ciudadana que sea algo más que la mera suma de las individualidades egoístas, es desolador.

Parte de la situación tiene que ver con pretensiones de poder que buscan imponer criterios con fines no siempre declarables. En tales casos, la ausencia de diálogo plural no es una casualidad, más bien es una omisión consciente e interesada. En tales casos, la deliberación también actúa como un correctivo por cuanto exige transparencia en la explicitación de los valores en juego, las razones para su defensa y las propuestas de acción que convienen para su protección sin poner en peligro otros valores también importantes.

También, en ocasiones, se pone de manifiesto la incompetencia en la argumentación de las convicciones o, simplemente, el desconocimiento y la actuación ignorante. Es bien conocido el efecto Dunning-Kruger, estudiado por estos psicólogos a mediados de los años 90 del siglo XX, que muestra que las personas más incompetentes son también las menos conscientes de su propia incompetencia. Más aún, no solo son incapaces de detectar y reconocer su incompetencia, sino que, además, no suelen reconocer la competencia del resto de las personas.

En esas circunstancias, la vanidad y la ignorancia son malas aliadas de los procesos deliberativos, sencillamente porque la incompetencia inhabilita para la comprensión de otros puntos de vista. Quizá no es arriesgado hipotetizar que quien más grita al defender su posición como la única verdad es quien menos seguro está, quien tiene menos argumentos y, sobre todo, quien ignora que podría aprender, mejorar y enriquecer su visión al escuchar otras razones.

Se atribuye a Desmond Tutu, premio Nobel de la Paz, la frase "no levantes la voz, mejora tu argumento". Pero esto requiere cierta humildad intelectual. Y para eso hay que ser consciente de las propias limitaciones, lo cual, como ya nos enseñara Sócrates con su "solo sé que no sé nada", es el inicio de la sabiduría.

El diagnóstico es, pues, desalentador. Pero no todo son malas noticias. El espacio de la deliberación se puede impulsar a través de la educación. Promover el entrenamiento en el diálogo razonado, enfatizando la necesidad de exponer las convicciones con argumentos, puede generar mayor comprensión de la incompletitud de la propia perspectiva y, por tanto, de la necesidad de buscar otras visiones para completarla.

Ortega y Gasset nos recordaba (*El tema de nuestro tiempo*, 1966): «Cada vida es un punto de vista sobre el universo. En rigor, lo que ella ve no lo puede ver otra. Cada individuo -persona, pueblo, época- es un órgano insustituible para la conquista de la verdad, (...) La sola perspectiva falsa es esa que pretende ser la única». Los mismos Dunning y Kruger observaron que, cuanto más aumenta la competencia de la persona, más crece también la conciencia de las capacidades y límites propios.

Por eso, el esfuerzo debe ser máximo en la educación. En su obra *Sin fines de lucro. Por qué la democracia necesita de las humanidades* (2010), Nussbaum afirma que la crisis actual no es económica, sino educativa. Esta es una "crisis silenciosa", que pasa prácticamente inadvertida, y que recorta, arrincona y en muchos casos expulsa las disciplinas humanísticas de los planes de estudio. Precisamente esos saberes que enseñan a aplicar el pensamiento crítico necesario para actuar independientemente y para desarrollar una inteligencia capaz de evaluar, y, en su caso, enfrentarse, al poder y la manipulación.

Las disciplinas humanísticas tienen un enorme potencial formativo. En *El cultivo de la humanidad* (2001) Nussbaum apunta que las humanidades cumplen una función social tripartita: por un lado desarrollan la habilidad socrática de examinarse a uno mismo y pensar de forma crítica, en segundo lugar, permiten pensar los problemas del mundo en un contexto más amplio, desde el punto de vista de la historia, las religiones o las culturas, y finalmente, promueven el cultivo de la imaginación que, como una forma de empatía intelectual, permite ver el mundo a través de otros, lo cual ayuda a salir de uno mismo y a tener una perspectiva más completa de la realidad.

La educación es, pues, la clave para promover la deliberación. Conocer más, pensar más, argumentar mejor, reconocer los propios límites, ampliar la visión. Todas ellas son competencias que pueden entrenarse, desarrollarse, enseñarse. Tal como anda el mundo, la deliberación que, como se ha indicado, no es solo un método sino también una actitud, es esencial e irrenunciable. Es una forma de respeto solidario que trata de comprender, que es consciente de la diferencia y de la necesidad de seguir ensanchando la mirada, que se compromete a actuar responsablemente promoviendo valores, que asume el diálogo como la mejor estrategia frente a los conflictos y que, por tanto, sirve de salvaguarda contra la violencia. Nada más y nada menos.

Lydia Feito
Directora

El comentario de Diego Gracia

El comentario de Diego Gracia



Eubulia

Esta palabra no aparece en el diccionario de la RAE. Pero sí hay otras muy próximas a ella, como “abulia”, que define como pasividad, desinterés, falta de voluntad. Y como la diferencia entre ambas está, o eso parece, en el prefijo, que en un caso es “eu”, bueno, y en el otro la partícula negativa “a”, resulta que el significado de eubulia parece ser el opuesto de abulia; por tanto, motivación, interés, voluntad positiva de hacer algo. Pero esto, por más que parezca muy lógico, es fruto de un error.

En griego hay dos sustantivos muy similares, *boúlesis*, que significa voluntad o deseo de hacer algo, y *boúleusis*, deliberación, consulta. Ambos proceden de *boúlomai*, que significa desear y querer. De ahí que el sustantivo *boulé* cobrara el sentido de voluntad, decisión, pero también plan y consejo. El problema está en que los griegos clásicos nunca tuvieron muy claro que la voluntad pudiera ser una facultad mental autónoma. Ellos fueron unos empedernidos intelectualistas, y por eso vieron en la voluntad no una facultad independiente y autónoma, como hoy es usual, sino la puesta en práctica de lo presentado y exigido por la inteligencia, el *noûs*. De ahí la definición clásica de la voluntad como “apetito racional” (*De an* III 10: 433 a 8-433 b 31). Cuando ese apetito no se halla gobernado por la razón, el ser humano es puro sujeto pasivo de sus impulsos irracionales. Eso es lo que los griegos denominaron *páthos* y los latinos *passio*, pasión. Su opuesto es lo que denominaron *éthos*, *mos* en latín, cuyo sentido originario es el de hábito o costumbre de actuar de acuerdo con los dictados de la razón, y por tanto de modo correcto.

La voluntad (*boúlesis*) como apetito racional sirve al ser humano para evitar el *páthos* y actuar conforme al *éthos*. Esto exige tomar decisiones tras un ejercicio relativamente complejo, que en la antigua Grecia recibió el nombre de deliberación (*boúleusis*). La razón tiene que ponerse en marcha para ponderar todos los factores en juego y acabar identificando la decisión más correcta, porque solo ella podrá ser aceptada por la razón.

¿Es esto fácil? Aristóteles tiene claro que no, que eso no tiene nada de fácil. En el ser humano hay un apetito racional, pero hay otros muchos apetitos irracionales, tanto concupiscibles como irascibles, que también describe Aristóteles. Por eso no es lo mismo deliberar, algo que puede hacer y de hecho hace todo sujeto racional, que deliberar bien. A deliberar bien se aprende. No basta con ser sujeto racional para saber deliberar. De ahí la importancia del prefijo eu-. La buena deliberación se hace, se adquiere a través de “actos”, y no llega a su perfección más que cuando se convierte en “hábito”. De hecho, solo el hábito hace que el acto sea realmente bueno. Y ese hábito es lo que Aristóteles llamó *areté*, término que los latinos tradujeron, mal traducido, por *virtus*. La deliberación es una virtud, aquella que permite tomar las decisiones correctas, y por tanto “actuar bien” (*eû práttein*) y, actuando bien, “vivir bien” (*eû zên*). Conseguir esto exige no solo *boúleusis*, sino *euboulía* (*EN* VI 9: 1142 a 31-b 34). Es el único modo que tenemos los seres humanos de llevar nuestra vida a plenitud, que eso es lo que significa el término *eudaimonía*, el objetivo de la ética para Aristóteles. Ahora se entienden, quizá las líneas de la *Ética a Nicómaco* que dicen: “Tanto el vulgo como las personas cultas dicen que el supremo de todos los bienes es la *eudaimonía*, y piensan que el *eû zên* y el *eû práttein* es lo mismo que la *eudaimonía*.” (*EN* I 4: 1095 a 18-19).

Diego Gracia

Catedrático Emérito de Historia de la Medicina
Universidad Complutense de Madrid

Deliberación y Ciudadanía

RESUMEN

Desde hace años, el procedimiento de deliberación tiene un papel destacado en las teorías contemporáneas de la democracia, ha llegado luego a muchos debates en bioética, ética clínica y otras éticas aplicadas. En las páginas siguientes se analiza la deliberación como *procedimiento* (¿Qué es? ¿Para qué se usa?) y como *práctica*, relevante para las cuestiones de salud pública, sobre todo en las sociedades plurales y democráticas (¿Quiénes deliberarán? ¿Dónde y cómo?).

ABSTRACT

For years, the procedure of deliberation has played a central role in contemporary theories of democracy, finding its way into several debates in bioethics, clinical ethics, and other areas of applied ethics. Deliberation is analyzed here as a *procedure* (What is it? What is it used for?) and as a *practice* relevant to public health issues, especially in pluralistic and democratic societies (Who will deliberate? Where and how?).

Introducción

“... escondiendo todo lo doloroso
que pueda beneficiarme
yo delibero
y a nada temo” (Lorde, 1997, p. 98).

En un poema de 1970, Audre Lorde se refería a ese momento, difícil por lo general, entre el temor y la apuesta por lo nuevo. Años más tarde, ella recordaba su angustia al conocer el diagnóstico de la enfermedad ¿debería someterse a la intervención para eliminar el tumor? De no hacerlo ¿qué podría ocurrir? (Lorde, 2020) Era el momento de deliberar sin miedo, como ya había dicho en el poema. El silencio nunca será la respuesta ante la incertidumbre, las palabras son necesarias. Lorde, reconocida escritora feminista, contó así su experiencia, en primera persona. En tercera persona y desde hace varios años, el procedimiento de deliberación tiene un papel central en las teorías contemporáneas de la democracia. Reivindican el diálogo y la participación de la ciudadanía en la esfera pública.

El giro deliberativo ha llegado algo después a los debates en bioética, ética clínica y otras éticas aplicadas. En las páginas siguientes se analiza la deliberación como procedimiento (¿Qué es? ¿Para qué se usa?) y como práctica cívica, de especial relevancia para los temas de salud pública, máxime en las sociedades pluralistas y democráticas (¿Quiénes deliberarán? ¿Dónde?).

(1) El *procedimiento* de dar y pedir razones se asemeja o se solapa con la argumentación, el diálogo y otras formas de comunicación. Es distinto de la negociación sobre preferencias e intereses. Tiene dimensión epistémica y también práctica, ya que amplía la perspectiva sobre temas controvertidos, generando así

alternativas para la toma de decisiones. Es una metodología, el contenido es sustantivo, como sucede en bioética, ética de la ética de la salud pública y en la de investigación.

(2) La *práctica deliberativa* muestra que el uso del procedimiento ha de ajustarse a las reglas de cada espacio o marco de deliberación. Esas reglas definen quiénes y cómo pueden intervenir en los distintos procesos y contextos para dar y pedir razones. La diferencia de competencias y objetivos en los comités de ética clínica y ética de la investigación sería un ejemplo de ese ajuste entre criterios formales y traslación a la práctica. Queda pendiente, sin embargo, la incorporación de no expertos en los comités.

(3) El *giro deliberativo* en las teorías de la democracia ha contribuido a revalorizar el procedimiento y sus usos en la esfera pública. En el ámbito de la salud, su puesta en marcha demuestra que la participación de la ciudadanía en el intercambio de razones contribuye a la legitimidad de las políticas, al igual que a la confianza de la población en lo público. Requiere, a cambio, un diseño previo, recursos específicos y organización.

1. Day y pedir razones: Un procedimiento

En la deliberación, las personas dialogan, ponderan, intercambian puntos de vista, consideran las evidencias, reflexionan sobre asuntos de interés común, entran en negociaciones e intentan convencer. Incluye la deliberación tanto procesos para llegar a acuerdos como desacuerdos. El adjetivo “deliberado” implica también intencionalidad, propósito y haber pensado con cuidado en las consecuencias de las acciones (Stern y Fineberg, 1996, p. 73).

¿Por qué deliberar? La mejora de las decisiones en materia de salud pública o medio ambiente requiere un análisis de los riesgos y deliberación, ya que aportan conocimiento y nuevas perspectivas. Así lo defendía en 1996 el informe sobre comunicación de riesgos en las sociedades democráticas, elaborado en Estados Unidos por un grupo de expertos, a iniciativa del Consejo Nacional de Investigación (USNRC). ¿Cuáles fueron las conclusiones? Analizar con metodología, a ser posible con protocolos, es fundamental para la correcta evaluación de los hechos. Para llegar luego a acuerdos en la materia, hace falta deliberar sobre varias opciones. Es también un proceso de aprendizaje mutuo para quienes participen en el proceso. Sin olvidar que la suma de análisis y deliberación será fundamental para las decisiones a tomar en una sociedad democrática: la participación de la ciudadanía aportará legitimidad (Cohen, 1989) a las medidas que afectan a sus intereses o su bienestar.

La propuesta de contar con no expertos en los debates sobre cuestiones técnicas no es contradictoria, ya que los riesgos tienen múltiples efectos y las decisiones consecuencias importantes para el conjunto de la población (Stern, 1998). Hay, pues, razones suficientes a favor del uso de la deliberación, pese a su complejidad y las dificultades para aplicarla en algunas situaciones ¿Para qué deliberar? Varios temas relacionados con la salud resultan polémicos, por conflictos de valor, falta de confianza en quienes toman las decisiones o porque los recursos a distribuir sean limitados (Solomon y Abelson, 2012). Aun así, correctamente organizada, la deliberación aportará información contrastada, tenderá algunos puentes donde existan desacuerdos y, en el mejor de los casos, favorecerá la cooperación para dar con soluciones que sean aceptables para la mayoría.

¿Cómo deliberar? En general, la puesta en marcha del procedimiento en la esfera pública es laboriosa, al requerir dedicación, tiempo y medios adecuados. En ocasiones se mezcla con otros procedimientos. “Deliberar” es dar y pedir razones, ponderar, reflexionar, etc. Es un tipo de interacción con otros agentes, una práctica relacional; es también un tipo de comunicación, como el diálogo. Tiene una dimensión epistémica, como la argumentación y la reflexión. Es una metodología, un procedimiento y, a la vez, una práctica con contenido.

1.1. Dimensión epistémica y práctica

En el diccionario de la Real Academia Española (s.f.), deliberar significa: “Considerar atenta y detenidamente el pro y el contra de los motivos de una decisión, antes de adoptarla, y la razón o sinrazón de los votos antes de emitirlos”. La toma de decisiones o la solución de problemas son los objetivos, solo que el procedimiento de sopesar razones -a favor y en contra- puede solaparse con otros. Por ejemplo, los argumentos son una estructura abstracta – premisas que llevan a la conclusión más correcta – y, también una práctica lingüística compleja. La deliberación se parece a la argumentación o al razonamiento práctico, al identificar cursos de acción para reaccionar ante determinados problemas (López de la Vieja, 2010; Walton et al., 2010). Es también un tipo de diálogo colaborativo, a la búsqueda de soluciones compartidas. Se diferencia de la persuasión, cuyo objetivo es convencer de algo a alguien con puntos de vista distintos.

En ocasiones se delibera en solitario, analizando razones a favor o en contra antes de tomar decisiones más o menos importantes. Sin embargo, la deliberación es también o sobre todo interacción con otros agentes, una actividad relacional. Es más, en las sociedades democráticas la participación en el proceso y el compromiso de la ciudadanía son fundamentales para una deliberación abierta y democrática (Walton, 2007). En cambio, la negociación de preferencias es un tipo de interacción en condiciones de desigualdad y, a veces, con presiones externas. Resulta incompatible con los criterios para el intercambio de razones que sea inclusivo (a partir de información exacta y accesible, equilibrio en los argumentos, diversidad en los participantes, búsqueda de la verdad, etc. [Fishkin, 2009; Habermas, 2022]). No obstante, el proceso deliberativo introduce a veces alguna clase de negociación (Mansbridge, 2009), sobre todo en las fases iniciales. Por eso, en el giro hacia la deliberación hay propuestas centradas en los aspectos normativos y otras, más pragmáticas (Neblo, 2005), que emplean métodos cualitativos y cuantitativos.

En síntesis, la deliberación es una metodología, su uso tiene una larga tradición y un papel destacado en las ciencias sociales y la filosofía contemporánea. Es también un proceso que tiene lugar en marcos y con contenidos diferentes. Ese equilibrio entre lo normativo y lo fáctico es importante en bioética y ética de la salud pública, por el impacto que tienen sobre de la población las decisiones en materia de salud. Así pues, entre controversias que parecen no tener final (Gutmann y Thomson, 1997) y la búsqueda de compromisos, en este ámbito las variantes del giro deliberativo suscitan interés.

2. Deliberación, una práctica cívica

El debate deliberativo es un aspecto distintivo, clave para el Compromiso Cívico (CC), se diferencia de otros medios para conocer la opinión pública, como las encuestas, los sondeos o las audiencias públicas. El proceso de deliberación es algo más que simple información o que “educación” de los participantes... (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022).

La OMS defiende desde hace varios años la participación de la ciudadanía en los procesos de deliberación, insistiendo en el valor del CC. El intercambio de razones abierto al público estará más o menos estructurado, pero siempre añadirá algo más o algo distinto a la información que llega por otros medios, como las encuestas de opinión. Ahora bien ¿quiénes y dónde pueden deliberar sobre lo relacionado con la salud o la investigación científica? La selección de participantes y el apoyo al intercambio deliberativo son fases de un proceso que ha de estar organizado y diseñado de antemano, a fin de lograr resultados. En 2024, la guía elaborada por la OMS incluía pautas para estructurar la toma de decisiones, basada en evidencias y con la participación ciudadana en grupos o mini públicos. Una de las cuatro fases de ese proceso es la deliberación pública, con apoyo suficiente para recabar información, asistir a quienes se impliquen en el procedimiento de dar y pedir razones y, por último, intentar que los resultados de ese trabajo de colaboración lleguen a instituciones y gobiernos.

Es este sentido, la deliberación abierta y democrática tiene un potencial que vale la pena explorar. Por eso, por la transparencia y legitimidad que aportaría a las políticas públicas, tal vez habría que prestar más atención al contexto o *marco* de aplicación y, sobre todo, al grado de *participación de no expertos* en los comités o grupos de expertos. El objetivo es claro: promover en las sociedades pluralistas el debate público de calidad y, por tanto, construido a partir de ideas y valores muy distintos.

(a) El marco define qué es o no apropiado, conforme a las reglas de cada institución y su propia lógica (March y Olsen, 1989). Valga como ejemplo la experiencia acumulada desde hace años en los comités de ética. Los de ética asistencial tienen carácter consultivo, sus integrantes deliberan y asesoran al personal sanitario y a pacientes en la toma de decisiones (Decreto 108/2002, arts. 2 y 5). Los de investigación son asimismo órganos de deliberación, pero quienes forman parte de esos comités sí toman decisiones. Tras evaluar los proyectos, darán informe favorable solo para aquellos que reúnan las condiciones adecuadas (Ley 14/2007, art. 16). Los comités de ética pública tienen como objetivo promover las buenas prácticas y el sistema de integridad en las administraciones y para los servidores públicos (OECD, 2025). Es decir, cada tipo de comité tiene espacio y reglas propias, sus decisiones tienen alcance diferente. Esto vale también para los comités de ética de la salud pública, allí donde estén constituidos.

(b) La intervención de no expertos en la deliberación no suele ser una prioridad, muchas veces ni siquiera está contemplada en la normativa de muchos países europeos sobre comités de ética. La participación efectiva de no expertos o de personal no técnico al lado de expertos es, sin embargo, relevante para la pluralidad y la apertura de los comités éticos (López de la Vieja, 2014). Queda, entonces, mucho por decir y hacer para que a estos comités llegue directamente la voz de la ciudadanía. Su inclusión tendrá beneficios epistémicos en varias áreas (Goodin, 2017), siendo también una muestra de la voluntad de transparencia y apertura en los debates sobre temas difíciles. Lo son, por lo general, aquellos que afectan a la salud individual o colectiva, la investigación científica y la relación entre las administraciones y los ciudadanos.

Pese a las dificultades y algunas reticencias, el intercambio de razones como práctica cívica y democrática (López de la Vieja, 2025) se ha abierto paso en distintos sectores, gracias al trabajo de expertos en varias disciplinas y a la cooperación con no expertos. El giro deliberativo ha sido impulsado desde las teorías de la democracia. Sin embargo, las ventajas del procedimiento y la complejidad de su puesta en práctica son mucho más visibles cuando se trata de salud y bienestar, asuntos tan personales como políticos.

3. Giro deliberativo y salud: A modo de conclusión

“La buena gobernanza para actuar sobre los determinantes sociales de la salud requiere el compromiso de las personas, comunidades y sociedad civil en la toma de decisiones” (OMS, 2025).

En 2025, la OMS ha reiterado que hace falta la colaboración de toda la sociedad para reducir el peso que los condicionantes sociales tienen en la salud. Sin participación ciudadana no hay, no puede haber equidad en este campo, ya que aquellos factores que generan desigualdad sistemática están enraizados en la sociedad. La legislación nacional sobre salud pública señala también la influencia de los factores sociales, económicos y culturales (Ley 33/2011, art. 19).

El primer reto está, entonces, en organizar la participación ciudadana en el intercambio de razones sobre la salud y el bienestar de toda la población. Vendrán luego las decisiones. Corresponden en última instancia a quienes sean responsables de la política sanitaria. Es decir, el proceso deliberativo pasa por dos ejes: como práctica cívica es o debe ser horizontal, mientras que la elección de un modelo de política sanitaria y el modo de organizarla suele ser vertical. Además, el proceso en su conjunto puede estar menos (Feito, 2023) o más estructurado, ya que la deliberación es un procedimiento y, a la vez, una forma de interacción. Esta puede ir cambiando en función del espacio o marco de deliberación y los objetivos.

Quizás por eso, por la influencia que tienen los marcos, el giro deliberativo y el giro institucional han ido casi a la par en las ciencias sociales ¿ha sido así en bioética y ética de la investigación? El segundo reto está en el diseño y la organización del proceso deliberativo, entendido como actividad relacional que tiene lugar en contextos y formatos determinados. Se cuenta con la experiencia, por lo general positiva, de los comités de ética, órganos de asesoramiento y deliberación previa a la toma de decisiones. Son la prueba de que el intercambio de razones es mucho más que un procedimiento. Tiene contenido y contexto, de modo que los argumentos son más que estructuras abstractas. En la práctica, los agentes intercambian argumentos que tienen densidad (López de la Vieja, 2010).

La deliberación como actividad cívica es, sin duda, una práctica exigente en cuanto a la forma y los contenidos. Es también una muestra de confianza en el potencial de la comunicación en la esfera pública. La equidad en la política sanitaria es aún un reto pendiente en casi todos los países, ¿cómo lograr avances? A partir de su experiencia, A. Lorde explicó que deliberar es elegir el lenguaje frente al miedo que deja sin palabras.

M.ª Teresa López de la Vieja
Catedrática Emérita Honorífica.
Universidad de Salamanca.

Bibliografía

1. Cohen, J. (1989). Deliberation and Democratic Legitimacy en A. Hamlin y P. Pettit (eds.), *The Good Polity* (pp. 17-34). Blackwell.
2. Decreto 108/2002, de 12 de septiembre, por el que se establece el régimen jurídico de los comités de ética asistencial y se crea la Comisión de Bioética de Castilla y León. *Boletín Oficial de Castilla y León*, 181, de 18 de septiembre de 2002. <https://bocyl.jcyl.es/boletin.do?fechaBoletin=18/09/2002>.
3. Feito, L. (2023). El compromiso ético con una buena deliberación: la narrativa como clave. *Argumenta Philosophica*, (2), 75-94.
4. Fishkin, J. (2009) *When the People Speak. Deliberative Democracy and Public Consultation*. Oxford University Press.
5. Goodin, R. E. (2017) The Epistemic Benefits of Deliberative Democracy. *Policy Sciences*, 50, 351-366. <https://doi.org/10.1007/s11077-017-9286-0>.
6. Gutmann, A., & Thompson, D. (1997). Deliberating about Bioethics. *The Hastings Center Report*, 27(3), 38-41. <https://doi.org/10.2307/3528667>.
7. Habermas, J. (2022) *Ein neuer Strukturwandel der Öffentlichkeit un die deliberative Politik*, Suhrkamp.
8. Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación biomédica. *Boletín Oficial del Estado*, 159, de 4 de julio de 2007. <https://www.boe.es/eli/es/l/2007/07/03/14>.
9. Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. *Boletín Oficial del Estado*, 159, de 5 de octubre de 2011. <https://www.boe.es/eli/es/l/2011/10/04/33/con>.
10. López de la Vieja, M.ª T. (2010) *La pendiente resbaladiza. La práctica de la argumentación moral*. Plaza y Valdés.

11. López de la Vieja, M.^a T. (2014) Bioética: Expertos y no expertos en comités en M.^a T. López de la Vieja (ed.), *Bioética en plural* (pp. 23-62). Plaza y Valdés.
12. López de la Vieja, M.^a T. (2025). *Dominio o ciudadanía*. Plaza y Valdés.
13. Lorde, A. (1997). *The Collected Poems of Audre Lorde*. W.W Norton & Company.
14. Lorde, A. (2020). *The Cancer Journals*. Penguin.
15. Mansbridge, J. (2009). Deliberative and Non-Deliberative Negotiations. *HKS Faculty Research Working Paper Series*, RWP09-010. <https://doi.org/10.2139/ssrn.1380433>.
16. March, J. y Olsen, J. (1989). *Rediscovering Institutions*. The Free Press.
17. Neblo, M. (2005). Thinking through Democracy: Between the Theory and Practice of Deliberative Politics. *Acta Politica*, 40, 169-181. <https://doi.org/10.1057/palgrave.ap.5500102>.
18. OECD (2025) *Recommendation of the Council of Public Integrity*. Paris: OECD, Recuperado de: <https://legalinstruments.oecd.org/en/instruments/OECD-LEGAL-0435>.
19. Organización Mundial de la Salud. (2022). *Implementing Citizen Engagement within Evidence-informed Policy-making*. World Health Organization. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/364361/9789240061521-eng.pdf?sequence=1>.
20. Organización Mundial de la Salud. (2024). *Citizen Engagement in Evidence-informed Policy-making. A Guide to Mini-publics*. World Health Organization. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/376107/9789240081413-eng.pdf?sequence=1>.
21. Organización Mundial de la Salud. (2025). *World Report on Social Determinants of Health Equity*. World Health Organization. <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/equity-and-health/world-report-on-social-determinants-of-health-equity>.
22. Real Academia Española. (s.f.). Deliberar. En *Diccionario de la lengua española* (23.^a ed.). Recuperado en 5 de mayo de 2025, de <https://dle.rae.es/deliberar#C7FSCvp>.
23. Solomon, S. y Abelson, J. (2012). Why and when should we use public deliberation? *The Hastings Center report*, 42(2), 17-20. <https://doi.org/10.1002/hast.27>.
24. Stern, P. C. (1998). Understanding “Understanding Risk” and Moving Forward. *Human Ecology Review*, 5(1), 55-57. <http://www.jstor.org/stable/24707112>.
25. Stern, P. y Fineberg, H. (eds.). (1996). *Understanding Risk. Informing Decisions in Democratic Society*. National Academy Press.
26. Walton, D. (2007). Revitalizing the Public Sphere: The Current System of Discourse and the Need for the Participative Design of Social Action. *Systemic Practice and Action Research*, 20, 369-386. <https://doi.org/10.1007/s11213-007-9073-5>.
27. Walton, D., Atkinson, K., Bench-Capon, T., Wyner, A. y Cartwright, D. (2010). Argumentation in the Framework of Deliberation Dialogue en C. Bjola y M. Kornprobst (eds.), *Arguing Global Governance, Agency, Lifeworld, and Shared Reasoning* (pp. 210-230). Routledge.

La Deliberación como Modelo de Diálogo Cívico

RESUMEN

La deliberación es el modelo de diálogo más apropiado para fundamentar una concepción y una práctica de la ciudadanía. Para justificar esta afirmación se compara la deliberación con otros tipos de diálogo y se analizan sus características, sus problemas y los beneficios que ofrece. Finalmente, se propone un modelo de democracia deliberativa institucionalizado como Estado de Derecho.

PALABRAS CLAVE

Deliberación; Estado de Derecho; ética; política; razonamiento práctico.

ABSTRACT

Deliberation is the most appropriate model to support the conception and practice of citizenship. To justify this claim, the paper compares deliberation with other types of dialogue, and analyses its characteristics, problems and benefits. Finally, a model of deliberative democracy institutionalised as rule of law is proposed.

KEYWORDS

Deliberation; Rule of Law; ethics; politics; practical reasoning.

Si el diálogo es un intercambio a través (*dia-*) de palabras o razones (*lógoi*), la deliberación sobresale como el modelo dialéctico más adecuado para sustentar una concepción y una práctica de la ciudadanía.

1. Modelos de diálogo

A partir de la noción del debate como una argumentación en forma de diálogo, se han distinguido cinco tipos ideales (Aguiló, 2015, pp. 31 ss.). Los modelos se caracterizan por rasgos como la clase de racionalidad empleada —estratégica o comunicativa— y la finalidad perseguida —maximización de intereses, consenso, imposición, victoria—. Junto a estos, otros dos rasgos permiten caracterizarlos y diferenciarlos con mayor precisión. En primer lugar, la clase de relación social que constituyen, bien de cooperación, bien de conflicto. En segundo lugar, su foco de atención y el modo de relación de los interlocutores, distinguiendo los debates actorales, cuyo interés es la identidad de los participantes, y los debates temáticos, que apuntan al tema u objeto del debate y no a los sujetos.

El primero, la *disputa*, es un debate conflictivo y actoral. La relación de las partes es de conflicto (ganar–perder; perder–perder) y la finalidad consiste en imponerse. Siendo un debate actoral, los temas son secundarios. En ella se emplea un tipo de racionalidad estratégica, orientada al éxito, por lo que pierden relevancia valores como la sinceridad, la veracidad o la corrección de los argumentos.

El segundo es la *controversia*, un debate conflictivo y temático. Al igual que en el modelo anterior, la relación de las personas participantes es de conflicto; en cambio, al ser un debate temático, la atención se centra en la cuestión controvertida, y no en las personas. La racionalidad empleada es también estratégica, determinando que una parte gane —cuando prevalece su opinión— y la otra pierda.

La *negociación* es un modelo sincrético que integra rasgos de distintos tipos, pues es un debate de conflicto y cooperación, y actoral y temático. Como tal, se orienta a la obtención de un éxito a través de la racionalidad estratégica y al entendimiento a través de la racionalidad comunicativa.

El cuarto modelo es la *deliberación*, un debate cooperativo y temático. Consiste en un diálogo racional y crítico que tiene lugar en un contexto de cooperación (ganar-ganar) de los interlocutores. Se orienta a la resolución de un problema mediante la racionalidad comunicativa, que persigue el entendimiento de las partes.

Finalmente, el *debate consensual* o consenso es un debate cooperativo y actoral. Por tanto, la relación de cooperación de las partes está guiada por la identidad de los interlocutores y no por la complejidad del tema, si bien emplea la racionalidad comunicativa, orientada al entendimiento.

2. La deliberación como diálogo

El diálogo deliberativo rehúye la polarización. El lenguaje de la deliberación es una manifestación de la racionalidad práctica y comunicativa, un modelo de lenguaje racional y razonable que parte del reconocimiento de la complejidad de la realidad y promueve un pensamiento en comunidad sobre valores y bienes para garantizar la corrección o la justicia de las decisiones a través de argumentos prudenciales. Así caracterizado, se contrapone al lenguaje agonial, que es expresión de una racionalidad estratégica o instrumental que, en contextos de hostilidad, tiende a la negociación de intereses y desemboca en argumentos polarizados y extremos (Mouffe, 1993/1999). Con un perfil más individualista, tiene como objetivo la eficiencia del proceso y la decisión, antes que su corrección o justicia.

En cuanto diálogo, la deliberación se caracteriza por dos rasgos. En primer lugar, es un diálogo cooperativo. Sin cooperación no hay deliberación, y por ello exige desde el principio dar y escuchar razones. La cooperación descarta el carácter conflictivo y apunta, justamente, a la armonización. Así sucede, por paradójico que parezca, en el método deliberativo desarrollado por Diego Gracia, en el que los conflictos de valores y los conflictos de deberes son pasos en el seno de un procedimiento armonizador que persigue la síntesis de esos valores a través de cursos de acción —deberes— intermedios y, finalmente, el curso óptimo (Gracia, 2011, pp. 120-125; Seoane, 2016; Seoane, 2023, pp. 50-56). En segundo lugar, la deliberación es un diálogo temático. A diferencia del debate consensual o la disputa, donde las personas y las personalidades prevalecen sobre el tema, en el diálogo deliberativo no hay protagonismos individuales, sino un tema y un objetivo compartidos. En consecuencia, la deliberación rechaza los argumentos de autoridad y somete a crítica todos los argumentos.

3. Las características de la deliberación

La deliberación consiste en dar razón de las propias perspectivas y responder a las razones dadas por otros (Gutmann y Thomson, 2004, p. 7), lo que requiere accesibilidad e inteligibilidad para poder comprender esas decisiones; calidad moral, en la medida en que dichas razones y argumentos se sustentan en valores y se pueden universalizar; respeto por las personas y los argumentos, valorando positivamente, más allá de la tolerancia, la participación de otros interlocutores y perspectivas, acogiendo con naturalidad la posibilidad del disenso; y revisabilidad, siempre que el cambio de las circunstancias fácticas o valorativas lo requiera (Presidential Commission for the Study of Bioethical Issues, 2016, pp. 24-27).

Para que esta deliberación sea posible es necesaria una argumentación colectiva libre e igual. En primer lugar, libertad e igualdad de las personas: todas deben ser admitidas y poder participar y nadie puede ser obligado ni coaccionado a participar. En segundo lugar, libertad e igualdad de los argumentos: todos los argumentos han de ser considerados, sin exclusiones previas, y todos deben ser sometidos a una crítica intersubjetiva. El resultado de este diálogo no es una decisión conocida o adoptada a priori que los interlocutores simplemente refrendan ni tampoco un juicio apodíctico o una conclusión que aspire a un grado de certeza absoluta. El fin del diálogo deliberativo debe ser una decisión prudente y razonable.

Toda deliberación genuina ha de presentar una serie de características. Civil o cívica, en la medida en que no se reserva a expertos y profesionales, sino que corresponde a toda la ciudadanía. Plural, acogiendo diversas personas, lenguajes y axiologías. Inclusiva, ya que promueve la participación de todas las personas interesadas y la consideración de todas las perspectivas y argumentos. Racional, pues constituye un diálogo que exige razones para justificar los argumentos, al mismo tiempo que rechaza la arbitrariedad —esto es, la ausencia de razones— y el emotivismo —o justificación de los argumentos exclusivamente a partir de las emociones—. Razonabilidad, porque la racionalidad deliberativa no es una racionalidad apodíctica y no dispone de respuestas a priori. Prudencial, ya que adopta decisiones en situaciones de incertidumbre combinando principios, consecuencias y virtudes. Crítica, en varios sentidos: los argumentos deliberativos no pueden estar basados exclusivamente en la fuerza o la autoridad —p. ej., en la condición de presidente/a de un órgano o comité—, ni en la tradición, aduciendo que se ha hecho siempre así y que se debe seguir dicha costumbre, o la experiencia, otorgando prevalencia al argumento de quien lleva mucho tiempo ocupándose de un asunto o de quien ha conocido casos o situaciones semejantes. Tampoco en las emociones, a pesar de que desempeñan un papel relevante en la toma de decisiones, pues no pueden ser aceptadas acríticamente como único criterio de corrección de la decisión. Finalmente, también han de someterse a escrutinio crítico los hechos: la deliberación ética parte del conocimiento de la realidad, qué y cómo es, pero no permanece ahí y da un paso más para analizar cómo debería ser esa realidad, sin someterse a la fuerza normativa de lo fáctico.

4. El razonamiento en la deliberación

La deliberación requiere un método y un procedimiento estructurado en niveles que siguen un orden lógico. Comienza en el nivel de los hechos, donde se responde a la pregunta cómo es la realidad. Solo tras su delimitación damos paso al nivel de los valores, donde se estima cómo debería ser dicha realidad. Finalmente, alcanzamos el nivel de los deberes, para definir, en coherencia con los niveles anteriores, qué debemos hacer para realizar los valores positivos y lograr que la realidad sea como debería ser.

En estos niveles se manejan dos tipos de razonamientos y argumentos. De una parte, un razonamiento teórico que se utiliza para explicar o describir la realidad, cuyas premisas y conclusiones son enunciados descriptivos. Nos explica cómo es algo o alguien de acuerdo con los criterios de verdad o falsedad, y por ello su dirección de ajuste es *mente/palabra-a-mundo* (Searle, 1995/1997, pp. 220-221; Searle, 1998/2001, pp. 94-95). Cuando enuncio un argumento en este modo de razonamiento teórico pretendo que refleje la realidad, y cuando existe correspondencia entre mi argumento y la realidad a la que se refiere, el argumento se considera correcto por su valor de verdad. Este tipo de razonamiento suele manejarse en el nivel de los hechos.

Junto a él aparece el razonamiento práctico, orientado a la acción, que es el propio del ámbito ético, político y jurídico. Este razonamiento tiene carácter valorativo, normativo y justificativo, y no pretende describir la realidad, sino proponer cómo debe o debería ser. Al menos una de las premisas, generalmente la premisa mayor, y la conclusión de mi razonamiento tienen carácter normativo. Expreso cómo debería ser la realidad, cómo planteo o intento que sea, de modo que mi enunciado no se examina de acuerdo con su valor de verdad o falsedad, sino de corrección o incorrección, y su dirección de ajuste es distinta: *mundo-a-mente/palabra* (Searle, 1995/1997, pp. 220-221; Searle, 1998/2001, pp. 94-95). Enuncio un argumento para transformar la realidad a través de mi decisión y mi acción, para que la realidad sea o llegue a ser como digo que debería ser; es decir, para que se ajuste a mi argumento. Estos razonamientos éticos son los que emplea el

ser humano cuando adapta el mundo a sus necesidades, configurándolo para desarrollar sus proyectos y alcanzar sus fines (Gracia, 2025, pp. 18-20, 598).

5. La argumentación en la deliberación

La deliberación necesita la argumentación, pues funciona con argumentos y no con opiniones. Estas revelan la valoración sobre algo o alguien, pero no siempre van acompañadas de una justificación o un razonamiento, mientras que los argumentos expresan dichas valoraciones y juicios de modo fundamentado o justificado. En consecuencia, la opinión puede generar adhesión o rechazo, pero no admite cuestionamiento racional; en cambio, los argumentos, sí: pueden también suscitar acuerdo o desacuerdo, pero es posible cuestionarlos y mostrar su debilidad o, al contrario, reforzarlos mostrando su solidez y coherencia.

La argumentación es una actividad racional relativa al lenguaje, que supone tanto un proceso o actividad como el producto o resultado de esa actividad, y presupone la existencia de un problema o cuestión cuya respuesta debe basarse en razones. Existen tres aproximaciones o concepciones básicas de la argumentación: formal, material y pragmática.

La concepción *formal* define la argumentación como el encadenamiento de enunciados para, partiendo de algunos de ellos (premisas), pasar a otro (conclusión) de acuerdo con ciertas reglas lógicas de inferencia. Se centra en la argumentación como resultado y atiende únicamente a la forma del argumento, con abstracción de su verdad o corrección. En esta concepción, que presta atención a la dimensión sintáctica (estructura), predominan los valores de la certeza y la seguridad, y califica los argumentos en función de su validez.

La concepción *material*, en cambio, no atiende a la forma de los enunciados o a la inferencia, sino a aquello que los hace correctos o incorrectos. Su centro de atención son las premisas, es decir, las razones para creer algo o para intentar o tener que realizar una acción, y la conclusión. No basta cumplir los requisitos formales, pues la argumentación debe satisfacer ciertas condiciones de carácter sustantivo o material. Aquí predominan los valores de verdad y justicia y se privilegia la dimensión semántica (contenido).

La concepción *pragmática* considera la argumentación como un tipo de actividad lingüística, como una interacción social o un proceso comunicativo que tiene lugar entre varios individuos, sujeto a ciertas reglas y encaminado a obtener un acuerdo o persuadir a otro sobre una determinada tesis. Subraya la dimensión pragmática (uso) y califica a los argumentos en razón de su aceptación por un auditorio. Esta concepción presenta dos enfoques: retórico, focalizado en la persuasión de un auditorio que suele adoptar un papel más bien estático; dialéctico, donde las personas participantes asumen roles dinámicos en una interacción constante.

Estas tres concepciones son complementarias y compatibles, y deben ser consideradas como dimensiones de una concepción integral en la que tendrán mayor o menor peso dependiendo del contexto (Atienza 2013, pp. 109-114). La deliberación bioética presta atención sobre todo a la dimensión material y adopta una concepción sustantiva de la deliberación que parte de, emplea y promueve valores, entre ellos valores democráticos. Esta dimensión material se combina con la dimensión pragmática en su orientación dialéctica y presupone la dimensión formal para la construcción adecuada de los argumentos.

6. Los problemas de la deliberación

Deliberar no es fácil, y menos aún deliberar bien. El predominio del pensamiento rápido o intuitivo (sistema 1), que actúa automáticamente, sobre el pensamiento deliberado (sistema 2), que requiere atención y esfuerzo (Kahneman, 2011/2012), y la propensión del sistema 1 a cometer errores sistemáticos e incurrir en sesgos contribuyen al deterioro de la deliberación (Gracia, 2016; Gracia, 2025, pp. 538-557).

El *sesgo de confirmación* o *deseabilidad* consiste en reunir o interpretar pruebas de forma selectiva para preferir un juicio que creemos verdadero o correcto o deseamos que lo sea, a modo de confirmación positiva (Kahneman, 2011/2012, pp. 111-112; Kahneman, Siboney y Sunstein, 2021, p. 189). Por tanto, conduce a no deliberar y, simplemente, ratificar la posición adoptada en el punto de partida. Tampoco hay deliberación en presencia del *sesgo de conclusión* o *prejuicio*, que dirige su atención a la decisión o punto de llegada, e implica alcanzar conclusiones de forma poco deliberada o precipitada, saltándose el procedimiento para integrar la información (Kahneman, 2011/2012, p. 109; Kahneman et al., 2021, p. 189). Por su parte, el *sesgo de disponibilidad* equivale a dar más importancia a la información que tenemos presente o más fácilmente accesible en lugar de considerar toda la información relevante (Kahneman, 2011/2012, pp. 174-182), de modo que la realidad se fragmenta y simplifica de acuerdo con los intereses o preferencias personales para alcanzar la conclusión deseada.

Dos obstáculos derivados de la gestión de las emociones afectan a la racionalidad y razonabilidad de los argumentos deliberativos. Son el *efecto halo*, que es la tendencia a que nos guste o disguste todo de una persona, aumentando la importancia de las primeras impresiones (Kahneman, 2011/2012, pp. 112-114), y la *heurística del afecto*, que acredita el predominio de las conclusiones sobre los argumentos cuando hay emociones implicadas referidas a las creencias y posiciones sobre los asuntos objeto de la deliberación (Kahneman, 2011/2012, pp. 139, 186-187).

Por último, dos situaciones vinculadas con defectos en la actitud deliberativa son la *cascada de conformismo* o *reputacional*, que empuja a alinearse con el grupo para evitar la censura social o para conservar la buena opinión que los demás tienen de una persona, marginando opiniones o dudas personales (Asch, 1955; Kuran y Sunstein, 1999), y la *polarización de grupo*, en la que los componentes de un órgano deliberativo acaban adoptando una posición más extrema de aquella a la que se tendía antes de la deliberación (Kahneman et al., 2021, pp. 118-121; Sunstein, 2002; Sunstein y Hastie, 2015, pp. 77-88;), prejuzgando la decisión y alejándose de la búsqueda de cursos intermedios.

Otra fuente de dificultades para una buena deliberación es la confusión de los modos de razonamiento. Razonar en los procesos deliberativos de acuerdo con una lógica apodíctica y dilemática, o pensar que solo es posible un resultado correcto y demostrable revelan la confusión del razonamiento práctico con el razonamiento científico. La deliberación forma parte de aquel, del razonamiento práctico, y emplea una lógica dialéctica que opera en condiciones de incertidumbre y libertad, no de necesidad. Tiene carácter problemático y, por tanto, admite una pluralidad de opciones y resultados correctos cuya concreción, en forma de decisión prudencial, depende del contexto y el ejercicio de la sabiduría práctica (Aubénque, 1963/1999).

Un tercer factor que degrada la deliberación es la falta de hábito y actitud deliberativos, en ocasiones a causa de una educación inadecuada (Gracia, 2011, pp. 124-129; Gracia, 2025, pp. 581-596). La buena deliberación es resultado de la adquisición de la experiencia práctica, que reconoce la necesidad de aprender y comprender lo aprendido para actuar cada vez mejor, nunca de forma rutinaria, sino tras pensar conscientemente y con humildad antes de tomar una decisión que mueva a la acción (Annas, 2012).

7. Los beneficios de la deliberación

Además de necesaria, la deliberación rinde beneficios cuando cumple satisfactoriamente las tres funciones propias de un sistema deliberativo: epistémica —conocimiento relevante e informado de los asuntos centrales—, ética —promoción del respeto mutuo entre la ciudadanía y entre sus representantes— y política —proceso democrático inclusivo e igualitario que refleja preocupaciones, voces e intereses múltiples y plurales— (Mansbridge, 2015, pp. 42-43).

Desde el punto de vista epistémico, la deliberación proporciona nueva información que puede facilitar la coordinación, aspecto relevante en sociedades plurales. Reduce la manipulación y el engaño, mejora la comprensión de diferentes perspectivas y valores y anima a examinar la realidad desde posiciones distintas,

estimulando la atención a y la comprensión de problemas de interés común, no solo de intereses particulares. Al propiciar ese diálogo, la deliberación fortalece diversos valores y, desde una perspectiva ética, favorece el respeto mutuo, reclama igualdad y libertad, contribuye a reflexionar más allá de la propia individualidad y favorece la búsqueda del interés y el bien comunes. Finalmente, desde un punto de vista político, promueve procesos igualitarios inclusivos y formula una pretensión de universalidad. Asimismo, expresa el reconocimiento y da voz a las personas y grupos minoritarios o excluidos, aumentando el grado de participación de las personas y la representatividad de los argumentos, reforzando la legitimidad de las decisiones y favoreciendo el compromiso público.

8. Un modelo de ciudadanía

La proyección de diálogo deliberativo en una concepción de la ciudadanía, tanto social y política como ética, puede identificarse en el elogio de la democracia ateniense del Discurso fúnebre de Pericles (Tucídides, 1990, pp. 447-456 [II, 35-41]). La palabra y la razón (*lógos*) a través de la argumentación y la deliberación para orientar la acción; una educación orientada al desarrollo de las virtudes y la excelencia (*areté*); la igualdad ante la ley (*isonomía*) y la igualdad de palabra y participación política (*isegoría*) en condiciones de libertad (*eleuthería*) serían condiciones para su florecimiento.

Para materializarse necesita añadir un elemento institucional. Para ello, la perspectiva más amplia de la Filosofía práctica nos dirige al modelo más afinado de nuestras sociedades, que es el Estado de Derecho, o Estado social y democrático de Derecho (Constitución Española, art. 1.1). Desde una concepción instrumental del poder, la Política utiliza ese poder como medio para el logro de fines valiosos y la realización del bien común. Por ello, el ejercicio del poder está sometido al Derecho y este, a su vez, condicionado por los valores —éticos, jurídicos y políticos— que debe proteger, sintetizados en cuatro: dignidad, libertad, igualdad y justicia. Interactuando y condicionándose recíprocamente, la Ética aporta legitimidad al modelo, el Derecho institucionaliza esa legitimidad a través de la legalidad, y la Política garantiza la realización eficaz de esos valores, reconocidos como derechos y libertades fundamentales.

El Estado de Derecho es la institucionalización jurídico-política de la democracia (Díaz, 1986), y no puede tenerse ni mantenerse sin democracia radical (Habermas, 1998/2010, p. 61). Convierte en legalidad el sistema de valores que caracteriza a la legitimidad democrática, al enlazar principios éticos basados en la libertad y la autonomía individual, exigencias políticas de carácter democrático y participativo y construcciones jurídicas institucionales para la protección de libertades y derechos fundamentales. En otras palabras, correlaciona democracia como moral, democracia como política y democracia como institucionalización jurídica de las dos anteriores en forma de Estado de Derecho.

Cuatro rasgos esenciales lo caracterizan: (1) Imperio de la ley, que, en la actualidad, por la relación de adecuación y subordinación de la ley a la Constitución, transforma el antiguo Estado legislativo de Derecho en el vigente Estado constitucional de Derecho (Peña Freire, 2020; Zagrebelsky, 1992/1995, pp. 21-45); (2) División de poderes —legislativo, ejecutivo y judicial—, entendida como diferenciación, no como separación; (3) Fiscalización de la Administración: actuación conforme a la ley y la Constitución en todos los órdenes y niveles, interdicción de la arbitrariedad y control constitucional y jurisdiccional; (4) Protección de derechos y libertades fundamentales, que constituyen la razón de ser del Estado de Derecho, el cual no se conforma con su mero reconocimiento, sino que demanda la realización efectiva de las exigencias éticas y políticas de la dignidad, libertad, igualdad y justicia (Díaz, 2002, pp. 75-82).

José Antonio Seoane
Catedrático de Filosofía del Derecho.
Universidade da Coruña.

Bibliografía

1. Aguiló Regla, J. (2015). *El arte de la mediación. Argumentación, negociación y mediación*. Trotta.
2. Annas, J. (2012). Practical expertise en J. Bengson y M. A. Moffett (eds.), *Knowing how: Essays in knowledge, mind, and action* (pp. 101-112). Oxford University Press.
3. Asch, S. E. (1955). Opinions and Social Pressure. *Scientific American*, 193(5), 31–35. <http://www.jstor.org/stable/24943779>.
4. Atienza, M. (2013). *Curso de argumentación jurídica*. Trotta.
5. Aubenque, P. (1999). *La prudencia en Aristóteles* (M.^a J. Gómez Torres-Pallete, Trans.). Crítica. (Trabajo original publicado en 1963)
6. Constitución Española [CE]. *Boletín Oficial del Estado*, 311, de 29 de diciembre de 1978. [https://www.boe.es/eli/es/c/1978/12/27/\(1\)/con](https://www.boe.es/eli/es/c/1978/12/27/(1)/con).
7. Díaz, E. (1986). *Estado de Derecho y sociedad democrática* (8^a ed.). Taurus.
8. Díaz, E. (2002). Estado de Derecho y legitimidad democrática. En E. Díaz, J. L. Colomer (eds.). *Estado, justicia, derechos* (75-104). Alianza.
9. Gracia, D. (2011). Teoría y práctica de la deliberación moral en L. Feito, D. Gracia y M. Sánchez (eds.). *Bioética: el estado de la cuestión* (pp. 101-154). Triacastela.
10. Gracia, D. (2016). Problemas con la deliberación. *Folia Humanística*, (3), 1-16. <https://doi.org/10.30860/0013>.
11. Gracia, D. (2025). *El animal deliberante. Teoría y práctica de la deliberación moral*. Triacastela.
12. Gutmann, A., y Thompson, D. (2004). *Why deliberative democracy?* Princeton University Press.
13. Habermas, J. (2010). *Facticidad y validez: sobre el Derecho y el Estado democrático de derecho en términos de teoría del discurso* (M. Jiménez Redondo, Trans.). Trotta. (Trabajo original publicado en 1998)
14. Kahneman, D. (2012). *Pensar rápido, pensar despacio* (J. Chamorro Mielke, Trans.). Debate. (Trabajo original publicado en 2011)
15. Kahneman, D., Sibony, O. y Sunstein, C. R. (2021). *Ruido. Un fallo en el juicio humano* (J. Chamorro Mielke, Trans.). Debate.
16. Kuran, T. y Sunstein, C. R. (1999). Availability cascades and risk regulation. *Stanford Law Review*, 51(4), 683-768.

17. Mansbridge, J. (2015). A minimalist definition of deliberation en O. Heller y V. Rao (eds.), *Deliberation and development. Rethinking the role of voice and collective action in unequal societies* (pp. 27-50). World Bank.
18. Mouffe, C. (1999). *El retorno de lo político. Comunidad, ciudadanía, pluralismo, democracia radical*. (M. A. Galmarini, Trans.). Paidós. (Trabajo original publicado en 1993)
19. Peña Freire, A. M. (2020). La Constitución del Estado de derecho. *Anuario de Filosofía del Derecho* (36), 87-110. <https://doi.org/10.53054/afd.vi36.2375>.
20. Presidential Commission for the Study of Bioethical Issues. (Mayo de 2016). *Bioethics for every generation: Deliberation and education in health, science, and technology*. <https://bioethicsarchive.georgetown.edu/pcsbi/node/5678.html>.
21. Searle, J. R. (1997). *La construcción de la realidad social* (A. Doménech, Trans.). Paidós. (Trabajo original publicado en 1995)
22. Searle, J. R. (2001). *Mente, lenguaje y sociedad. La filosofía en el mundo real* (J. Alborés, Trans.). Alianza. (Trabajo original publicado en 1998)
23. Seoane, J. A. (2016). Argumentación jurídica y Bioética. Examen teórico del modelo deliberativo de Diego Gracia. *Anuario de Filosofía del Derecho*, (32), 489-510. <https://revistas.mjjusticia.gob.es/index.php/AFD/article/view/2305>.
24. Seoane, J. A. (2023). Deliberación bioética y Derecho. *Argumenta philosophica*, (2), 39-58.
25. Sunstein, C. R. (2002). The law of group polarization. *Journal of Political Philosophy*, 10(2), 175-195. <https://doi.org/10.1111/1467-9760.00148>.
26. Sunstein, C. R. y Hastie, R. (2015). *Wiser. Getting beyond groupthinking to make groups smarter*. Harvard Business Review Press.
27. Tucídides (1990). *Historia de la Guerra del Peloponeso*. Libros I-II (J. J. Torres Esbarranch, Trans.). Gredos.
28. Zagrebelsky, G. (1995). *El derecho dúctil. Ley, derechos, justicia* (M. Gascón, Trans.). Trotta. (Trabajo original publicado en 1992)

Las Bases Deliberativas de la Bioética. Claves del Origen de la Disciplina

RESUMEN

En este trabajo se analizan algunos elementos que se dieron cita en el origen de la bioética durante los años setenta en Estados Unidos. El objetivo es destacar cómo fueron los marcos deliberativos de la misma los que imprimieron en ella su identidad. Para ello, se analizarán en primer lugar varios sentidos de “deliberación” y se distinguirá entre deliberación como búsqueda de consenso y deliberación como procedimiento. En segundo lugar, se planteará que la bioética fue posible gracias a esta última. La conclusión reflexiona sobre cómo el elemento agónico de la reflexión bioética no agota la deliberación, precisamente por su naturaleza procedimental.

PALABRAS CLAVE

Deliberación; bioética; Estados Unidos; consenso; procedimiento.

ABSTRACT

This paper analyzes some of the elements that came together in the origin of bioethics during the 1970s in the United States. The aim is to highlight how it was the deliberative frameworks that gave bioethics its identity. To this end, I will first analyze various meanings of “deliberation” and distinguish between deliberation as a search for consensus and deliberation as a procedure. Secondly, it will be argued that bioethics was made possible by the latter. The conclusion reflects on how the agonistic element of bioethical reflection does not exhaust deliberation, precisely because of its procedural nature.

KEYWORDS

Deliberation; bioethics; United States; consensus; procedure.

1. Introducción

El objetivo de este trabajo es reflexionar sobre aquellos elementos –en particular, instituciones y procedimientos– que se dieron cita en el origen de la bioética durante los años setenta en Estados Unidos. De acuerdo con esto, se argumentará que las posibilidades de deliberación atribuidas a la disciplina¹ vinieron dadas no tanto por la asunción de ciertos valores o contenidos, sino por los órganos institucionales que facilitaron la deliberación misma. En otras palabras, fue la *forma* que adoptó la deliberación más que su *contenido material* –sus conceptos morales específicos–, la que facilitó el desarrollo de la bioética.

¹ Se asume, en este texto que la bioética es una disciplina, aunque ha habido debate al respecto (Callahan, 1973).

Reformulando el célebre *dictum* kantiano², podría decirse que la deliberación sin conceptos morales es vacía; pero los conceptos morales, sin estructuras institucionales, resultan ciegos. Pues bien, la hipótesis de este artículo es que, para que la bioética pudiese *ver la luz*, fueron imprescindibles los marcos deliberativos. Está claro que la deliberación implica una ponderación de *contenidos* –valores o principios– en liza. De hecho, algunas interpretaciones sobre el origen de la bioética han destacado cómo una serie de valores liberales – autonomía, individualismo, incluso hedonismo...– orientaron la andadura de la disciplina en el contexto americano de esos años (Engelhardt, 2012, pp. 7-8; Trotter, 2012, p. 60). La perspectiva de este texto es distinta: lo que aquí se quiere subrayar es que fueron los marcos institucionales de la bioética los que le otorgaron su carácter deliberativo; pues la deliberación es, con independencia de los resultados que se obtengan, sobre todo un procedimiento formal para pautar los conflictos éticos y políticos y no siempre para dirimirlos.

La razón de ello reside en la íntima conexión que existe entre deliberación y comunicación (Dryzek, 2000, p. 76; Habermas, 1998, p. 382). La primera puede definirse como *boulesis*, una particular forma de razonamiento moral (Gracia, 2001) pero, como se sabe, en bioética tal razonamiento, para ser efectivo, ha de tener lugar en instituciones específicas –órganos, comisiones, comités, etc.– y a partir de procedimientos formales. Ello se debe a que todo razonamiento moral, desde el giro aplicado de la ética³, quedará intrínsecamente ligado a la comunicación y, por ende, al lenguaje. De tal modo, la reflexión moral ya no se entenderá desde el paradigma de una filosofía de la conciencia o del sujeto, “un adentro”, sino de un “afuera compartido” que solo es habitable mediada e intersubjetivamente por el lenguaje; característica esta propia de nuestro contexto postmetafísico (Habermas, 1990, p. 17)⁴. Pues bien, la deliberación moral se desarrolla en este *afuera* ético y político y se articula a través de instituciones específicas, por ejemplo, las del derecho o, para el caso que nos ocupa, las de la bioética.

El texto se organiza en tres apartados. En primer lugar, se examinarán algunas definiciones e interpretaciones de la deliberación y se mostrarán distintos niveles de la misma. Al respecto, se distinguirá entre la deliberación como búsqueda de consenso y la deliberación como marco procedimental. Se argumentará, en segundo lugar, que la bioética como disciplina fue posible gracias a esta última y a través del modelo del principialismo. Por último, se ofrecerán una serie de conclusiones a propósito de cómo el elemento agónico de la reflexión bioética no agota la deliberación, precisamente por su naturaleza procedimental.

2. Sentidos de *deliberación*

La deliberación, en su sentido más elemental, implica una ponderación o evaluación de razones sobre un asunto determinado. Ahora bien, desde esta perspectiva, incluso un grupo de oligarcas, como ha sido señalado, podría *deliberar*, con lo que el concepto desnudo no garantiza *per se* ningún procedimiento democrático (Cohen, 2007, p. 219). Por ello, la deliberación a la que se refiere la literatura académica aparece vinculada al contexto democrático propio de los Estados de derecho de la segunda mitad del siglo XX, si bien es cierto que el concepto atraviesa la historia misma de la filosofía política (ver, por ejemplo, Bohman y Rehg, 1997, IX-XIII).

² “Los pensamientos sin contenido son vacíos; las intuiciones sin concepto son ciegas”. Kant, I. (2004, p. 93)

³ Aun a riesgo de simplificación, la ética contemporánea puede interpretarse a partir de un hito fundamental, a saber: el giro aplicado que se produce en el s. XX (para una explicación general, ver, por ejemplo: Cortina, 1996).

⁴ Ello es debido, a su vez, al giro lingüístico, como señala el propio autor: “Tras el giro lingüístico efectuado por Frege y Peirce queda superada la oposición clásica entre idea y realidad fenoménica, que nos resulta conocida por la tradición platónica y que, históricamente, quedó primero interpretada en términos ontológicos y después en términos de filosofía de la conciencia. *Las ideas mismas son entendidas como encarnadas en el lenguaje*, de modo que la facticidad de los signos y expresiones lingüísticas que aparecen en el mundo queda internamente asociada con la idealidad que representan la universalidad del significado y la validez veritativa” (Habermas, 2005, pp. 96-97). [La cursiva es mía]

Aquí se asumirá el concepto de deliberación como vinculado al entorno democrático y, en consecuencia, emparentado con las características propias de la “democracia deliberativa”. Desde este paradigma, pueden encontrarse varias definiciones más o menos canónicas de “deliberación”. Por ejemplo, la que ofrece Dryzek reza así: “comunicación mutua que implica sopesar y reflexionar sobre preferencias, valores e intereses respecto de asuntos de interés común” (Dryzek, 2000, p. 76). Por su parte, Thompson y Guttman consideran que:

En el núcleo de la democracia deliberativa se encuentra la idea de que los ciudadanos y los funcionarios deben justificar cualquier demanda de acción colectiva presentando razones que puedan ser aceptadas por quienes están obligados por la acción. Cuando los ciudadanos discrepan moralmente sobre políticas públicas, deben deliberar entre sí, buscando un acuerdo moral cuando sea posible y manteniendo el respeto mutuo cuando no (Gutmann y Thompson, 1997) [traducción propia].

Por último, Elster señala que la democracia deliberativa:

Incluye una “toma de decisiones” colectiva con la participación de todos aquellos que serán afectados por la decisión, o de sus representantes: éste es el aspecto democrático. A su vez, todos coinciden en que esta decisión debe ser tomada mediante argumentos ofrecidos a y por los participantes, que están comprometidos con los valores de racionalidad e imparcialidad: y éste es el aspecto deliberativo (Elster, 1998, p. 8) [traducción de Martí Mármol, 2001, p. 170].

Como se ve, la deliberación se asocia a una serie de ideas que invitan a pensarla a partir de ciertos patrones: la comunicación mutua, el interés común, la ponderación de razones, la racionalidad, la rendición de cuentas o la búsqueda de acuerdos. Pero, a pesar de las obvias concomitancias, ¿acaso tales elementos son lo mismo o reductibles unos a otros? ¿Puede trazarse la deliberación solo por sus *aires de familia*, como diría Wittgenstein?

En realidad, la deliberación en tanto que procedimiento responde a distintas fases, y por ello es tan fácil que se solapen y confundan los contenidos de cada una de ellas. En una revisión sistemática sobre la deliberación online, los autores, Friess y Eilders, adoptaron una estrategia metodológica que distinguía entre tres niveles del concepto, a saber: a) el diseño institucional que promueve la deliberación misma; b) el proceso de comunicación; c) los resultados de la deliberación: los acuerdos o consensos derivados de la misma (Friess y Eilders, 2015). Lo interesante de esta metodología es que permite distinguir analíticamente entre las varias preguntas que tienen que ver con el ítem en cuestión, por ejemplo: ¿Qué garantiza una correcta deliberación? ¿Cuál debe ser el diseño institucional adecuado para la misma? ¿Cómo debería transcurrir el proceso de intercambio de razones que caracteriza al concepto? ¿El objetivo de la deliberación es el acuerdo? Y, si no se alcanza dicho acuerdo, ¿no ha habido un auténtico proceso deliberativo?

Asimismo, estas preguntas ponen de manifiesto los problemas que también lleva aparejada la idea de deliberación, su cara oscura, por así decir; un reverso que ha sido explorado en la literatura sobre el tema. No es este el lugar para rastrear y exponer todas estas críticas, pero sí pueden señalarse dos que resultan muy ilustrativas y que señalan, implícitamente, los varios niveles de la deliberación: la primera (Sanders, 1997) cuestiona ciertos aspectos del *contexto de partida* que suele darse por sentado; la segunda (Jeziarska, 2019) revisa la idea de deliberación de Jürgen Habermas y critica la *identificación entre deliberación y consenso*. Se explican sucintamente a continuación.

Sanders considera que la deliberación es un artefacto político que, aunque bienintencionado, perpetúa las desigualdades de la ciudadanía pues, para que esta pudiese deliberar según unas condiciones ideales del discurso⁵, tendría que partir de una igualdad no solo de recursos y de oportunidades, sino también de una igual

⁵ Habermas enuncia su ética del discurso del siguiente modo: “Toda ética formalista ha de poder señalar un principio que básicamente permita llegar a un acuerdo racionalmente motivado cuando surja la discusión acerca de cuestiones práctico-morales. Para el principio de universalización, que ha de entenderse como regla de argumentación, yo he propuesto la formulación siguiente; Toda norma válida ha de satisfacer la condición

“autoridad epistémica”, cosa que no sucede; existen sesgos de género, de raza, de clase, etc., que desvirtúan las potencialidades discursivas *ya en el inicio*. Por consiguiente, reivindicar la deliberación como un síntoma de salud democrática podría transformarse en una medida poco democrática si se ignora el hecho de que existen ciudadanos y ciudadanas que, por razones de desigualdad estructural, son menos proclives a participar en los procesos deliberativos (Sanders, 1997).

Por su parte, Jezierska apuesta por un sentido de deliberación desvinculado del *telos*, del ideal regulativo, del consenso. Según esta autora, la deliberación, tal como la concibe Habermas, alberga dos posibles direcciones: aquella que orienta el concepto hacia la idea de la comunicación, y que supone un proceso siempre abierto; y aquella que lo dirige hacia el consenso, que supondría, en sus palabras, una clausura de la deliberación misma y, por tanto, un agotamiento de su potencialidad discursiva y democrática (Jezierska, 2019).

Estos trabajos de deconstrucción del concepto, más allá de la asunción o no de la crítica, son útiles porque permiten identificar distintos momentos del proceso deliberativo y, con ello, hacerlo operativo en los contextos en que se use. Esto es particularmente relevante en el ámbito bioético donde, como se sabe, procedimientos y resultados no son lo mismo. De hecho, en bioética el consenso no es ni siquiera el objetivo primario de la deliberación, sino la puesta en práctica del intercambio de razones: “La deliberación no busca el consenso por sí mismo. Busca un consenso que pueda justificarse recíprocamente, en términos que los ciudadanos que sigan discrepando puedan aceptar” (Guttman y Thompson, 1997, p. 39).

Pues bien, la posibilidad de que existiera ese intercambio de razones en la bioética está vinculada, a mi juicio, a las estructuras que la hicieron posible en su origen.

3. El origen de la bioética: Estructuras gubernamentales y principios

De acuerdo con una conocida expresión de Daniel Callahan, la razón por la que “América aceptó la bioética” fue porque logró “dejar la religión a un lado” (Callahan 1993). Esto no significa que se excluyera a los creyentes de la deliberación, sino que se apostó por un consenso –provisional– que no quedase atrapado en el elemento ideológico característico de los debates bioéticos. Desde luego, debió de resultar una verdadera hazaña, pues tales debates atraviesan precisamente el corazón mismo de toda ideología: interpelan a la vida, la muerte o al sentido de lo humano⁶. Y, para ello, prosigue explicando Callahan, lo que tuvo que hacerse también fue desarrollar una “ética regulatoria”, de modo que la regulación fue una suerte de término medio entre la aceptación sin cuestionamiento de cada nuevo adelanto o el rechazo frontal y sin matices (Callahan, 1993).

A lo largo de los años setenta se crearon en Estados Unidos órganos de supervisión –comités, primero para la investigación, luego para el contexto clínico–, y cuerpos regulatorios –comisiones–, que dieron a la bioética su identidad propia –híbrida, pero propia, al fin y al cabo– en un contexto, además, que parecía ya saturado por disciplinas en pleno desarrollo exponencial. Se trató, como ha sido señalado, de una estrategia doble: por un lado, fue preciso tender puentes entre distintas disciplinas; por otro, había que poner fronteras a ciertas cuestiones ideológicas que habrían imposibilitado un mínimo consenso (López de la Vieja, 2008). Quiere decirse que la interdisciplinariedad de la bioética no implicó una ausencia identidad propia o de agenda

de que las consecuencias y efectos laterales que del seguimiento general de la norma previsiblemente se sigan para la satisfacción de los intereses de cada uno, puedan ser aceptados sin coacción por todos los afectados. [...] Toda norma válida habría de poder encontrar el asentimiento de todos los afectados si éstos participasen en un discurso práctico” (Habermas, 1991, p. 68).

⁶ Como se sabe, la medicina, durante esta década, estaba experimentando un crecimiento exponencial y empezaba a ofrecer posibilidades, hasta entonces inéditas, de alargar o mejorar la vida por distintos medios – por ejemplo, el primer trasplante de corazón tuvo lugar en 1967– (Jonsen, 1998, p. 200), con lo que la cuestión ética suponía el reverso de tales posibilidades.

porque, al tiempo que se diversificaba, también se instituía como disciplina a través de órganos de supervisión –comités– y cuerpos regulatorios –comisiones– (Callahan, 1993).

En suma, fueron estos órganos, aun sin contenido sustancial, los que imprimieron el carácter propio a la disciplina⁷. Y reivindicar esta dimensión institucional importa no solo por rastrear el origen de la bioética con “espíritu arqueológico”, por así decir, sino porque dicho modelo institucional se exportó y se reprodujo a distintas escalas a lo largo del mundo. De hecho, si es posible dialogar hoy sobre una “bioética global” (Ten Have, 2016; Ten Have y Gordijn, 2014), más allá de los conflictos de valores, de su consecución efectiva, o incluso de su deseabilidad (Engelhardt, 2006, pp. 18-49), es precisamente porque existen estructuras –por ejemplo, la UNESCO, de la que depende el Comité Internacional de Bioética (CIB), creado en 1993– que funcionan, precisamente, como *plataformas deliberativas*. No son, por supuesto, las únicas plataformas de deliberación de la disciplina⁸, pero sí las que le dan alcance y representación internacional.

¿Y qué enfoque normativo se adoptó en estos cuerpos regulatorios? El elegido fue el principialismo⁹. Esto no quiere decir que no existan o sean aceptables y necesarios otros métodos para la deliberación. Solo indica que el principialismo resultó ser la tendencia normativa que mejor se ajustaba a los requerimientos de la disciplina en ese momento. De acuerdo con el análisis de Evans, antes del principialismo nos encontrábamos en la “era de la narrativa inconexa de la bioética” (Evans, 2000, p. 34). A partir de la creación de las comisiones por parte del gobierno, el principialismo resultó ser el enfoque que mejor se adecuaba a las necesidades gubernamentales.

Los problemas que se abordaban, de naturaleza pública –aborto, investigación con sujetos humanos, etc. –, debían ser evaluados con *estándares éticos* lo más objetivos posibles. Ello responde a una exigencia democrática y relacionada con la deliberación pública: en contextos democráticos, los procedimientos deben ser transparentes para sus ciudadanos y sus gobiernos operan a menudo de forma burocrática, mediante el uso de esos estándares objetivos. Los cuatro principios cumplían con esta doble exigencia: por un lado, hacían inteligibles los problemas morales; por otro, sintetizaban la información a partir de su aplicación práctica (Evans, 2000).

Fueron, en última instancia, la naturaleza procedimental de la bioética –en consonancia con el procedimiento deliberativo– y su adaptación institucional las que imprimieron en la disciplina su particular sello de identidad, pese a su complejidad, y permitió su desarrollo global, todavía en curso.

⁷ La primera fue la *National Commission for the Protection of Human Subjects* (1974-1978), encargada de elaborar el célebre *Informe Belmont* de 1979. A continuación, se formaron las comisiones de asesoría de la presidencia para las diversas cuestiones bioéticas: *The President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research* (1978-1983), designada por el presidente Jimmy Carter; la *National Bioethics Advisory Commission* (1996-2001), por el presidente Bill Clinton; la *President's Council on Bioethics* (2001-2009), por el presidente George W. Bush y, por último, la *Presidential Commission for the Study of Bioethical Issues*, creada por Barack Obama en 2009 y hasta el final de su mandato en 2016: <https://bioethicsarchive.georgetown.edu/pcsbi/history.html> (última consulta: 07.05.2025); como señala Wikipedia al respecto, “mantuvo su reunión final a finales de agosto de 2016 y cerró sus puertas”: https://en.wikipedia.org/wiki/Presidential_Commission_for_the_Study_of_Bioethical_Issues (última consulta: 06.05.2025). Desde entonces, no ha habido otra Comisión Federal en Estados Unidos.

⁸ Ha habido, por ejemplo, iniciativas nacionales de inclusión de la ciudadanía mediante recursos online muy interesantes, como los *États Généraux de la Bioéthique*, en Francia. El informe final de 2018 está disponible online: <https://www.ccne-ethique.fr/fr/publications/rapport-de-synthese-des-etats-generaux-de-la-bioethique> (última consulta: 02.05.2025).

⁹ Los cuatro principios son la autonomía, la justicia, la beneficencia y la no maleficencia. Fueron el eje normativo del *Informe Belmont*, orientado a la regulación de la investigación con sujetos humanos, y luego fueron aplicados a la práctica clínica por Beauchamp y Childress en *Principles of Biomedical Ethics* (1979). Cabe decir, también, que el principialismo ha sido muy criticado por varias razones; entre ellas, por “colonizar” el debate bioético y no dejar espacio a otras opciones normativas. Se le ha denominado, peyorativamente, el mantra de Georgetown (Clouser y Gert, 1990).

4. Algunas reflexiones finales

Existe una perspectiva de la bioética que afirma que esta debería contribuir de alguna forma a la armonía y la paz social. A esto, mi respuesta es: ¿Quién lo dice? A mí me parece que la bioética, para ser seria, debe plantear preguntas difíciles, incluso desagradables. Si eso conduce a la paz, bien; si no, también bien. Pero, de alguna forma, la disciplina ha de tener su propia brújula. No debería ser problemática solo por serlo, sino que, dado que la propia naturaleza de la ética exige plantear preguntas difíciles, éstas siempre traen problemas (Callahan, 1993) [traducción propia].

La bioética plantea preguntas difíciles y no siempre dispone de respuestas únicas, lo que puede dificultar la toma de decisiones. De hecho, ha heredado de la filosofía la mala costumbre de hacer preguntas, en ocasiones demasiadas. ¿En qué se distinguen, entonces? ¿Tiene la bioética una entidad propia? Como se ha expuesto en este texto, parece que sí: una naturaleza híbrida, o hecha de retazos de distintas disciplinas, pero que alcanza unidad gracias a su naturaleza procedimental, que comparte con la deliberación.

El procedimiento, el cumplimiento de normas, la rendición de cuentas... tales requerimientos no parecen atractivos en primera instancia: no suscitan emociones, ni siquiera aquellas emociones cívicas que podrían concitar adhesiones a una causa moral. Sin embargo, constituyen la condición de posibilidad de la democracia deliberativa; en realidad, de toda democracia. Tal vez, en una época tan polarizada como esta, conviene no olvidarlo.

Isabel Roldán Gómez
Profesora de la Facultad de Medicina
Universidad Complutense de Madrid

Bibliografía

1. Bohman, J. y Rehg, W. (1997). Introduction en J. Bohman y W. Rehg (eds.), *Deliberative Democracy* (pp. IX-XIII). The MIT Press.
2. Callahan, D. (1973). Bioethics as a Discipline. *The Hastings Center Studies*, 1(1), 66–73. <https://doi.org/10.2307/3527474>.
3. Callahan D. (1993). Why America accepted bioethics. *The Hastings Center report*, 23(6 Suppl), S8–S9.
4. Clouser, D. y Gert, B. (1990). A Critique of Principlism. *The Journal of Medicine and Philosophy*, 15(2), 219-236. <https://doi.org/10.1093/jmp/15.2.219>.
5. Cohen, J. (2007). Deliberative Democracy en S. W. Rosenberg (ed.), *Deliberation, Participation, and Democracy*. Palgrave Macmillan.
6. Cortina, A. (1996). El estatuto de la ética aplicada. Hermenéutica crítica de las actividades humanas. *Isegoría*, (13), 119-127. <https://doi.org/10.3989/isegoria.1996.i13.228>.
7. Dryzek, J. (2000). *Deliberative Democracy and Beyond: Liberals, Critics, Contestations*. Oxford University Press
8. Elster, J. (1998). Introduction en J. Elster (ed.), *Deliberative democracy* (pp. 1-18). Cambridge University Press.

9. Engelhardt, H. T. Jr. (2006). The Search for a Global Morality en H. T. Jr. Engelhardt (ed.), *Global Bioethics. The collapse of consensus* (pp. 18-49). M & M Scrivener Press.
10. Engelhardt, H. T. Jr. (2012). A Skeptical Reassessment of Bioethics en H. T. Jr. Engelhardt (ed.), *Bioethics Critically Reconsidered* (pp. 1-30). Springer.
11. Evans, J. H. (2000). A Sociological Account of the Growth of Principlism. *The Hastings Center Report*, 30(5), 31–38. <https://doi.org/10.2307/3527886>.
12. Friess, D. y Eilders, C. (2015). A systematic review of online deliberation research. *Policy & Internet*, 7(3), 319-339. <https://doi.org/10.1002/poi3.95>.
13. Gracia, D. (2001). La deliberación moral: el método de la ética clínica. *Medicina clínica*, 117(1), 18-23. [https://doi.org/10.1016/S0025-7753\(01\)71998-7](https://doi.org/10.1016/S0025-7753(01)71998-7).
14. Gutmann, A. y Thompson, D. (1997). Deliberating about Bioethics. *The Hastings Center Report*, 27(3), 38-41. <https://doi.org/10.2307/3528667>.
15. Habermas, J. (1990). *Pensamiento postmetafísico*. Taurus Humanidades.
16. Habermas, J. (1991). *Escritos sobre moralidad y eticidad*. Paidós.
17. Habermas, J. (1998). *Facticidad y validez. Sobre el derecho y el Estado democrático de derecho en términos de teoría del discurso*. Trotta.
18. Habermas, J. (2005). *Facticidad y validez. Sobre el derecho y el Estado democrático de derecho en términos de teoría del discurso*. (4ª ed.). Trotta.
19. Jezierska, K. (2019). With Habermas against Habermas. Deliberation without consensus. *Journal of Public Deliberation*, 15(1), Art. 13. <https://doi.org/10.16997/jdd.326>.
20. Jonsen, A. R. (1998). *The Birth of Bioethics*. Oxford University Press
21. Kant, I. (2004) [1787]. *Crítica de la razón pura*. [Doctrina Trascendental de los elementos. Segunda parte. La Lógica Trascendental. B75]. Alfaguara.
22. López de la Vieja, M. T. (2008). Bioética. El final del consenso. *Azafea*, 10, 51-74. <https://doi.org/10.14201/656>.
23. Martí Mármol, J. L. (2001). Democracia y deliberación. Una reconstrucción del modelo de Jon Elster. *Revista de Estudios Políticos*, (113), 161-192. <https://recyt.fecyt.es/index.php/RevEsPol/article/view/46563>.
24. Sanders, L. (1997). Against deliberation. *Political Theory*, 25(3), 347-376. <https://doi.org/10.1177/00905917970250030>.
25. Ten Have, H. J. y Gordijn, B. (eds.). (2014). *Handbook of Global Bioethics*. Springer.
26. Ten Have, H. (2016). *Global Bioethics. An Introduction*. Routledge
27. Trotter, G. (2012). Genesis of a Totalizing Ideology: Bioethics' Inner Hippie en H. T. Jr. Engelhardt (ed.), *Bioethics Critically Reconsidered* (pp. 49-70). Springer.

Conflictos Éticos de los Estudiantes del Experto Universitario de Bioética para Enfermería

RESUMEN

La Bioética es una herramienta fundamental para resolver problemas. Una adecuada formación nos mejorará profesionalmente y nuestra asistencia sanitaria. En las dos ediciones del *Experto en Bioética para Enfermería* se recogieron los dilemas éticos planteados por 230 alumnos asistentes, identificando 1042 dilemas, categorizados en gestación, pediatría, final de vida, salud mental, enfermería y varios, analizados y obteniendo subcategorías de cada grupo. Conociendo los dilemas más frecuentes, crearemos programas formativos que respondan a las necesidades de los profesionales.

PALABRAS CLAVE

Bioética; formación; problemas en bioética; dilemas; conflictos; enfermería.

ABSTRACT

Bioethics is a fundamental tool for solving problems. Adequate training will make us better professionals and will help improve healthcare. In the two editions of the *Expert in Bioethics for Nursing*, the ethical dilemmas raised by 230 attending students were collected, identifying 1042 dilemmas, categorized into pregnancy, pediatrics, end of life, mental health, nursing and others, analyzed and obtained subcategories of each group. Knowing the most frequent dilemmas, we will create training programs that respond to the needs of professionals.

KEYWORDS

Bioethics; training; problems in bioethics; dilemmas; conflicts; nursing.

Introducción

La Bioética nació para abordar los conflictos derivados de los avances de la ciencia y la tecnología principalmente desarrollados en las disciplinas de la biología y la medicina, aunque con el paso del tiempo se ha extendido a otras áreas de conocimiento (Aldana de Becerra et al., 2021).

Esta disciplina se debe abordar con un enfoque transdisciplinar, para preservar la dignidad humana, los derechos fundamentales de las personas y del medio ambiente, para cuidar y dejar una buena herencia a las futuras generaciones (Alonso-Castillo et al., 2019).

Los profesionales sanitarios cuyas competencias abordan ser garantes de la calidad de vida y la protección de los derechos de los pacientes, deben reforzar y actualizar sus conocimientos en competencias para abordar los conflictos morales, la toma de decisiones, el sufrimiento, la compasión; en definitiva, en bioética (Vega Mendoza et al., 2019).

Falcó, citado por Escobar y Cid (2018), expresó que los profesionales de enfermería están expuestos a percibir conflictos éticos, debido a la responsabilidad de sus competencias del cuidado y relacionado con un ámbito de salud cada vez más tecnificado y complejo. Esta dualidad es enriquecedora, pero también puede ocasionar polaridad si no se integra conjuntamente.

La formación en Bioética facilita el proceso de aprendizaje para que el estudiante pueda ofrecer un cuidado humanista y transformador, fortaleciendo las capacidades para la toma de decisiones prudentes intentando minimizar la vulneración de los valores que aparecen en conflicto, facilitando la creación de una cultura respetuosa (Valdez-Fernández, 2020).

Son numerosos y de gran complejidad los procesos de salud y enfermedad a los que los enfermeros se enfrentan cada día y a los que deben dar una respuesta conjunta con el paciente, la familia y el resto de profesionales. Para ello formarse en bioética con una perspectiva humanista y mediante una metodología técnica-instrumental, les conferirá fortalezas y crecimiento curricular (Kim y Park, 2019).

Objetivo

Identificar los dilemas éticos más frecuentes en los estudiantes del *Experto Universitario de Bioética para Enfermería* de FUDEN en el ejercicio de su profesión.

Método

Estudio descriptivo sobre una actividad que se solicitó a los alumnos de las dos ediciones del *Experto Universitario de Bioética para Enfermería*: reflexionando sobre el sentido de nuestra profesión. En dicha actividad se solicitaba a los alumnos identificar los dilemas éticos que les habían surgido a lo largo de su carrera profesional.

No fue necesario calcular el tamaño muestral, ya que se incluyó a toda la población de estudio.

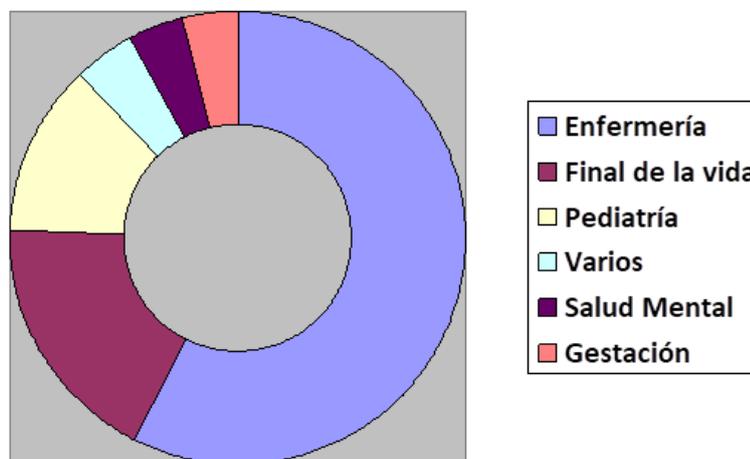
Se analizó la tarea de 230 alumnos que detectaron 1042 dilemas que fueron organizados posteriormente y segmentados en indicadores descriptivos generales por temática, además de resultar subpoblaciones de esos indicadores.

Resultados

Los resultados de este estudio han arrojado diferentes categorías y a su vez de esas categorías subcategorías de dilemas éticos, que se han tabulado según coincidencias de las vivencias y experiencias de los alumnos (Acosta et al., 2022).

Los indicadores descriptivos identificados (Figura 1) han sido enfermería con 598 problemas numerados lo que supone un 57.39%, final de la vida con 190 conflictos éticos un 18.23%, pediatría con 127 dilemas un 12.19%, varios con 46 problemas un 4.41% respecto al total, salud mental con 41 problemas un 3.93% y gestación con 40 conflictos un 3.84%.

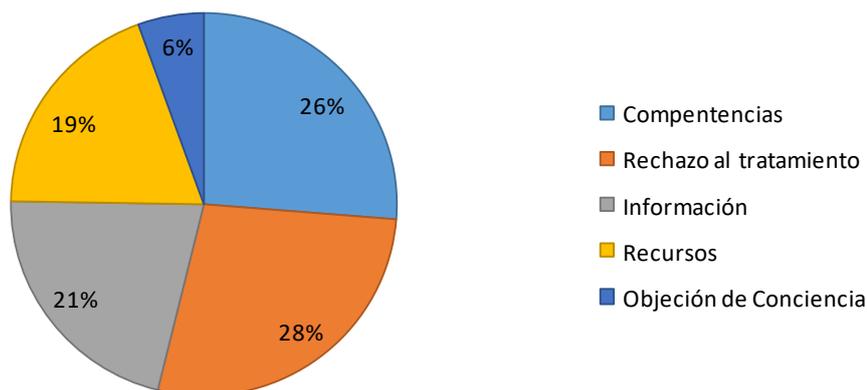
Figura 1. Indicadores descriptivos identificados en el estudio.



Fuente: Elaboración propia.

La primera categoría que ha resultado del análisis con 598 identificaciones se ha tabulado con la categoría denominada enfermería (Figura 2), en la que se han manifestado algunos problemas comunes que aparecen en el desempeño de la profesión, como es el rechazo al tratamiento con un 28%, las competencias propias de la disciplina con un 26%, con un 21% los problemas éticos en torno a la información, el principio de justicia distributiva y los recursos limitados en un 19% y finalmente con un 6% la objeción de conciencia.

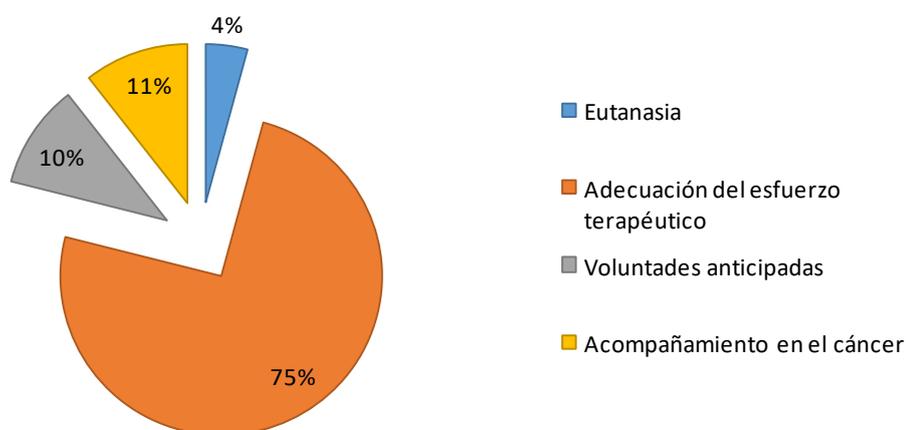
Figura 2. Problemas identificados en relación con la enfermería.



Fuente: Elaboración propia.

Los segundos dilemas que se han agrupado han sido los problemas que aparecen al final de la vida (Figura 3) con 190 dilemas identificados, un 18.23% del total. En esta etapa son numerosos los conflictos que aparecen y en este estudio se han evidenciado la adecuación del esfuerzo terapéutico con un 75%, con un 11% el acompañamiento en el cáncer, seguido por las instrucciones previas con un 10% y terminando con la eutanasia que la han identificado en un 4%.

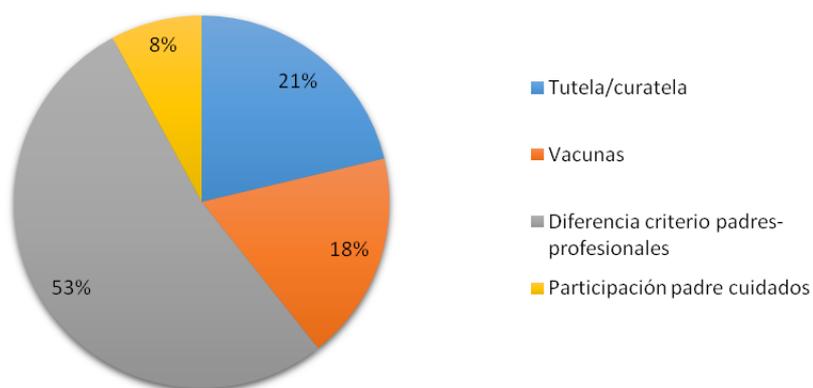
Figura 3. Problemas identificados en relación con el final de la vida.



Fuente: Elaboración propia.

En tercer lugar, aparece la categoría de pediatría (Figura 4) con 127 dilemas identificados; el más numeroso ha sido con un 53% cómo actuar ante la diferencia de criterio entre los padres y los profesionales, también genera muchos problemas la tutela/curatela de los menores con un 21%, con un 18% sigue apareciendo el movimiento antivacunas y finalmente con un 8% la participación de los padres en el cuidado de sus hijos.

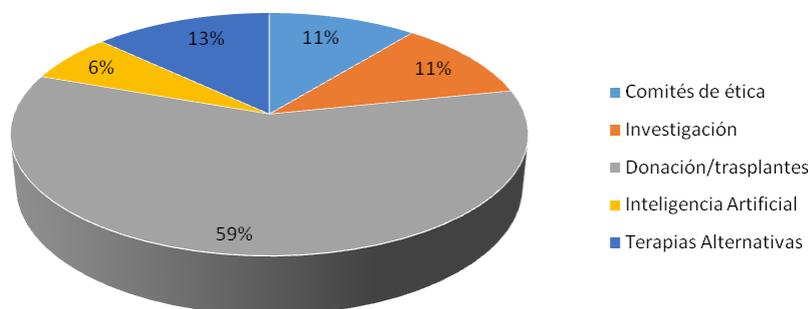
Figura 4. Problemas identificados en relación con la pediatría.



Fuente: Elaboración propia.

Otro indicador descriptivo que apareció en el análisis de los datos ha sido tabulado como “Varios” (Figura 5) por la gran miscelánea que apareció en estos 46 problemas identificados, un 59% ocupó la donación/trasplantes de órganos, con un 13% la subpoblación de las terapias alternativas, con 11% ambos aparecieron la investigación y los comités de ética y finalmente con un 6% la inteligencia artificial.

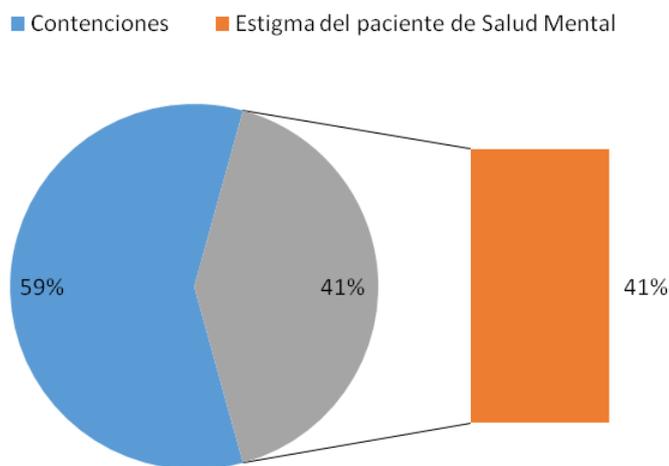
Figura 5. Problemas identificados en relación con diversas categorías.



Fuente: Elaboración propia.

Otra categoría identificada fue la salud mental (Figura 6) con 41 dilemas, de los cuales el 59% fue ocupada por el uso de contenciones/sujeciones, mientras que el 41% de estos problemas estaban dirigidos al estigma del paciente de salud mental.

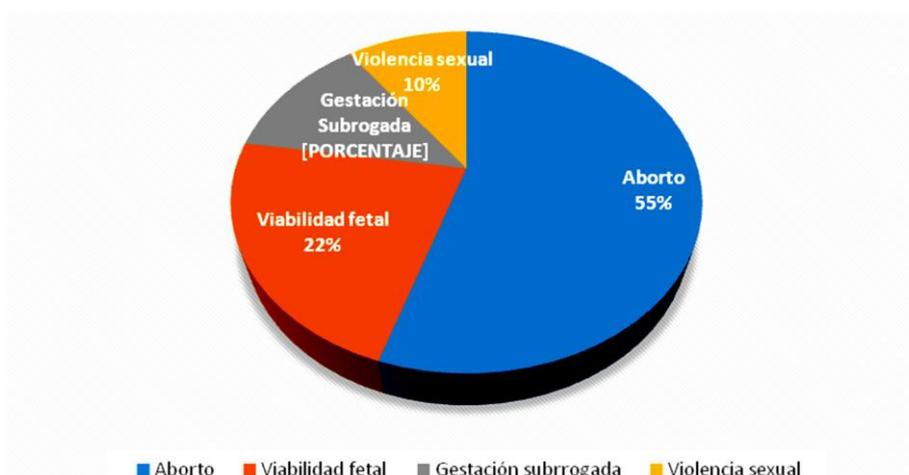
Figura 6. Problemas identificados en relación con la salud mental.



Fuente: Elaboración propia.

El último indicador descriptivo que mostraron en 40 ocasiones, un 3.83%, ha sido el inicio de la vida, concretamente en la gestación (Figura 7) y como subpoblaciones se han identificado problemas como el aborto con un 55%, la fina línea de la viabilidad fetal con un 22%, la gran controversia que despierta la gestación subrogada con un 13% y finalmente la violencia sexual con un 10%.

Figura 7. Problemas identificados en relación con la gestación.



Fuente: Elaboración propia.

Conclusiones

Los dilemas éticos aparecen cuando una profesional se enfrenta a una situación dicotómica en la que únicamente existe como respuesta dos opciones. En bioética defendemos que aparecen problemas o conflictos éticos, ya que analizando la cuestión que reclama la atención y los valores que hay implicados en la misma, aparecen numerosos cursos intermedios que huyen del extremismo y ofrecen alternativas respetuosas y prudentes.

Mediante la formación en bioética y analizando los problemas éticos que aparecen en el ejercicio de las funciones de las profesiones, se podrá facilitar una respuesta para su abordaje.

Los dilemas que se han obtenido han estado relacionados con la gestación, pediatría, salud mental, final de vida, enfermería y otros.

Debemos continuar con actividades formativas para tratar los aspectos éticos del cuidado y de la práctica clínica, tanto pregrado como posgrado para lograr generar una sensibilidad ética y humanizada, resolver las dudas que generan los diferentes términos en las diferentes situaciones vitales y proporcionar una mayor capacidad de resolución y participación en la práctica y en los comités de ética (Águila Rodríguez et al., 2020).

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Ana María Cabrejas

Enfermera Hospital de Fuenlabrada. Máster en Investigación en Bioética. Máster en Investigación en Cuidados de la Salud. Miembro de la Comisión Deontológica CODEM.

María Isabel Guerra Llamas

Doctora en Enfermería. Máster en Investigación en Cuidados de la Salud. Experto en

Bioética. Miembro de la Comisión Deontológica CODEM.
José Antonio Barbado Albaladejo
Enfermero. Máster en Gestión Sanitaria. Miembro de la Comisión Deontológica CODEM.
Tamara Raquel Velasco Sanz
Doctora en Enfermería. Máster en Bioética y Derecho. Máster en Cuidados Paliativos.
Presidenta Comisión Deontológica del Consejo Nacional de Enfermería. Miembro de la
Comisión Deontológica CODEM.
Yolanda Rodríguez González
Enfermera. Máster en Investigación en Bioética. Experto Universitario en Urgencias y
Emergencias. Miembro de la Comisión Deontológica CODEM.

Bibliografía

1. Águila Rodríguez, N., Bravo Polanco, E., Montenegro Calderón, T., Herrera Fragosó, L. R., Duany Badell, L. E., y Rodríguez Cardoso, Y. (2020). Retos actuales de la profesión de enfermería: un enfoque ético y bioético. *MediSur*, 18(2), 244-255. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2020000200244&lng=es&tlng=es.
2. Aldana de Becerra, G. M., Tovar Riveros, B. E., Vargas, Y., y Joya Ramírez, N. E. (2020). Formación Bioética En Enfermería Desde La Perspectiva de Los Docentes. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 20(2), 121-41. <https://doi.org/10.18359/rlbi.5063>.
3. Alonso-Castillo, M. M., Armendáriz-García, N. A., Alonso-Castillo, M. T., Alonso-Castillo, B. A., y López-García, K. S. (2019). Clima ético, estrés de conciencia y laboral de enfermeras y médicos que laboran en cuidados intensivos neonatal. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 19(2), 63-74. <https://doi.org/10.18359/rlbi.4177>.
4. Escobar-Castellanos, B., y Cid-Henríquez, P. (2018). El cuidado de enfermería y la ética derivados del avance tecnológico en salud. *Acta Bioethica*. 24(1), 39-46. <https://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2018000100039>.
5. Kim, W. J., y Park, J. H. (2019). The effects of debate-based ethics education on the moral sensitivity and judgment of nursing students: A quasi-experimental study. *Nurse education today*, 83, 104200. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2019.08.018>.
6. Acosta, E. G. R., Cedeño-Tapia, S. J., Ramírez-Pérez, T., Villalobos-Guiza, M. N., y Ríos, S. J. (2022). Dilemas éticos en enfermería desde una reflexión multicéntrica. *Revista Ciencia y Cuidado*, 19(3), 32-43. <https://doi.org/10.22463/17949831.3292>.
7. Valdez-Fernández, A. L. (2020). Sentidos de la formación bioética de enfermeros en un contexto intercultural. *Cultura de los Cuidados*, 24(57), 232-249. <https://doi.org/10.14198/cuid.2020.57.16>.
8. Vega Mendoza, M., Labrada Labrada, L. B., y Machado Núñez, A. (2019). La aplicación de la ética y la bioética del personal de enfermería desde los valores. *Roca: Revista Científico - Educaciones de la provincia de Granma*, 15(3), 241-250.

Reseña: III WORKSHOP INTERNACIONAL DE BIOÉTICA. DELIBERACIÓN Y CIUDADANÍA

El tercer workshop internacional de Bioética, Deliberación y Ciudadanía, 17 y 18 de marzo de 2025, Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid (UCM), se lleva a cabo en el contexto del proyecto de investigación Educación en Bioética y Deliberación Democrática (EBiDeDe), cuya investigadora principal es la profesora Lydia Feito, y que tiene como objetivo central el estudio de la formación en bioética con el método deliberativo de Diego Gracia como herramienta esencial (www.ucm.es/educacion-bioetica-deliberacion-democratica).

El primer día tienen lugar dos mesas redondas. La primera, aborda el método deliberativo como clave para la formación de profesionales. Los ponentes son Tayra Velasco Sanz, Profesora de Bioética en la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la UCM, con una intervención titulada "Deliberación en Enfermería: cómo pasar de la teoría a la práctica"; Benjamín Herreros Ruiz-Valdepeñas, Profesor Titular de la Facultad de Medicina de la UCM que habla sobre "La educación en ética en medicina: ejemplo y deliberación"; y Ramón Ortega Lozano, Profesor de la Escuela de Enfermería y Fisioterapia SJD, de la Universidad P. Comillas, que presenta "Deliberación y formación en bioética: hacia una ciudadanía informada y participativa". La moderación corre a cargo de Francisco Javier Rivas Flores, Médico e Investigador del proyecto EBiDeDe.



La segunda mesa, que abarca la cuestión de la deliberación en contextos sociales y políticos (espacios de deliberación, gobernanza, formas de participación), está compuesta por Xavier Barandiaran Irastorza, Profesor titular de la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas de la Universidad de Deusto con una ponencia titulada "La gobernanza colaborativa para fortalecer la democracia"; Ione Ardaiz, Directora de proyectos en Arantzazulab, y presenta "Profundizando en la deliberación ciudadana: innovación y diseño"; y Paolo Gerbaudo, Investigador de la Comunidad de Madrid en la Facultad de Ciencias Políticas y Sociología de la UCM, presentando "Deliberación digital, entre

consenso y conflicto epistémico en las redes sociales". En esta ocasión, modera María Jesús Goikoetxea Iturregui, Profesora de la Universidad de Deusto e Investigadora del Proyecto EBiDeDe.

En la segunda jornada tiene lugar la tercera mesa redonda: El potencial de la deliberación para la ciudadanía (formación de actitudes, promoción de valores de convivencia democrática, multidisciplinariedad, multiculturalidad). Los ponentes son María Teresa López de la Vieja de la Torre, Catedrática Emérita Honorífica de la Universidad de Salamanca, Red ESPACyOS y Red LIBERESP, con la ponencia "Deliberación y ciudadanía"; Isabel Roldán Gómez, Profesora de la Facultad de Filosofía de la Universidad de Salamanca con "Las bases deliberativas de la bioética: claves del origen de la disciplina"; y José Antonio Seoane Rodríguez, Catedrático de la Facultad de Derecho de la Universidade da Coruña hablando de "La deliberación como modelo de diálogo cívico". Modera Marcos Alonso Fernández, Profesor de la Facultad de Medicina de la UCM. Investigador del Proyecto EBiDeDe.

Por último, se presenta el nuevo libro de Diego Gracia: "El animal deliberante" y se establece un dialogo entre los asistentes y la mesa compuesta por Diego Gracia Guillén, Catedrático Emérito de la Facultad de Medicina de la UCM e Investigador del proyecto EBiDeDe; José Antonio Seoane, Catedrático de la Facultad de Derecho de la Universidade da Coruña; Tomás Domingo Moratalla, Profesor Titular de la Facultad de Filosofía de la UNED e Investigador del proyecto EBiDeDe y la moderadora Lydia Feito Grande, Profesora Titular de la Facultad de Medicina, UCM e IP del proyecto EBiDeDe.



Los tres objetivos principales del workshop son el análisis de los ámbitos donde se emplea la deliberación, explorar los límites y ventajas del método deliberativo y, por último, proponer este método como el mejor modo de resolver problemas en las sociedades contemporáneas.

La deliberación se presenta como la posibilidad de abordar la toma de decisiones más allá del espacio biomédico, abrazando otros escenarios como la ciudadanía y los compromisos necesarios para crear espacios de respeto y tolerancia que tienen su base en la educación en deliberación.

Durante el encuentro se ha analizado la implementación de la deliberación en dos áreas de trabajo principales: el ámbito sanitario y la formación de los futuros profesionales de la salud, y la participación de la ciudadanía en procesos políticos de toma de decisiones en una democracia deliberativa.

Todos los ponentes de las mesas redondas comparten la importancia del rigor a la hora de emplear el término deliberación, y lo distinguen de otras formas de diálogo, como la negociación o la disputa, por lo que es de suma importancia una aclaración de términos para comprender el contexto sociohistórico del devenir del arte de deliberar.

La historia nos muestra que la deliberación aristotélica fue desplazada por el estoicismo y las religiones monoteístas, donde el concepto de “concilio” sustituyó al de “deliberación”, lo que limitó la posibilidad de la toma de decisiones ofreciendo, a cambio, un modelo donde imperaban los dogmas, la obediencia y las figuras de autoridad.

No será hasta el S.XIX cuando la Academia de Ciencias de Berlín recuperó el pensamiento aristotélico, así como el marco deliberativo en el que desarrolla su propuesta Diego Gracia, dejando patente que deliberar implica dejar al margen las verdades absolutas, pues, a excepción de las matemáticas, el resto de los saberes trabaja con “doxa”, opiniones, y no con juicios apodícticos.

La deliberación, en clave aristotélica, va de la mano de la prudencia, entendida como la capacidad de tomar decisiones razonables en contextos de incertidumbre y, sabiendo que el ser humano es un animal enemigo de lo incierto, deliberar es fundamental para aliviar la angustia que provocan las dudas.

En la deliberación se presentan tres niveles, los hechos (¿qué y cómo es la realidad?, los valores (¿cómo debería ser la realidad?) y los deberes (¿qué debemos hacer?).

A diferencia de las éticas kantiana o cristiana, no hay un deber hacer universal basado en principios inamovibles, sino que lo óptimo sería abordar una situación problemática tratando de salvar el mayor número de valores posibles, teniendo en cuenta las circunstancias que rodean el contexto y, para ello, no se puede olvidar la combinación de razón y emoción de la realidad humana.

Una vez contextualizada la deliberación y su método, se proponen diversas formas de educar tanto a los ciudadanos como a los sanitarios en su uso. A lo largo del workshop se presentan propuestas para las dos áreas de trabajo.

Respecto a la práctica médica, algunos de los enfoques trabajados han sido nuevas herramientas como la creación de seminarios donde se trabaja con material audiovisual, ya que, a través del visionado de películas (se destaca “Ahora o nunca”) o series de televisión, se incrementa la

atención del alumnado y se abordan conflictos éticos, como podrían ser la confidencialidad o el rechazo de tratamientos, a los que los futuros profesionales de la salud se enfrentarán en sus prácticas clínicas y en su vida profesional. A raíz de esto se prosigue con el método del caso, donde los estudiantes se enfrentan al análisis de casos ficticios o reales que tendrán que resolver aplicando la deliberación.

En el ámbito clínico esta formación resulta esencial. Se habla de microética cuando se abordan conflictos específicos, y a la hora de formar médicos/as y enfermeros/as se pone énfasis en la importancia de la casuística de cada paciente, contexto vital y su entorno familiar, por lo que poner el punto de mira en el aprendizaje de habilidades comunicativas y valores como la atención al paciente, la escucha activa, la compasión, la humildad y la aceptación de la vulnerabilidad permitirá una interacción con los pacientes y allegados de manera más humana.

En el ámbito de la ciudadanía se vieron distintas propuestas en las que implementar la deliberación pública por parte de la sociedad civil promovería la participación ciudadana en políticas públicas, especialmente en los contextos actuales donde la confianza en los partidos políticos se tambalea. Algunos de los ejemplos de esta democracia deliberativa incluyen las asambleas ciudadanas; en Tolosa se ha demostrado que la participación en estos procesos por parte de los ciudadanos y ciudadanas aumenta la confianza en los políticos y en la democracia. También se plantea ofrecer incentivos económicos para el aumento de la participación de diversos sectores sociales más aislados en la toma de decisiones.

Las dificultades del uso de la deliberación también son objeto de debate. Emplearla sin una formación previa en cómo hacerlo, sería, en palabras de Diego Gracia, «empezar la casa por el tejado» ya que no es difícil confundir términos y objetivos del proceso deliberativo y, como se ha dicho anteriormente, el rigor es fundamental, algo que no se posee sin la correcta educación y formación: a deliberar se aprende y hay que crear espacios para ello, además de replantearse los que ya existen, como por ejemplo, las redes sociales que se ha visto que polarizan las opiniones y dificultan la escucha de otras perspectivas creando una “democracia morbosa”.

En conclusión, es urgente el abrazo a la deliberación, no sólo en las áreas sanitaria y política, sino en cualquier ámbito de la vida del ser humano, hagamos uso de la peculiaridad de lo que somos tal y como afirma Diego Gracia, un “animal deliberante” con razón y corazón. Permitirse poder no tener razón abrirá nuevos horizontes donde impere la prudencia y se obtenga un aprendizaje vital, a saber, no podemos conocerlo todo, ni poseer el saber absoluto. Deliberar es razonar dialécticamente operando con opiniones y probabilidades, es tomar decisiones con incertidumbre, ponderar los factores que se consideran más importantes y en base a ello tomar una decisión.

La prudencia es el arma de la deliberación, es la toma de decisiones en momentos de incertidumbre, no de certeza.

Melissa Hernández Iglesias



Reseña de Libros

Diego Gracia, *El animal deliberante. Teoría y práctica de la deliberación moral*

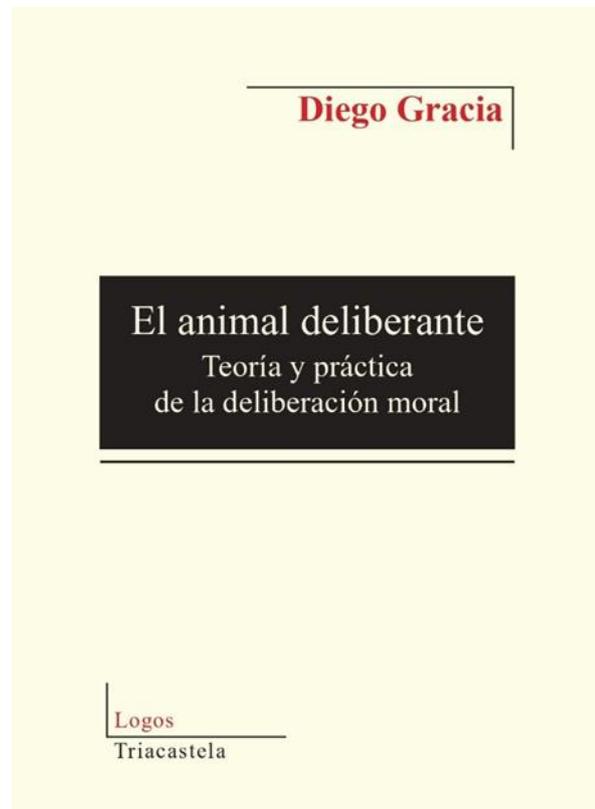
Madrid, Triacastela, 2025, p. 676.

Sin lugar a dudas nos encontramos con un gran libro, y lo es por un doble motivo. El primero, y salta a la vista, por su monumental volumen, casi 700 páginas. Y el segundo, y más significativo, porque nos encontramos con un libro sin precedente; un hito en la filosofía práctica. Referiré tan solo una serie de notas sin pretensión de exhaustividad; el libro requiere ante todo lectura (lenta, si es posible) y, sobre todo, aplicación.

Para muchos de nosotros es una gran satisfacción haber visto aparecer este libro que esperábamos durante años. Necesitábamos contar con una exposición completa y cabal de lo que nuestro maestro y amigo Diego Gracia venía barruntando durante más de 20 años.

Un suelo, un subsuelo, un adversario

Para conocer una filosofía, decía Ortega, necesitamos conocer su suelo, su subsuelo y su adversario. Invito al lector a rastrear estos elementos en este trabajo. Una pequeña pista. Diego Gracia se mueve, tiene como “suelo”, la historia de la bioética y de la ética contemporánea; sin esta referencia es difícil su comprensión. Pero hay un “subsuelo”, una tradición de la que se alimenta, la tradición fenomenológica y, en concreto, de uno de sus más aventajados y originales integrantes: X. Zubiri; un subsuelo, que, en el caso de Diego Gracia, también se completa con la ancestral tradición aristotélica. Aristóteles es el gran maestro de la deliberación. Sin estas referencias, sin su correcta comprensión, no entenderíamos bien el libro. Y... “adversario”, o, en plural, “adversarios”. Sin temor a equivocarnos podríamos decir que el gran adversario es toda la tradición ética que ha dado la espalda a la deliberación, y ha pensado que la ética era asunto científico, de demostración matemática, de decisión racional o de mero cálculo. Adversarios son los planteamientos reduccionistas y simplificadores, que olvidan el carácter problemático de la vida y sus



decisiones, y confían de la transformación de todo asunto humano en dilemas, en algoritmos. Dicho de otra manera: el gran adversario es la simplificación de la vida y la falta de sinceridad con sus complicaciones ineludibles.

La fundamentación de la deliberación

El gran tema es la deliberación, su teoría y su práctica. Se trata, por tanto, de un libro de filosofía práctica. ¿Cómo tomamos decisiones morales? El método adecuado es la deliberación, pues con ella podremos conseguir prudencia, responsabilidad, y alcanzar la acción más conveniente. Los pasos del método ya son muy conocidos, se aplican aquí y allá. Probablemente la metodología deliberativa de Diego Gracia es la más practicada en castellano, también con repercusiones internacionales, en inglés.

Este libro incide en algo que me parece *fundamental*. Si olvidamos la tarea de la fundamentación el método corre un riesgo muy serio: convertirse en una serie de pasos de aplicación mecánica, es decir, en una receta, y perder lo esencial de la deliberación. La fundamentación de la deliberación no es algo que hagamos, que se haga, quede atrás y avancemos. No. La fundamentación de la deliberación sigue funcionando; si no nos detenemos en esta tarea crítica y reflexiva constante corremos el riesgo de olvidar el sentido y el objetivo de la deliberación.

Grandes temas

La deliberación es tan importante que el profesor Diego Gracia, en la estela de Aristóteles, la convierte en dimensión fundamental de la vida humana y llega a hablar, como reza el título, de “animal deliberante”. Somos animales deliberadores por naturaleza, lo que no quiere decir que sea fácil, y de ahí su trascendencia.

Se nos ofrece un gran libro sobre la naturaleza humana y, al mismo tiempo, una magnífica herramienta para afrontar los retos y desafíos de nuestra época, tan necesitada de deliberación.

Y así, Diego Gracia, nos sitúa a la escucha de Aristóteles y de Ortega, y todos sus discípulos que atinadamente denominó M. Granell “Escuela de Madrid”. Y entre ellos, como decía antes, X. Zubiri o P. Laín Entralgo. Por tanto, y con buenos fundamentos, me permito hablar también de Diego Gracia como miembro de esta insigne Escuela filosófica.

¿De qué va la deliberación? Valor y autonomía

Más allá de la metodología concreta diría que trata, como bien se dice en el libro, de la gestión de valores. Es la noción de “valor” central en esta propuesta. Si no aclaramos lo que entendemos por valor, y recuérdese que la ética va de la realización de valores, la deliberación será mero juego y forma de mitigar angustias mal llevadas. Y, por otro lado, cuando deliberamos bien, cuando aplicamos el método, no solo buscamos la acción prudente/responsable, sino que también el propio sujeto que delibera se transforma. Esa transformación del sujeto que delibera tiene mucho que ver con lo que podemos llamar autonomía moral.



Muchos temas y múltiples desarrollos nos encontramos en esta magnífica obra, una obra que también nos dirigirá a otras, otras lecturas, otros análisis.

Una lectura abierta

Muchos textos que componen el libro fueron publicados con anterioridad. Aquí encuentran sentido y complemento. No se trata de una novela, por lo que la lectura lineal no es necesaria. El propio Diego Gracia nos da en las primeras páginas pistas para su lectura.

El libro tiene 4 partes bien determinadas. En la primera (“Proyectar y decidir”) asistimos a una aproximación a la deliberación que me atrevería a llamar fenomenológica; la segunda parte (“En los orígenes de la deliberación”) describe históricamente el nacimiento de la deliberación y en la tercera, tras el auge y nacimiento de la deliberación, vemos ahora “El eclipse de la deliberación”. La cuarta, y última parte, se centra en la delimitación de la “racionalidad deliberativa”. No son desdeñables ni la “introducción” ni el “epílogo”, como tampoco la “conclusión”, pues nos ofrecen otras aproximaciones, de alguna manera independientes, a la deliberación. Bien podríamos decir, siguiendo con imágenes orteguianas, que se está aplicando cierto “método de Jericó”, rodeando y asediando una cuestión, la gran cuestión: la deliberación.



Hace unos meses presentamos el libro. Me remito a esta presentación (*) para seguir introduciéndonos en la obra.

Tomás Domingo Moratalla
Profesor Titular de Antropología
Filosófica
UNED

(*) https://www.youtube.com/watch?v=Vxx_3z33saE&t=317s

Caso Clínico Comentado

El caso para la deliberación

Gemelos con Síndrome de Transfusión Feto Fetal (STFF)

Descripción de los hechos

Contexto social

Mujer casada a los 22 años con un varón de 30. Ambos sin patologías crónicas o antecedentes clínicos relevantes. Ella es fisioterapeuta y en su trabajo trata directamente con pacientes con discapacidad, lo que le permite conocer situaciones de complejidad física, psicológica y social. El marido es economista con negocio propio. Su madre padece una patología respiratoria y su padre un cáncer cerebral, lo que le permite conocer, desde el ámbito más íntimo, las implicaciones de la dependencia. Por lo expuesto, la pareja tiene claro que no seguiría con un embarazo que provocara una discapacidad grave y permanente que implicara sufrimiento crónico de sus hijos. En el año 2006, con 24 años, queda en estado. Embarazo buscado y querido.

Situación clínica

El embarazo es monocorial biamniótico. En él coexisten una placenta y dos bolsas de líquido amniótico.

A las 17 semanas de gestación es diagnosticada de Síndrome de Transfusión Feto Fetal (STFF) grave. (3) Se trata de una complicación exclusiva de las gestaciones monocoriales en la que se produce un paso de sangre desequilibrado entre ambos fetos debido a las conexiones vasculares o anastomosis que se dan en esta placenta única. Esto da lugar a un feto donante con hipovolemia y oligohidramnios (defecto de líquido amniótico) y un feto receptor con hipervolemia y polihidramnios (exceso de líquido amniótico).



Fuente: Fisk N, Galea P. Twin-Twin Transfusion - As Good as It Gets?. N Engl J Med 2004;351(2)183-4

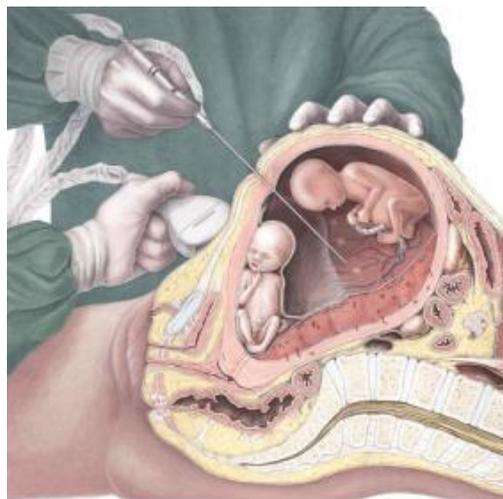
Su evolución natural implica una alta mortalidad durante el embarazo o al nacer cercana al 100% si se produce antes de las 22 semanas de gestación. Entre las 22 y las 26 semanas la mortalidad es del 80%. Además, las probabilidades de secuelas graves descritas en caso de supervivencia son del 50-90%. (7)

Estadios del síndrome de Trasfusión Feto Fetal

Una clasificación todavía vigente para determinar la gravedad del STFF, que sirve como guía para los posibles tratamientos, es la propuesta del Dr. Rubén Quintero *et al.* (11) Consta de cinco grados. Destacamos que se trata de un proceso dinámico en el que se considera situación grave a partir del estadio II. El pronóstico de supervivencia es inferior a medida que avanzan las etapas, al igual que aumenta el riesgo de daño cerebral. (6)

Como veremos, a la paciente se le diagnosticó un STFF grado II (Polihidramnios receptor, Oligohidramnios donante y Vejiga no visible de feto donante).

Tratamiento



Fuente: Spruijt, M. S., Lopriore, E., J. Steggerda, S., Slaghekke, F., & Van Klink, J. M. M. (2020). Twin-twin transfusion syndrome in the era of fetoscopic laser surgery: antenatal management, neonatal outcome and beyond. *Expert Review of Hematology*, 13(3), 259–267

Para los estadios II a IV se recomienda la Cirugía con láser fetoscópico para la coagulación de las comunicaciones vasculares entre los fetos. La cirugía endoscópica (fetoscopia) es el tratamiento que ha demostrado mayores índices de supervivencia siendo del 70-80%. (5)

Riesgos de la intervención por fetoscopia

La técnica también supone riesgos como el aborto espontáneo, la rotura prematura de membranas o el parto prematuro. Estas complicaciones suponen el 20% de la mortalidad perinatal después del tratamiento. Puede ocurrir además que se produzca una recurrencia del Síndrome de Transfusión Feto Fetal a pesar del tratamiento. En el 90 % de los casos de STFF se produce prematuridad con una media gestacional de 30 semanas. Por lo tanto, a los riesgos de lesión cerebral asociados al STFF debemos sumar las posibles afecciones vinculadas a la prematuridad. Con ello se puede afirmar que las posibilidades de secuelas neurológicas tanto en el periodo prenatal como neonatal son elevados. (13)

Secuenciación de los hechos

En las tablas siguientes podemos observar la cronología de los hechos ocurridos en esta situación clínica desde el momento del diagnóstico hasta que se produce el parto prematuro.

FECHAS	SEMANAS GESTACIÓN	HECHOS OCURRIDOS
02/01/2006 1^{er} INGRESO	17 SEMANAS	<p>Diagnóstico de STFF grave estadio II: DIAGNÓSTICO muy temprano</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Receptor: polihidramnios severo/vejiga aumentada</u> • <u>Donante: oligohidramnios severo/ no se visualiza vejiga</u>
05/01/2006 FETOSCOPIA	17 SEMANAS	<p><u>Intervención por fetoscopia láser+ amniodrenaje 2.370 ml</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Receptor: polihidramnios severo/vejiga aumentada. Peso estimado: 192 g.</u> • <u>Donante: oligohidramnios severo/ no se visualiza vejiga. Peso estimado: 170 g. Se encuentran múltiples anastomosis arteriovenosas de diferentes diámetros.</u>
17/01/2006 1^a ALTA a domicilio	19 SEMANAS	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Con dinámica uterina irritativa (contracciones antes de tiempo) que implica reposo y progesterona diaria.</u> • <u>Ecografía: Desprendimiento retroamniótico del feto receptor.</u>

En este momento se da el alta domiciliaria a la mujer en que se observa desprendimiento retroamniótico. Se indica reposo relativo junto con tratamiento farmacológico para minimizar el riesgo existente de parto prematuro.

Como podemos ver en la cronología siguiente, en los controles ambulatorios existen signos de STFF recurrente según el estadiaje antes descrito de Quintero *et al.* La presencia de oligohidramnios apunta hacia una rotura prematura de las membranas, aun siendo negativas las pruebas para este diagnóstico.

FECHAS	SEMANAS GESTACIÓN	HECHOS OCURRIDOS
01/02/2006 1 ^{er} Control ambulatorio	21 SEMANAS	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Ecografía: Insuficiencia tricúspide del receptor. Persiste desprendimiento retroamniótico.</u>
17/02/2006 2 ^o Control ambulatorio	23 SEMANAS	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Ecografía:</u> Desprendimiento retroamniótico. • Receptor con Insuficiencia valvular tricúspide y pulmonar. Ventriculomegalia derecha • Donante con oligohidramnios severo. No se visualiza Vejiga. • Pruebas de amniorrexis negativas.
21/02/2006 3 ^{er} control en el ambulatorio e INGRESO	24 SEMANAS	<ul style="list-style-type: none"> • Receptor: con Estenosi pulmonar. Insuficiencia tricúspide. Se orienta el diagnóstico a Rotura Prematura de Membranas como causa del oligohidramnios del feto donante. Sin embargo, no se objetiva la pérdida de líquido con las pruebas • INGRESO HOSPITALARIO con reposo absoluto en cama.
27/03/2006 Ecografía un día antes del parto	28 SEMANAS	<ul style="list-style-type: none"> • Ecografía: <ul style="list-style-type: none"> - Receptor: sigue mostrando insuficiencia tricúspide y no se puede valorar el Ductus Venoso (signo de STFF estadio III). - Donante: Oligohidramnios
28/03/2006 PARTO	29 SEMANAS	<ul style="list-style-type: none"> • Dinámica uterina. Parto prematuro

Secuelas en los gemelos

En 2020 la Unidad de Genética dictamina que las pruebas genéticas realizadas no han identificado ninguna variante genética potencialmente patogénica. Este mismo año también se realiza la correlación clínico-patológica de la placenta por parte de pediatría, que permite afirmar que hubo Transfusión Feto Fetal a pesar del tratamiento realizado.

- Gemelo Exdonante (18 años)

Al nacimiento, ingreso hospitalario de 3 meses por prematuridad (semana 29) con peso de 950 g, donde destaca: anemia crónica, Enfermedad de Membrana Hialina, Retinopatía, Displasia Broncopulmonar y Sepsis.

Actualmente, tiene reconocida una Discapacidad del 68%, el Grado 2 de Dependencia y una incapacitación judicial en diciembre de 2023, que nombra a los padres como sus asistentes que deberán prestar una asistencia continuada.

Los diagnósticos médicos actuales son Trastorno del Espectro Autista (TEA) grado 2, trastorno de conducta con actitudes rígidas y obsesivas, retraso intelectual, afectación de las funciones cerebrales superiores, retraso en el lenguaje y vocalización deficiente, agenesia dental de 6 piezas dentales que dificulta la masticación, retraso psicomotor, motricidad fina deficiente, alteración de la marcha por acortamientos musculares secundarios a la Akinesia fetal que sufrió (falta de movimientos fetales por falta de líquido amniótico).

- Gemelo Exreceptor (18 años)

Al nacimiento, ingreso hospitalario de 3 meses por prematuridad (semana 29) con peso de 1.050 g, donde destaca: policitemia crónica, Ictericia, cardiomegalia, Enfermedad de Membrana Hialina, Displasia Broncopulmonar, Hemorragia cerebral ventricular grado II, Sepsis, Retinopatía y enfisema intersticial por ventilación mecánica.

En Resonancia Magnética cerebral, a los siete años, destaca una malformación cerebral con dilatación asimétrica de los dos ventrículos laterales, leucomalacia leve y rotación hipocampal incompleta.

En 2013 sufrió anorexia que requirió sonda nasogástrica. Actualmente alimentación selectiva/restrictiva.

Los diagnósticos médicos actuales son: Trastorno del Espectro Autista (TEA) grado 3; Trastorno de la conducta grave con cambios de humor inesperados, heteroagresiones y autoagresiones; Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC); Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH); Retraso intelectual grave (no ha desarrollado lenguaje verbal ni lectoescritura); afectación de las funciones cerebrales superiores; estereotipias y tics mioclónicos; retraso psicomotor; alteración de la motricidad fina y enuresis nocturna.

Tiene reconocida una Discapacidad del 78%, el Grado 3 de Dependencia y una incapacitación judicial que nombra a los padres como sus asistentes que deberán prestar una asistencia continuada.

A finales de 2024 ingreso en Residencia por claudicación familiar (familia con 4 hijos, los gemelos y dos menores).

Comentario

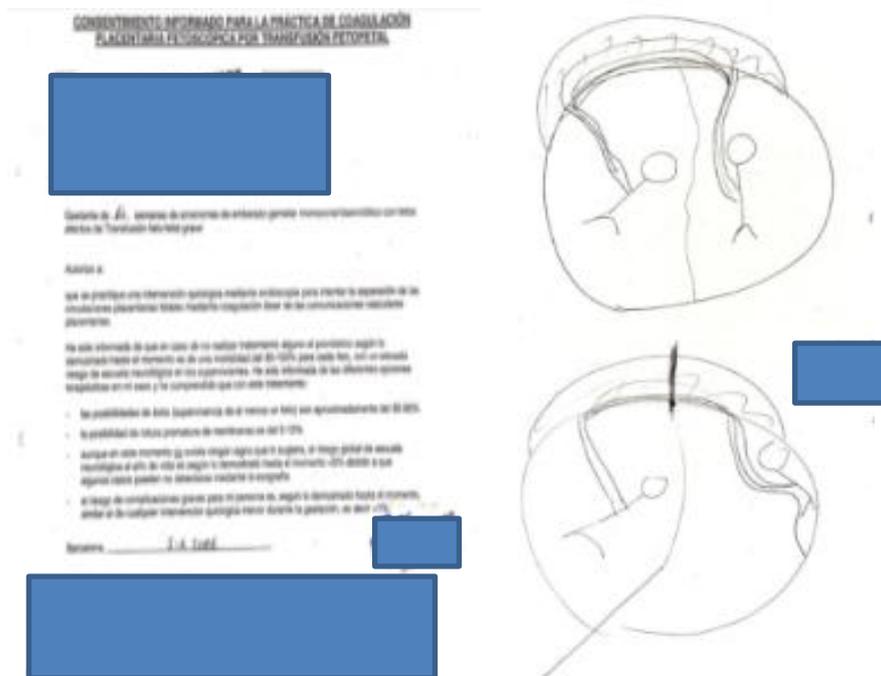
Aclaración de los hechos

Primero: la intervención fetoscópica en el 2006 era una técnica en investigación, aunque ya había estudios sobre las probabilidades de consecuencias neurológicas a largo plazo para los bebés supervivientes. De hecho, este hospital de Barcelona participó en un estudio internacional de cohortes prospectivo y multicéntrico dentro del proyecto llamado “Twin to twin transfusión síndrome and monochorionic twinning european network”. El estudio pediátrico se llevó a cabo entre el 2002 y el 2005 y se observaron signos de alarma en el grupo de gemelos con STFF como problemas alimentarios, exploración neurológica patológica en un 23.75% de los casos y desarrollo psicomotor deficiente. No obstante, en la revisión de la bibliográfica se observa que los estudios que miden la supervivencia neonatal son muy superiores a aquellos que atienden a las secuelas neurológicas a largo plazo, siendo estos escasos y con resultados difícilmente comparables entre sí. Senat *et al* defienden que: “La evaluación y seguimiento posnatal es necesario, ya que algunas anomalías no se van a presentar hasta más allá de los 2 o incluso 7 años de edad”. (12) Además, el desarrollo neurológico es un proceso dinámico que se

alarga hasta la adolescencia con lo cual el seguimiento de las secuelas debe progresar hasta edades más avanzadas para entender el desenlace final.

Segundo: el interés del hospital por realizar la intervención fetoscópica debido a que pertenece al Grupo de Investigación en Medicina Materno-Fetal, asociado a la Universitat Autònoma de Barcelona. El hospital llevaba implementando esta técnica desde el año 2000 dentro del Programa de Medicina Fetal. Por lo poco frecuente del síndrome de Transfusión Feto Fetal (1 de cada 2000 embarazos), el caso era muy valioso para el proceso investigador.

Tercero: Las explicaciones para el consentimiento informado son claramente insuficientes y se realizan sin la presencia del marido. El proceso se realiza con celeridad sin dar tiempo para la reflexión sosegada antes de la intervención. A destacar, la pobre información respecto a las posibles consecuencias de tal intervención como se muestra en los siguientes documentos. En definitiva, la escasa información y el alto estrés emocional de la paciente imposibilitaron la deliberación.



Documento del consentimiento informado y dibujo explicativo

Cuarto: en fecha 17/02/2006 la ecografía que se le realiza a la paciente muestra síntomas de compromiso grave en el bienestar fetal. La diferencia de líquido amniótico de los fetos durante la gestación y las analíticas realizadas posparto (signos de anemia y policitemia crónicas) muestran claramente un STFF no resuelto. Todo ello implica una alta probabilidad de daño cerebral fetal. Sin embargo, no se informa a la familia de nada de esto. Por el contrario, la intervención se anuncia como un éxito. De hecho, en octubre de 2007, los médicos del equipo de Obstetricia y Neonatología del Hospital, en un programa de RAC1 (radio muy importante en Catalunya), al que fueron invitados los padres, describen como un éxito la fetoscopia realizada y confirman que los gemelos evolucionaban bien.

Deliberación sobre los valores

Problemas Morales Implicados

¿Debe el profesional médico aportar toda la **información** sobre las posibles secuelas o riesgos que la patología o el tratamiento conllevan, yendo más allá de la supervivencia de los fetos y aun a riesgo de no frustrar la investigación?

¿Se debería informar a los progenitores de que la intervención con fetoscopia láser es una técnica en investigación y aportar los resultados de los estudios realizados hasta la fecha?

¿El documento de **consentimiento informado** es el adecuado?, ¿se crearon los espacios y se dieron los tiempos necesarios para que la pareja pudiera tomar una decisión autónoma?

¿Qué decisión hubiera sido la más prudente según los datos conocidos en ese tiempo: la interrupción del embarazo; la conducta expectante o paliativa; practicar la fetoscopia láser?

Tras observar la clínica de la paciente, que muestra síntomas de compromiso grave en el bienestar fetal, en fecha 17/02/2006: ¿habría que haber informado para estudiar nuevas posibilidades?

Durante los dos años siguientes a la operación se consideró la intervención como un éxito del hospital. ¿Deberían los estudios perinatólogicos atender a las secuelas a largo plazo de las diferentes técnicas implementadas?, es decir, ¿tenemos que redefinir el concepto "éxito" yendo más allá de la mera supervivencia?

Este caso tiene una derivada social muy fuerte. ¿Qué apoyo social (económicos e institucionales) cuentan las familias para el cuidado de sus hijos?, ¿el hospital debería aportar esta información para que la decisión de la pareja sea lo más responsable posible?

Problema ético principal

¿Cuándo la investigación justifica las consecuencias yatrógenas de su ejercicio?

Valores en conflicto

Consideramos que los valores: vida, conocimiento, economía / prestigio y justicia, en este caso han entrado en conflicto con los de autonomía, no maleficencia y beneficencia de la paciente. A continuación pasamos a explicitarlos.

- **Vida:** Valor con gran fuerza. Es importante tener presente que, para un médico u otro profesional sanitario, así como para el Estado y la Constitución, la protección de la vida es una obligación fundamental. Sin embargo, con las actuales técnicas se pueden conseguir la supervivencia de neonatos muy prematuros o con síndromes (como el STFF) incompatibles con la vida sin la intervención humana, cuyas posibles secuelas ponen en entredicho el bienestar de los niños y de su familia.
- **Conocimiento:** Valor fundamental para el desarrollo de las técnicas médicas y el beneficio de futuros pacientes.
- **Economía / prestigio:** Estos valores debemos tenerlos en cuenta porque en las decisiones del presente caso existen intereses económicos. Una intervención exitosa (entendido como supervivencia de los gemelos) garantiza la obtención de fondos para seguir investigando y un prestigio internacional para el Hospital.
- **Justicia:** Entendida como justicia social. Estas intervenciones aportan unos conocimientos que a la postre benefician a la sociedad (futuros casos de STFF). El problema radica, precisamente, en la insuficiente investigación al no realizarse estudios sobre las consecuencias a largo plazo de estas prácticas. Otra dificultad radica en la escasez de ayudas sociales para las familias con hijos con un alto grado de dependencia para que puedan desarrollar sus proyectos vitales.

Estos valores defendidos implícitamente por el hospital entran en conflicto con:

- **Autonomía:** La autonomía como expresión fundamental de la libertad que, como individuos, ejercemos a la hora de decidir acerca de nuestra salud y cómo esta forma parte de nuestro proyecto vital, el resto de nuestros valores y nuestra biografía. En este caso, la autonomía solo se adquiere con la toma de una decisión racional que únicamente se puede alcanzar con la información más completa posible y en un estado emocional adecuado.
- **No maleficencia:** Este valor impele a todo médico a hacer lo mejor para el paciente y no generar un daño innecesario en el mismo. El debate radica sobre quién es el sujeto de no maleficencia: ¿la madre / la pareja o los fetos? Nosotros asumimos el punto de vista de la madre/pareja quien es quien tiene que tomar la decisión responsable asesorada por el equipo médico. En el presente caso este valor entra claramente en conflicto con el interés investigador, el conocimiento, la vida de los fetos, etc.
- **Beneficencia:** Valor que se centra en buscar el bien del paciente, entendido como la posibilidad de vivir de acuerdo con su propia concepción de vida buena. Implica dotar al paciente de la capacidad de poder llevar adelante, en lo posible, su ideal de existencia.

Deliberación sobre los deberes

Cursos extremos de acción

- Primer curso extremo de acción

Aplicar la técnica de fetoscopia láser sin el consentimiento informado, o no aportando la información necesaria, ni dotando del tiempo suficiente, para que la paciente tome una decisión coherente con sus valores y su proyecto vital. En este caso solo atendemos al valor conocimiento, vida de los fetos y prestigio del hospital. Cercenando el valor autonomía y beneficencia.

- Segundo curso extremo de acción

No tratar con ninguna técnica el Síndrome de Transfusión Feto Fetal (STFF) por el alto riesgo de lesión neurológica o por la gran incertidumbre que genera tal intervención. En este caso, queda cercenado el valor conocimiento.

Cursos intermedios de acción

Una vez detectado el STFF plantear a la madre las diversas posibilidades: interrupción del embarazo, aplicación de la técnica fetoscópica (informando de sus riesgos), o dejar el proceso natural (muerte de ambos fetos). En caso de que la paciente se interese por la fetoscopia láser, informar que es una técnica en investigación. De llevarse a cabo la intervención, hacer un seguimiento exhaustivo del desarrollo psicofísico y neurológico de ambos niños, así como informar de los programas de ayudas sociales a familias en esta situación.

Por parte del equipo médico, investigar sobre los estudios que se han realizado sobre esta intervención y aportar a la madre un informe detallado en el que se explique tanto el síndrome como la técnica que se va a aplicar, así como sus riesgos. Dejar un tiempo prudencial y sereno para que la madre tome una decisión y si es necesario, con apoyo psicológico.

Tras el ingreso de la madre 21 de febrero, informar de que la intervención no ha obtenido los resultados esperados y que hay signos de compromiso del bienestar de los fetos. Plantear nuevos cursos de acción.

Elección del/los curso/s óptimo/s

Creemos que el curso óptimo de acción debe tener como objetivo potenciar los programas de investigación respetando los principios de autonomía y no-maleficencia. Es decir, con el fin de evitar en lo posible que la elección por la vida no implique frustrar el proyecto vital, consideramos que un curso óptimo de acción consistiría en un correcto proceso de consentimiento informado y crear un programa de seguimiento a largo plazo en el que entren en juego las diferentes instituciones (sanitarias y sociales). Esto implica: absoluta transparencia en cuanto al programa de investigación e información clara y precisa de los riesgos y las consecuencias previsibles de la intervención; respeto máximo al principio de autonomía; y reconocimiento de los resultados. Si la intervención no ha sido efectiva, reconocer el fracaso. Asumir la responsabilidad como único modo de no romper la confianza médico-paciente, aspecto crucial para el adecuado tratamiento posterior y minimizar el sufrimiento de los padres y los niños. Por último, realizar un seguimiento a muy largo plazo sobre los procesos físicos y neurocognitivos de los niños y facilitar el acceso al programa de ayudas sociales que posibilite a la familia desarrollar su proyecto vital.

El curso de acción que planteamos supera las tres pruebas de consistencia planteadas por el método deliberativo de Diego Gracia.

Prueba del Tiempo

El curso óptimo de acción planteado exige tiempo suficiente para que la toma de decisiones no sea precipitada. Evidentemente, mantendríamos el mismo proceder en el futuro y no sería diferente en una situación posterior análoga. Esta decisión no solo supera prueba temporal, sino que es connatural a ella, ya que insta, en caso de seguir adelante con el embarazo, a hacer un seguimiento a largo plazo del desarrollo madurativo de los niños.

Prueba de la Publicidad

La decisión tomada pide la publicidad y transparencia del proyecto de investigación, así como de los riesgos previsibles que se están asumiendo. De la misma forma, también debería ser público la interrupción del embarazo por motivos médicos. Aunque, huelga decir, respetando el anonimato de la paciente.

Prueba de la Legalidad

La decisión tomada respeta plenamente la legalidad vigente, aunque habría que atender a la ley del aborto del momento (Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio), e invita a repensar las ayudas a la dependencia en casos como el que estamos tratando (Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia).

Conclusión

El caso expuesto revela con crudeza la complejidad bioética que emerge cuando los avances biomédicos, los intereses institucionales y la fragilidad humana se entrecruzan en contextos de alta incertidumbre. La historia de esta pareja y sus hijos gemelos afectados por el Síndrome de Transfusión Feto Fetal (STFF) plantea interrogantes profundos sobre la legitimidad del conocimiento médico cuando este se impone por encima de la autonomía informada, la prudencia clínica y el acompañamiento ético del sufrimiento humano.

Este análisis ha mostrado que la técnica de fetoscopia láser, entonces en fase investigadora, fue aplicada sin un consentimiento informado suficiente, en un entorno de presión emocional y sin un espacio real para la deliberación. La ausencia de una información clara y completa sobre los riesgos y consecuencias a largo plazo no solo vulneró la autonomía de los progenitores, sino que también comprometió los principios fundamentales de no maleficencia y beneficencia. El fracaso en la comunicación, la escasa consideración del proyecto vital de la familia y la posterior falta de reconocimiento institucional del desenlace adverso evidencian una grave ruptura en la confianza médico-paciente.

Desde una perspectiva bioética, este caso exige replantear el concepto de “éxito” clínico: no basta con la supervivencia neonatal si esta se acompaña de un sufrimiento crónico y una dependencia irreversible que transforma radicalmente la vida familiar. Es imprescindible, por tanto, que la medicina fetal investigadora se comprometa con una ética de la responsabilidad que incluya: la transparencia total sobre las técnicas empleadas, el respeto por la autonomía real de los pacientes, un seguimiento longitudinal de las consecuencias y el fortalecimiento de los sistemas de apoyo social.

Solo la implementación de una bioética que ponga en el centro la dignidad de las personas y la complejidad de sus proyectos vitales puede garantizar que los avances técnicos sean realmente humanos. Este caso no es una excepción; es un llamado urgente a pensar con profundidad, compasión y rigor ético el modo en que se ejerce la medicina en contextos tan delicados.

Por último, agradecer a la madre y su familia, protagonista de este caso, su infinita generosidad por compartir su experiencia. Su valentía nos brinda la posibilidad de mejorar como profesionales y como personas.

Gabriel Almazán García

Doctor en filosofía por la Universidad Complutense de Madrid. Profesor de Filosofía de secundaria. Autor del libro *El optimismo comprometido. El proyecto antropológico y ético* de José Gómez Caffarena y de artículos como: “Aprendiendo a deliberar” o “La importancia de la razón narrativa para la deliberación”.

Anna Formiguera Macià

Enfermera especialista en cuidados paliativos, atención a la complejidad, cronicidad y dependencia en el Hospital Universitario de Vic. Colaboradora en la cátedra de cuidados paliativos de la Universidad de Vic. Máster en Cuidados Paliativos, Universidad de Barcelona y Máster en Bioética. Universidad Internacional de Valencia. Coautora del libro *Fins al final de la vida*.

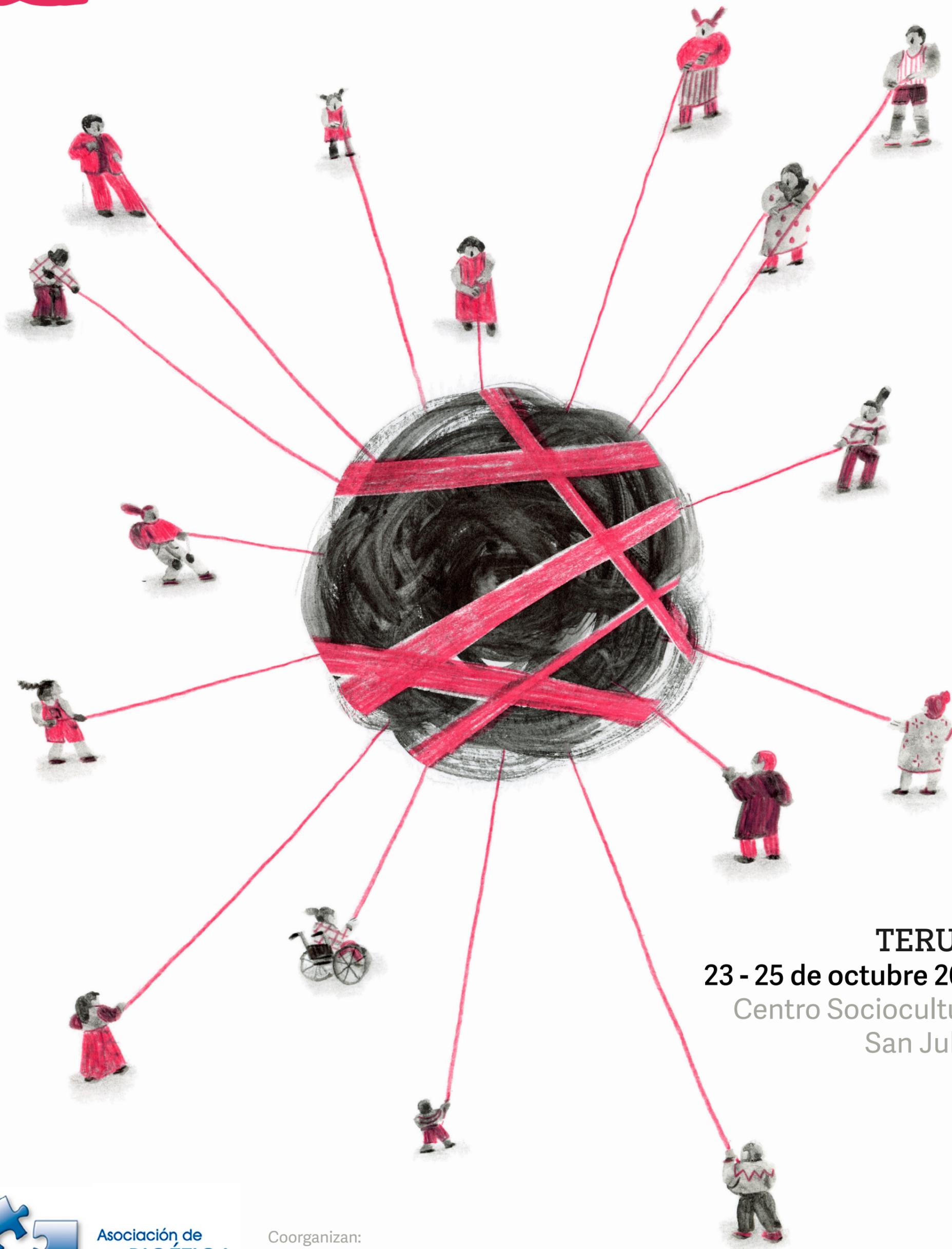
Bibliografía

1. Carreras, E., Et al. (2012). Arabin cervical pessary to prevent preterm birth in severe twin-to-twin transfusion syndrome treated by laser surgery. (2012)., *Prenat Diagn.* 32(12):1181-5.
2. Raghavendra Rao, et al. (2007 February). Iron in fetal and neonatal nutrition *Semin Fetal Neonatal Med.* 12(1): 54–63
3. Bamberg C, Hecher K. Twin to twin transfusion syndrome: controversies in the diagnosis and treatment. *Breast practice and Research Clinical Obstetrics and Gynaecology.* 2022 (143-154)
4. Claudia Castiglioni, et al. (2016). Akinesia / Hipokinesia fetal: una ventana al movimiento fetal durante el desarrollo. *Orientación clínica, etiología y diagnóstico. Revista Médica Clínica Las Condes.*; 27 (4) 514-528.
5. Gratacos, E., (2003). Fetoscopia y coagulación laser en transfusión feto feto: resultados y evolución neonatal. *Prog de Obstetricia y Ginecología.* 46(8): 340-347
6. Jarred Garfinkle and Steven P. Miller. (August 2018). The Placenta and Neurodevelopment in Preterm Newborns. *NeoReviews*, 19 (8) e456-e466.
7. Kontopoulos E, Chmait RH, Quintero RA. (2016). Twin-to-Twin Transfusion Syndrome: Definition, Staging, and Ultrasound Assessment. *Twin Res Hum Genet.* 19(3):175-83
8. Martínez, J. M., et al. (2012). Tratamiento por fetoscopia de la transfusión feto feto: resultados en 500 casos consecutivos. *Diagnóstico Prenatal.* 23(3): 102-108
9. Morales C. (2002). Lesiones hipoxico-isquémicas del sistema nervioso central en el período perinatal. *REV ESP PATOL.* Vol 35, 1: 5-20
10. Puerto B, Javier Arenas Ramírez, et al. (2020). Sistemática de la neurosonografía fetal. *Prog Obstet Ginecol.* 63(3):190-211
11. Quintero RA, Dickinson JE, Morales WJ, Bornick PW, Bermúdez C, Cincotta R, Chan FY, Allen MH. (2003). Stagebased treatment of twin-twin transfusion syndrome. *Am J Obstet Gynecol.* 188: 1.333-1.340
12. Senat MV, Deprest J, Boulvain M, Paupe A, Winer N, Ville Y. (2004 Jul) Endoscopic laser surgery versus serial amnioreduction for severe twin-to-twin transfusion syndrome. *N Engl J Med.* 8;351(2):136-44
13. Spruijt MS, Lopriore E, J Steggerda S, Slaghekke F, Van Klink JMM. (2020 Mar) Twin-twin transfusion syndrome in the era of fetoscopic laser surgery: antenatal management, neonatal outcome and beyond. *Expert Rev Hematol.* 13(3):259-267.
14. Van Klink JM, Koopman HM, Rijken M, Middeldorp JM, Oepkes D, Lopriore E. (2016 Jun). Long-Term Neurodevelopmental Outcome in Survivors of Twin-to-Twin Transfusion Syndrome. *Twin Res Hum Genet.* 19(3):255-61



XVII CONGRESO NACIONAL DE BIOÉTICA

Contrarrestar la violencia
Deliberando para un cuidado responsable



TERUEL
23 - 25 de octubre 2025
Centro Sociocultural
San Julián



Asociación de
BIOÉTICA
Fundamental
y Clínica

Coorganizan:



VI
JORNADAS
CONTRA LA
VIOLENCIA

Instituto de Estudios Turolenses
Diputación de Teruel

congreso2025.asociacionbioetica.com

CURSO UNED. Título propio (posgrado). Formación permanente.

Deliberación. Fundamentación y aplicación.

Metodología ética en contextos clínicos, educativos y sociopolíticos



The banner is divided into three sections. On the left, a dark green box contains the text 'Títulos propios' and the UNED logo. The middle section has a blue background with the text 'Desarrollo profesional y personal' and '6 créditos'. The right section has a white background with a blue header 'Curso académico 2025-2026', the course title, dates 'del 15 de diciembre de 2025 al 29 de mayo de 2026', and 'CERTIFICADO DE ENSEÑANZA ABIERTA'. A yellow box in the bottom right corner says 'La matrícula no está abierta.'

Desde DICIEMBRE 2025- Hasta MAYO 2026. Periodo de matriculación:
septiembre-octubre 2025

Profesor UNED responsable: Dr. Tomás Domingo Moratalla

Descripción del curso

Este curso está orientado a aquellas personas que buscan una forma novedosa e interesante en el mundo de la ética y sus conflictos. Se sumergirán en la metodología deliberativa. Desde la reflexión filosófico-teórica nos adentraremos en la complejidad en la toma de decisiones en ámbitos de incertidumbre y complejidad.

Más información

https://formacionpermanente.uned.es/tp_actividad/actividad/deliberacion-fundamentacion-y-aplicacion-metodologia-etica-en-contextos-clinicos-educativos-y-sociop

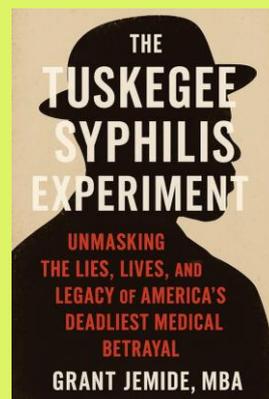
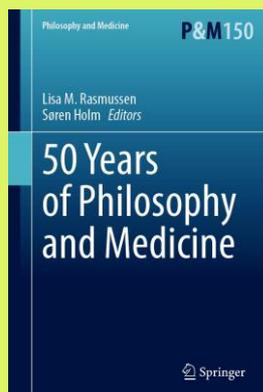
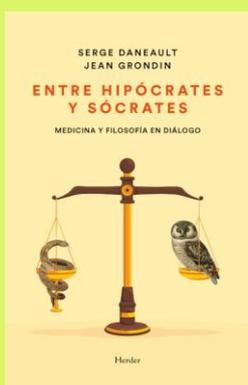
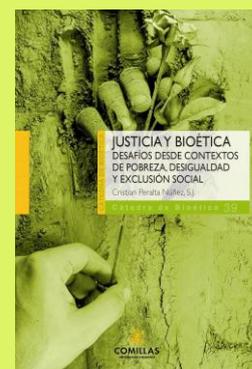
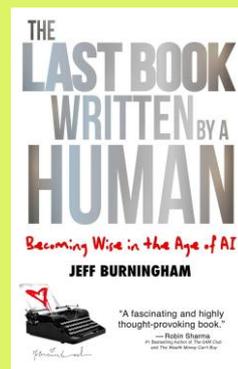
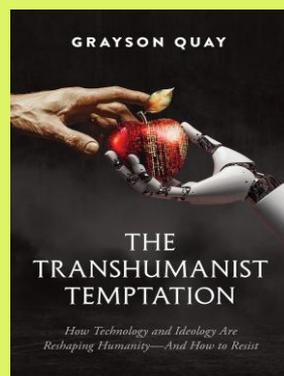


The graphic features a detailed woodcut-style illustration of a building's interior, showing multiple levels with people engaged in various activities. Overlaid on this is a blue banner with the text 'Curso académico 2025-2026', followed by the course title 'Deliberación. Fundamentación y aplicación. Metodología ética en contextos clínicos, educativos y sociopolíticos' and the dates 'del 15 de diciembre de 2025 al 29 de mayo de 2026'.

Acontecimientos, Noticias, Novedades

- [XVII Congreso de Bioética. Asociación de Bioética Fundamental y Clínica](#). “Contrarrestar la violencia. Deliberando para un cuidado responsable”. Teruel, 23-25 octubre 2025.
- [I Congreso de Bioética conjunto de San Juan de Dios España y la Fundación Hospitalarias](#), Ethicare`25. Bioética y hospitalidad. Lo importante, las personas.13-14 noviembre 2025. Barcelona.
- [VII Congreso Internacional de bioética: nuevas tecnologías, bioética de catástrofes y democracia inclusiva](#). 1-3 de octubre de 2025. Valencia.
- [17th World Conference of Bioethics, Medical ethics and Health Law](#). Ljubljana, 24-26 noviembre 2025.
- [X Congresso Internacional Redbioetica UNESCO](#). 20 anos da declaração universal sobre bioética e direitos humanos. Florianópolis. 5-7 noviembre 2025.

Bibliografía y fuentes de Bioética



- Ten Have, Henk. Color, healthcare and bioethics. Open Book Publishers.
- Quay, G. The Transhumanist Temptation: How Technology and Ideology Are Reshaping Humanity--And How to Resist. Crisis Publications.
- Burningham, J. The Last Book Written by a Human: Becoming Wise in the Age of AI. Forefront Books.
- Peralta, C. (ed.) Justicia y bioética: Desafíos desde contextos de pobreza, desigualdad y exclusión social. UPCo.
- Daneault, S. y Grondin, J. Entre Hipócrates y Sócrates: Medicina y Filosofía en diálogo. Herder.
- Rasmussen, L.M. y Holm, S. 50 Years of Philosophy and Medicine. Springer.
- Jemide, G. THE TUSKEGEE SYPHILIS EXPERIMENT: Unmasking the Lies, Lives, and Legacy of America's Deadliest Medical Betrayal.
- Puyol, A.y Segura, A. (eds.) Deliberación, ética y salud pública. Fundació Víctor Grifols i Lucas.

Información para autores/as



1. El objetivo de la Revista *Bioética Complutense Magazine* es contribuir a la difusión y el desarrollo de la bioética, desde una perspectiva plural, abierta y deliberativa. Se incluyen todas las opiniones, siempre que estén justificadas, y se valoran las aportaciones de las diversas aproximaciones y enfoques a las cuestiones.

2. La Revista *Bioética Complutense Magazine* se publica semestralmente (dos números al año), en formato electrónico, bajo una licencia Creative Commons© de Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

3. Artículos: La Revista *Bioética Complutense* publica artículos originales en castellano, pero acepta originales en inglés (consultar otros idiomas). Los artículos no deberán exceder las 3.500 palabras (incluidas tablas y cuadros, si los hubiere); irán precedidos de título, resumen (máximo 80 palabras) y palabras clave, tanto en el idioma en el que hayan sido redactados como en inglés.

Al final del artículo se puede incluir un apartado de Referencias bibliográficas. En este apartado se consignarán las obras por orden alfabético, siguiendo el sistema de citación de la APA. Ejemplos:

- Nussbaum, M. (2010). *Sin fines de lucro. Por qué la democracia necesita de las humanidades*. Madrid: Katz.
- Fins, J.J. (2010). The humanities and the future of bioethics education. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 19, 518-21.
- Hare, R.M. (1994). Utilitarianism and deontological principles. En R. Gillon (ed.), *Principles of Health Care Ethics* (pp.149-157). Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
- Presidential Commission for the Study of Bioethical Issues. (Marzo 2015). Grey Matters. Topics at the Intersection of Neuroscience, Ethics and Society. Recuperado de http://bioethics.gov/sites/default/files/GrayMatter_V2_508.pdf

En caso de que el artículo contenga notas, éstas irán situadas a pie de página, numeradas correlativamente conforme a las llamadas en superíndice incluidas en el texto. Las referencias bibliográficas incluidas en las notas seguirán el sistema de citación APA.

4. Reseñas: Las reseñas de libros, eventos y otras informaciones no excederán las 1.500 palabras. Incluirán el título y datos bibliográficos del libro, o los datos del evento.

5. Se admite la inclusión de tablas, cuadros, dibujos e imágenes.

6. Los originales deben ser enviados en formato Word (con el texto lo más limpio posible, sin introducir códigos) a la siguiente dirección de correo electrónico: bioeticacomplutense@gmail.com

El autor habrá de indicar su dirección de correo electrónico. Así mismo, adjuntará un breve curriculum (3 líneas máximo) y el dato de afiliación que desea hacer constar bajo su nombre.

7. Se acusará recibo de los manuscritos. El Consejo de Redacción decidirá, en base a los informes de los evaluadores, sobre la conveniencia de su publicación.

8. Los manuscritos presentados no deben haber sido publicados anteriormente ni estar en vías de publicación.

9. Deben expresarse los posibles conflictos de intereses que tengan los autores (relaciones financieras o personales que puedan influir en su trabajo de modo inadecuado).

10. Para cualquier modificación de estas normas, artículos con formatos excepcionales, o preguntas en general, dirigirse a la dirección de email de envío de originales.



Information for authors



1. The objective of *Bioética Complutense* Magazine is to contribute to the dissemination and development of bioethics from a plural, open and deliberative perspective. All opinions are included, provided they are justified, and the contributions of the various approaches to issues are valued.

2. *Bioética Complutense* Magazine is published bianually (two issues per year), in electronic form, under a Creative Commons© license Attribution- NonCommercial-NoDerivatives (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

3. **Articles:** *Bioética Complutense* Magazine publishes original articles in Spanish, but accepts originals in English (see other languages). Articles should not exceed 3,500 words (including tables and charts, if any); shall be preceded by title, abstract (maximum 80 words) and keywords, both in the language in which they were written and in English.

At the end of the article may be included a References section. In this section works should be entered in alphabetical order, following the APA system of citation. Examples:

- Nussbaum, M. (2010). *Sin fines de lucro. Por qué la democracia necesita de las humanidades*. Madrid: Katz.
- Fins, J.J. (2010). The humanities and the future of bioethics education. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 19, 518-21.
- Hare, R.M. (1994). Utilitarianism and deontological principles. En R. Gillon (ed.), *Principles of Health Care Ethics* (pp.149-157). Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
- Presidential Commission for the Study of Bioethical Issues. (Marzo 2015). Grey Matters. Topics at the Intersection of Neuroscience, Ethics and Society. Recuperado de http://bioethics.gov/sites/default/files/GrayMatter_V2_508.pdf

If the article contains notes, they will be located as footnotes, numbered consecutively as superscript calls included in the text. The bibliographical references in the notes should follow the APA citation system.

4. **Reviews:** Book reviews, events reviews and other informations will not exceed 1,500 words. They include the title and bibliographic data of the book or the event data.

5. The inclusion of tables, charts, drawings and pictures is accepted.

6. The originals must be sent in Word format (with text as clean as possible without introducing codes) to the following email address: bioeticacomplutense@gmail.com

The author must specify his/her e-mail address. Also, it must be attached a brief curriculum (maximum 3 lines) and affiliation data he/she wants to include with his/her name.

7. Receipt of manuscripts will be acknowledged. The Editorial Board will decide, based on the reports of the evaluators, on the desirability of publication.

8. Manuscripts submitted must not have been published previously or be in process of publication.

9. There must be expressed the potential conflicts of interest that authors may have (financial or personal relationships that may influence their work inappropriately).

10. For any modification of these rules, items with exceptional formats, or general questions, please contact the email address for sending originals.



Bioética *Complutense*

ISSN: 2445-0812

Nº49
Junio 2025
Segunda época

