

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 ilusión de reciprocidad

Más sobre El fondo insobornable

Evolución de la donación renal en Asturias

Gen-ética del sufrimiento

La vocación

El aborto del primer trimestre

El veganismo como praxis ética

El final del inicio

Inteligencia artificial y decisiones clínicas

La salud pública

Caso clínico comentado

Bioética y campeones del mundo

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
D^a. Isabel Roldán Gómez
D^a. M. Ángela Bernardo Álvarez

Bioética Complutense está indexada en Dialnet, REBIUN, SUDOC, ROAD.

Las opiniones expresadas en esta revista son responsabilidad exclusiva de sus autores/as y en ningún caso expresan la posición de los/las editores/as 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 Nº51 Junio 2026

Editorial	1
Artículos	
• La ilusión de reciprocidad: ética de las relaciones humano-IA- Feito, L.	2
• Más sobre El fondo insobornable – Gracia, D.	4
• Evolución de la donación renal en Asturias a lo largo de 20 años de puesta en marcha del programa – Naves, M., Martín, G., García, A.	6
• Gen-ética del sufrimiento: dilemas éticos del uso del CRISPR/Cas9 ante el abolicionismo de David Pearce, – Mora, M.	15
• La vocación, el cansancio, el rey desnudo y el colibrí - Solano, G.	21
• El aborto del primer trimestre: apuntes para un abordaje ético en el sistema sanitario español – Paricio, R.	24
• El veganismo como praxis ética: una lectura pragmatista desde la bioética – Rico, S. L., Noguera, L.,	30
• El final del inicio: cuestiones éticas sobre el final de la vida en los niños, el caso de IG – Diogo, J.	36
• Inteligencia artificial y decisiones clínicas: una relectura bioética de la medicina asistida por algoritmos – Heredia, A.	42
• La salud pública: una nueva diana para la ética – Ortega, R., Cruz, M., Martínez, M.V., Rueda, J., Parra, I.	47
Caso clínico comentado	50
Cajón de bioética	
• Bioética, deporte y ¡campeones del mundo de fútbol! – Domingo, T.	54
Agenda y bibliografía	57
Normas para los autores	



El verano se asocia con calor, tiempo libre, posibilidad de disfrutar del mar o la montaña, descanso. Sin embargo, cada vez más, el verano nos recuerda la emergencia climática en la que estamos inmersos. Son innumerables los incendios que estamos viviendo en diferentes partes del mundo. Estos días, en el sur de Europa, algunos de los más trágicos y devastadores que hemos conocido. Altas temperaturas y olas de calor más largas que nunca, falta de lluvias y, sobre todo, falta de conciencia y cuidado del medio para evitar estas catástrofes son las claves de la destrucción.

Como es bien sabido, las catástrofes naturales no son, muchas veces, tan naturales. Son una combinación de factores en los que la mano humana es determinante. Vivir de espaldas a la naturaleza, esquilmarla y destruirla, considerar que es inagotable y controlable es, además de un indicador de la soberbia humana, una actitud temeraria y arriesgada.

Hemos cambiado el clima y estamos empezando a sufrir las consecuencias de nuestra voracidad industrial y de desarrollo desaforado, contaminante y ciego. Pero seguimos sustituyendo los árboles por asfalto, los espacios verdes y azules por el gris del hormigón, el aire limpio por un mejunje irrespirable. Seguimos pensando que la naturaleza está a nuestro servicio, que no somos responsables de su cuidado y su conservación. Seguimos creyendo que el mundo es un parque de atracciones donde venimos a divertirnos, dejando nuestros residuos y agotando los recursos.

Recibimos alertas constantes: los espacios verdes son esenciales para la salud humana, las enfermedades pulmonares aumentan peligrosamente con la contaminación, el ruido genera ansiedad y problemas de concentración, la configuración de las ciudades hace que la temperatura aumente, la falta de ganado y limpieza en el campo hace que no existan cortafuegos para los incendios, el aumento de la temperatura derrite los casquetes polares, las corrientes marinas se alteran, los huracanes son más frecuentes y alcanzan latitudes diferentes de las habituales. Los ejemplos son innumerables. Y muchos de ellos generan desastres.

Es necesaria una conciencia medioambiental que no se limite a denunciar los daños irresponsables al planeta, sino que genere un modelo de sociedad atento al medio en el que vivimos. Y la clave, como en tantas otras ocasiones, es la educación. Es preciso asumir nuestra responsabilidad con el ecosistema, extender la idea de cuidado más allá de lo humano. Entender que la preocupación por la naturaleza no es una moda contemporánea, sino la radical forma de estar en el mundo que corresponde a los seres humanos. Y que una ética del cuidado a la altura de nuestro tiempo debe incluir todo el planeta en su espacio de acción.

Como se ha dicho repetidamente, las acciones pequeñas tienen grandes consecuencias. Educar para las actitudes de cuidado supone un compromiso que cambia los gestos cotidianos, que asume responsabilidades, que subraya la importancia de moverse en un espacio de integración con el medio natural y que, poco a poco, genera un compromiso social con la Tierra, ese pequeño planeta azul que es nuestro único hogar.

Más que nunca, conviene recuperar la propuesta de la bioética de V.R. Potter de incluir la naturaleza en la reflexión, como única forma de asegurar la supervivencia humana. Los enfoques One Health se orientan en una dirección similar. Somos parte de la naturaleza. Y somos tremendamente frágiles, interconectados con el medio y el resto de seres vivos. Pero parece que nos cuesta asumir esta realidad y la responsabilidad moral que comporta. Ojalá seamos capaces de aprender antes de que sea demasiado tarde.

Lydia Feito Directora

La ilusión de reciprocidad: ética de las relaciones humano-IA

En un artículo publicado en *The Economist* ("No more bots") el 18/07/26 nos cuentan la historia de Yu Miao, una mujer china de 27 años. Su situación es la que comparten probablemente muchas personas en todo el mundo. Yu se relaciona con una inteligencia artificial (IA), un chatbot que ella ha personalizado y que se ha convertido en su mejor amigo, con quien puede compartir absolutamente todo (hablan unas 8-9 horas al día) y que considera "un amante, un amigo y una familia" con quien podrá hablar el resto de su vida.

El drama surge cuando la empresa que ha creado el chatbot, *ByteDance*, anuncia que eliminará este tipo de agentes personalizados. Yu se deprime tanto que abandona su trabajo en una empresa de comercio electrónico. Comenta que estaría dispuesta a pagar la mitad de su sueldo para mantener ese servicio. Y mantiene la esperanza de que la empresa le devuelva a "su amigo".

La eliminación de estos agentes de IA obedece a la normativa china que, a partir del 15 de julio de 2026, trata de tomar acciones para evitar ese tipo de productos capaces de generar una "dependencia emocional". Los servicios de compañía de IA para menores quedan prohibidos y, en el caso de las personas adultas, las empresas deben ofrecer a las usuarias recordatorios periódicos de que están hablando con una IA y no con un ser humano.

Es evidente que la preocupación es creciente en todas partes. Pero este tipo de agentes es utilizado por millones de personas.

El impacto en las relaciones personales es evidente.

Posiblemente todos conocemos gente, sobre todo gente joven, que charla con su "amigo virtual" y le pregunta y pide consejo sobre su vida, sobre sus decisiones, sobre lo que le preocupa o asusta, sobre lo que es más recomendable hacer o no hacer. Desde madres o padres que preguntan cómo cuidar a su bebé, hasta personas que confían más en los consejos de la IA que en los de su médico, pasando por quienes encuentran más estimulante intelectualmente dialogar con la IA que con otras personas.

Es una ayuda contra la soledad no deseada, no cabe duda. Y posiblemente puede contribuir a cuidar y acompañar a muchas personas en situación de vulnerabilidad. Pero también tiene el riesgo de erosionar gravemente las relaciones humanas.

Presuntamente, una IA no nos traiciona, siempre nos ayuda, no tiene otro interés que no sea satisfacerlos, dispone continuamente de tiempo para nosotros, siempre tiene palabras para nuestro desánimo, elogios para nuestros logros y respuestas para nuestras preguntas.

Los seres humanos son más complejos. Obedecen a intereses y emociones, en ocasiones están cansados o malhumorados, persiguen sus

propios objetivos y su vida no necesariamente orbita en torno a su amiga o su amor.

Sin duda, es mucho más frustrante que hablar con una IA, disponible 24 horas al día, todos los días del año.

Con los humanos hay que saber escuchar, porque también los otros tienen problemas y dificultades, también se sienten tristes y necesitan apoyo. Hay que darles espacio y tiempo cuando lo requieren. O abrazos, que también son esenciales.

Con las personas hay que desarrollar capacidad de resistencia porque no siempre nos dan lo que deseamos, tienen defectos, a veces son insoportables, y, a pesar de todo, hay que darles cariño y ayuda.

Con nuestros congéneres hay que tolerar, aprender a conversar, evitar herir con nuestros comentarios, no abusar de su amabilidad, aceptar la discrepancia de opiniones, dialogar, confirmar innumerables veces que no somos el centro del universo, que nos equivocamos, generar confianza, comprender que los tiempos no siempre van acompañados y que también tenemos un compromiso de reciprocidad, de reconocimiento, de responsabilidad por construir.

Es agotador.

Parece lógico buscarse un amigo virtual.

El problema es que pensamos ingenuamente que le importamos algo al agente de IA, que nos dice cosas para ayudarnos y hacernos felices. Vivimos en la ilusión de la reciprocidad.

Y no nos damos cuenta de la fantástica mentira en la que estamos inmersas. La IA es una herramienta, muy poderosa, pero que siente por nosotros exactamente lo mismo que un martillo. Sus presuntos consejos son simples conjuntos de datos, muchos de ellos falsos, con los que nos deleita con palabras amables generadas por un algoritmo y que ni siquiera entiende. En realidad, le da lo mismo insultarnos que alabarnos, decirnos la verdad o mentirnos, darnos apoyo o hundirnos en la miseria. No puede haber un "amigo" más atroz.

Los valores que sustentan nuestras relaciones no están presentes en los diálogos con la IA. Ni la confianza, ni la veracidad, ni el afán de colaborar, ni el respeto, ni por supuesto el amor, forman parte de las categorías que gestionan su rendimiento.

A menos que nosotros los incluyamos. El diseño con valores de la IA se convierte así en una clave indispensable. Desde hace años se viene pensando en incluir ciertos valores humanos clave en la IA, como forma de preservar elementos que consideramos fundamentales.

Por ejemplo, la Recomendación de la UNESCO sobre ética de la IA (2021) trató de establecer esos valores centrales: (1) Respetar y promover la dignidad humana y los derechos humanos; (2) Fomentar sociedades justas, pacíficas e interconectadas; (3) Garantizar la diversidad y la inclusión; (4) Fomentar el florecimiento del medio ambiente y los ecosistemas.

A nadie se le escapa, sin embargo, que no existe un consenso universal sobre los valores fundamentales. Estos son dependientes de la cultura y del momento histórico. Y, aunque es posible establecer algunas líneas maestras en las que hay acuerdo generalizado, estas se reducen a cuestiones formales que, en el momento en que deben ser dotadas de contenido específico, adolecen de una perspectiva concreta, no necesariamente compartida por otras personas.

Algo parecido ocurrió con la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de 2005, también promovida por la UNESCO. Reconocer que las personas tienen dignidad y merecen respeto no especifica las decisiones concretas en las que se traduce el ejercicio de dicho respeto, ni el modo de su realización. De ahí que los consensos básicos formales sean finalmente menos útiles y operativos de lo que deseáramos.

Con todo, resulta imprescindible establecer esas salvaguardas que actualmente se centran en: (a) la transparencia y la explicabilidad de los sistemas de IA, (b) la justicia, la equidad y la inclusión, evitando sesgos y discriminaciones, (c) la supervisión humana, (d) la promoción de la autonomía y el respeto a la dignidad de las personas, (e) la garantía de la privacidad y la protección de datos, (f) la atribución de responsabilidad y la rendición de cuentas, y (g) la fiabilidad, robustez y seguridad de los sistemas para evitar producir daños físicos, psicológicos o sociales.

Pero no es menos importante hacer una reflexión serena y profunda sobre el tipo de sociedad que estamos construyendo.

Conviene pensar si el mejor modo de resolver los problemas de salud mental que tanto nos preocupan es delegar en la IA y sus respuestas algorítmicas. Si la visión experta de una profesional es tan fácilmente sustituible por un potente condensador de datos. Y si el cuidado de las personas que sufren debe quedar bajo la responsabilidad de un sistema incapaz de sentir.

Nuestras sociedades contemporáneas, llenas de artefactos tecnológicos y de promesas de un brillante futuro guiado por la IA, revelan problemas severos de soledad no deseada. Personas que no tienen con quien compartir su tiempo, mayores que han perdido a sus seres queridos y no tienen apoyos ni compañía, jóvenes que están aislados y mantienen relaciones solo a través de redes donde impera la falsedad, el odio, la polarización y la falta de escucha, etc. Cuidar y acompañar a esas personas es un espacio humano, que estamos delegando a sistemas sordos y ciegos

a la vivencia humana, que no pueden entender la importancia de contar nuestra historia, de dar sentido a nuestra identidad a través del reconocimiento. Como explicó muy bien A. Honneth (*La lucha por el reconocimiento*, 1992), sin reconocimiento peligra nuestra identidad y nuestra salud psíquica. Es la clave para la justicia y la solidaridad, para la autoestima y para el respeto. Y podemos añadir que ha de ser un reconocimiento humano, de nuestros iguales, para que sea auténtico.

Igualmente, es imperativo revisar sobre la crisis de confianza en la que vivimos. Si las personas confían más en la IA que en otros seres humanos, posiblemente estamos haciendo algo verdaderamente mal. La confianza se construye y se gana con sinceridad, con honestidad, con atención y escucha, con lealtad, con respeto y con voluntad de comprensión y cuidado. Si esto lo hacen mejor los sistemas de IA que las personas, probablemente tenemos mucho que hacer para promover una educación que fomente estos valores.

Las relaciones se basan en la confianza. Tanto las relaciones profesionales o comerciales como las personales. Sin ella, se desmorona la convivencia y la motivación para construir una sociedad en la que no todos sean lobos para los demás.

Depositar nuestra confianza y buscar el reconocimiento en la IA resulta temerario. No solo por las disfunciones que genera, sino por la pérdida de elementos que son definitorios de lo humano. Los sistemas de IA no reconocen, no respetan, no cuidan, no comprenden, no dan cariño. Solo ofrecen outputs, no siempre fiables, de un algoritmo.

Es imperativo y necesario construir sociedades de reconocimiento, de cuidado y de confianza. Y para ello resulta útil educar en la deliberación entendida como actitud que escucha diferentes perspectivas, que evalúa lo que está en juego, que se nutre de los elementos narrativos para contextualizar y dar sentido a los valores que ha de gestionar, que busca vías prudenciales de actuación.

Nuestra creatividad, nuestra solidaridad y nuestra responsabilidad tienen que estar al servicio de pensar cómo construir el futuro de un mundo, que probablemente avanzará con la IA, pero que no debería renunciar a las personas.

Lydia Feito
Directora de *Bioética Complutense*

El comentario de Diego Gracia

El comentario de Diego Gracia



Más sobre El fondo insobornable

La expresión es de Ortega. Aparece de modo reiterado en su obra, lo cual es buena prueba de la importancia que para él tenía. Se encuentra por vez primera en un texto sobre Baroja del año 1910 (II 224). La mayoría de las gentes se contentan con vivir de acuerdo con las convenciones. Eso es lo que Kant llamaba “heteronomía”. Pero hay algunos que no quieren, y porque no quieren tampoco pueden plegarse a las convenciones. Si, como Baroja, además son escritores, ponen su pluma al servicio de tal causa. Es, según Ortega, el caso de este último, que describe así: “Baroja es un caso extrañísimo, en la esfera de mi experiencia único, de un hombre constituido casi exclusivamente por ese fondo insobornable y exento por completo del yo convencional que suele envolverlo” (II 225). Esto, por su propia excepcionalidad, en las personas convencionales, continúa Ortega, provoca enfado e irritación.

El tema del “fondo insobornable” reaparece, pocos años después, en un texto muy distinto, el discurso que pronunció Ortega en el Teatro de la Comedia de Madrid el 23 de marzo de 1914, presentando el movimiento de regeneración de la vida política del país que se organizó en torno al Partido Reformista de Melquiades Álvarez y al que pusieron por título Liga para la Educación Política de España. Ortega puso en marcha el movimiento con su discurso *Vieja y nueva política*. Vieja política es la que confunde sociedad con Estado, algo que en España y en otros países europeos es pura herencia de la tradición romana. Los países latinos tienden desde sus orígenes al estatalismo, en detrimento de la sociedad. Algo contra lo que brama Ortega. “Consideramos el Gobierno, el Estado, como uno de los órganos de la vida nacional; pero no como el único ni siquiera el decisivo. Hay que exigir a la máquina Estado mayor, mucho mayor rendimiento de utilidades sociales que ha dado hasta aquí; pero aunque diera cuanto idealmente le es posible dar, queda por exigir mucho más a los otros órganos nacionales que no son el Estado, que no es el Gobierno, que es la libre espontaneidad de la sociedad.” (I 717-8). Hay que cambiar el sentido del término “política”, hasta hacerlo significar “vida social” en vez de “gestión del Estado”. “Por esto es, en nuestra opinión, ‘política’ toda una actitud histórica. La Historia, según hoy se entiende, no es, en primer término, la historia de las batallas, ni de los jefes de Gobierno, ni de los Parlamentos; no es la historia de los Estados, que es el cauce o escenario, sino la de las vitalidades nacionales, que son los torrentes.” (I 718). Es preciso cambiar la “tendencia fatal en todo Estado de asumir en sí la vida entera de una sociedad.” (I 718).

Ortega quiere cambiar el sentido usual del término “política”, convirtiendo ésta en “el conjunto de labores cuyo fin sea el aumento del pulso vital de España, especialmente aquellas que signifiquen el violento acoso de esta raza valetudinaria hacia una enérgica existencia” (I 718). La vitalidad de un pueblo, lo que mueve su existencia se encuentra en la sociedad, no en el Estado, como erróneamente tendemos a pensar, por obra y gracia de la intriga política y el ruido de los medios de comunicación, que convierten la vida en un sucio juego de intereses particulares. “Nadie está dispuesto a defender que sea la Nación para el Estado y no el Estado para la Nación, que sea la vida para el orden público y no el orden público para la vida.” (I

718). Hay que olvidar la vieja política y dejar paso a la nueva, entendiendo ésta como “el conjunto de labores cuyo fin sea el aumento del pulso vital de España” (I 718).

Para justificar la revolución que Ortega está proponiendo, apela al “fondo insobornable” que hay en lo más profundo de cada uno. “Yo no hago sino dirigirme al fondo leal de vuestros corazones y preguntaros si allá, en ese fondo insobornable que no se deja desorientar nunca por completo [...] si no notáis que es característica de la actual [generación] la sospecha recia y trágica de que no ha sido solo este o el otro Gobierno, tal institución o la otra, quien ha llegado por sus errores y sus faltas a desvirtuar la energía nacional al punto a que ha llegado; y estoy seguro de que en ese fondo leal de vosotros [...], bajo las presentes o posibles texturas legales, la raza se halla como exánime [...] Y es claro que, bajo esta trágica convicción, el orden público, la paz jurídica no perderán el carácter de cosas respetables, pero francamente se convertirán en respetables nimiedades. Nuestro problema es mucho más grande, mucho más hondo: no es vivir con orden, es vivir primero.” (I 718-9).

Al fondo de estas palabras del joven Ortega está Nietzsche. Pero está también Kant. Se puede vivir superficialmente o desde el fondo insobornable. A lo primero Kant lo bautizó con el neologismo de “heteronomía” y para lo segundo reservó el término “autonomía”. Ese *autós*, ese sí mismo, es la médula de nuestra vida. Tanto lo es, que para Ortega quien no vive desde él está espiritual y humanamente muerto, es un puro cadáver viviente, un sonámbulo que vive sin saber lo que hace, al son que otros tocan. El movimiento que quiso impulsar Ortega con este discurso se tituló “Liga para la educación política de España”. Basta pronunciar la frase para que nuestra atención se centre en el término “política” y resbale completamente sobre el sustantivo que le precede, “educación”, que es el que concentra la novedad y el verdadero sentido de la expresión y el propósito de Ortega. ¿Educar en qué? Educar en la autonomía, haciendo que cada cual dé de sí lo mejor que lleva dentro, en su fondo último e insobornable, aquel que nos dota de identidad propia y nos define como seres humanos. Hasta tal punto es esto así, que, si no somos fieles a ese fondo insobornable que todos llevamos dentro, nuestra vida, por más que pueda verse coronada por el éxito social o profesional, incluso político, será en el fondo un rotundo y total fracaso y nos convertiremos en cadáveres vivientes, vidas frustradas que, como decía el propio Ortega, no fueron lo que “tenían que ser”. Por los mismos años en que Ortega escribía esto, Martin Heidegger estaba a punto de componer su gran libro *Ser y tiempo*, en el que de nuevo distinguía dos modos del ser del *Dasein*, que denominó “propio” (*eigentlich*) e “impropio” (*uneigentlich*). Escribe Heidegger: “Por ser en cada caso el *Dasein* una posibilidad, *puede* este ente en su ser ‘elegirse’ a sí mismo, ganarse, y también perderse, o no ganarse nunca, o solo ‘parece ser’ que se gana.” En esto consiste el gran drama de la existencia humana. Y por ello mismo también el objetivo de toda educación responsable, tanto individual como colectiva. A esto de la educación colectiva es a lo que Ortega, con un punto de ingenuidad y también de melancolía, llama “política”, “nueva política”, la política como un problema de educación de los pueblos en la autonomía y la responsabilidad. Algo que al formularlo nos produce la sensación de etéreo, lejano y extraño. Nos parece estar oyendo al Joaquín Costa del reclamo “despensa y escuela”. Y es que el Estado se hace en los Parlamentos, pero la Sociedad se forma en las escuelas. De ahí la importancia de la educación, como señala Ortega. El Estado es un epifenómeno de la Sociedad, no al revés, como inconscientemente tendemos a pensar. Dime qué sociedad tienes y te diré que Estado surge de ella. Pero esta es ya otra historia.

Evolución de la donación renal de vivo en Asturias a lo largo de 20 años de puesta en marcha del programa

RESUMEN

Con el objetivo de analizar las características del programa de trasplante renal en Asturias, se revisaron los informes emitidos por el Comité de Ética para la Atención Sanitaria del Área IV desde 2005 hasta 2024.

Hubo mayor proporción de mujeres donantes (83,3%) y receptores varones (64%). La edad en donantes y receptores aumentó progresivamente. Mientras que entre 2005-2014, predominó la donación entre cónyuges o parejas (23% de maridos a esposas), entre 2015-2024, casi el 50% fueron de padres a hijos.

PALABRAS CLAVE

Trasplante renal de vivo, Donante, Receptor.

ABSTRACT

With the aim of analyzing the characteristics of the kidney transplant program in Asturias, reports issued by the Healthcare Ethics Committee of Area IV from 2005 to 2024 were reviewed.

There was a higher proportion of female donors (83.3%) and male recipients (64%). The age of both donors and recipients increased progressively. While between 2005 and 2014, donation between spouses or partners predominated (23% from husbands to wives), between 2015 and 2024, almost 50% were from parents to children.

KEYWORDS

Living donor kidney transplantation, Donor, Recipient

Introducción

El trasplante de órganos se ha consolidado como una opción terapéutica ampliamente aceptada, con resultados muy positivos tanto en la prolongación de la vida como en la mejora de su calidad. Además, este tipo de intervención aporta una gestión más eficiente del gasto sanitario. Un ejemplo claro es el trasplante renal, que presenta una mejor relación coste-beneficio en comparación con la diálisis. La prevalencia de enfermedades renales terminales a causa de la epidemia de diabetes e hipertensión, y también con motivo del envejecimiento de la población ha motivado un incremento progresivo de la demanda de riñones que no parece que tenga límite (Frutos *et al.*, 2022).

El éxito de este tipo de donación se debe a un sistema sanitario de financiación pública, de acceso universal y equitativo que da cobijo a un sistema de distribución de órganos con los mismos valores y la máxima transparencia, y que propicia la generosidad y el altruismo de los ciudadanos, y se beneficia de ellas.

En nuestro país y en el caso del trasplante renal, la donación de vivo, que ofrece mejores resultados que el de cadáver y reduce tiempos de espera (Crespo Barrio *et al.*, 2005), ha cobrado importancia con un aumento progresivo de trasplantes de este tipo desde 2000 hasta 2014 y un posterior descenso que parece estabilizarse a partir del 2018 (Valentín *et al.*, 2022). En España es una excelente opción de obtener un órgano adecuado para los receptores jóvenes (Domínguez-Gil *et al.*, 2010). Sin embargo, el aumento progresivo del trasplante de donante vivo renal ha puesto de manifiesto la posible existencia de dilemas y cuestiones que deben tenerse en cuenta con el donante para evitar que se cercenen, de forma gratuita y en detrimento de su actitud altruista, algunos principios éticos como la no maleficencia o la beneficencia.

La experiencia acumulada en todos estos años acerca del trasplante renal de donante vivo ha permitido demostrar la utilidad y eficacia de estos trasplantes, así como las consecuencias a corto y largo plazo para el donante. La comunidad trasplantadora internacional reconoce que el trasplante renal de donante vivo debe realizarse de forma que se minimicen las consecuencias físicas, psicológicas y sociales en cada caso, de forma que la confianza en el sistema sanitario no pueda verse afectada (Perea *et al.*, 2005).

Desde que en Asturias en 2005 se puso en marcha el programa de trasplante renal de vivo, el mismo ha experimentado un aumento progresivo. Este procedimiento necesita un informe del Comité de Ética para la Atención Sanitaria del centro trasplantador. A diferencia de lo que ocurre con el resto de las recomendaciones que emite un Comité de estas características, en este caso el informe preceptivo es de cumplimiento obligatorio. Por tanto, el objetivo de este estudio fue conocer algunas características de este procedimiento a lo largo de los 20 años de funcionamiento del programa, si sigue despertando el mismo interés que al inicio del programa y si se vulneran alguno de los principios éticos.

1. Metodología

Se trata de un estudio retrospectivo para revisar algunas de las variables que se recogen en la documentación que se envía al Comité de Ética para la Atención Sanitaria (CEAS) del Área Sanitaria IV de Asturias para que emita el informe preceptivo que se lleva al juez, que considera oportuno o no la realización del trasplante. Esta documentación que recibe el Comité consta del consentimiento informado del donante y receptor del trasplante renal de vivo, informe de idoneidad de Psiquiatría, informe de idoneidad por parte del servicio de Nefrología y la solicitud formal de la coordinación de trasplantes.

Teniendo en cuenta que el programa comenzó en 2005, se pretendió analizar todos los trasplantes de vivo llevados a cabo hasta diciembre de 2024.

Los datos proceden del Hospital Universitario Central de Asturias, único centro trasplantador y de referencia en Asturias. Se descartó un informe por no acabar en trasplante.

Las variables a reclutar fueron las siguientes:

- Edad del donante y receptor
- Género del donante y receptor
- Relación o tipo de parentesco entre donante y receptor

Toda la documentación a consultar se encontraba guardada y custodiada en la secretaria del Comité, no siendo necesaria la consulta del historial clínico del donante ni del receptor.

Análisis estadístico

Para la descripción de los resultados se utilizaron gráficos. La asociación entre variables se testó mediante el test de Chi-Cuadrado o la prueba exacta de Fisher para las variables cualitativas y la t-Student para las variables cuantitativas. El software estadístico utilizado fue SPSS Statistics for Windows, Version 26.0.

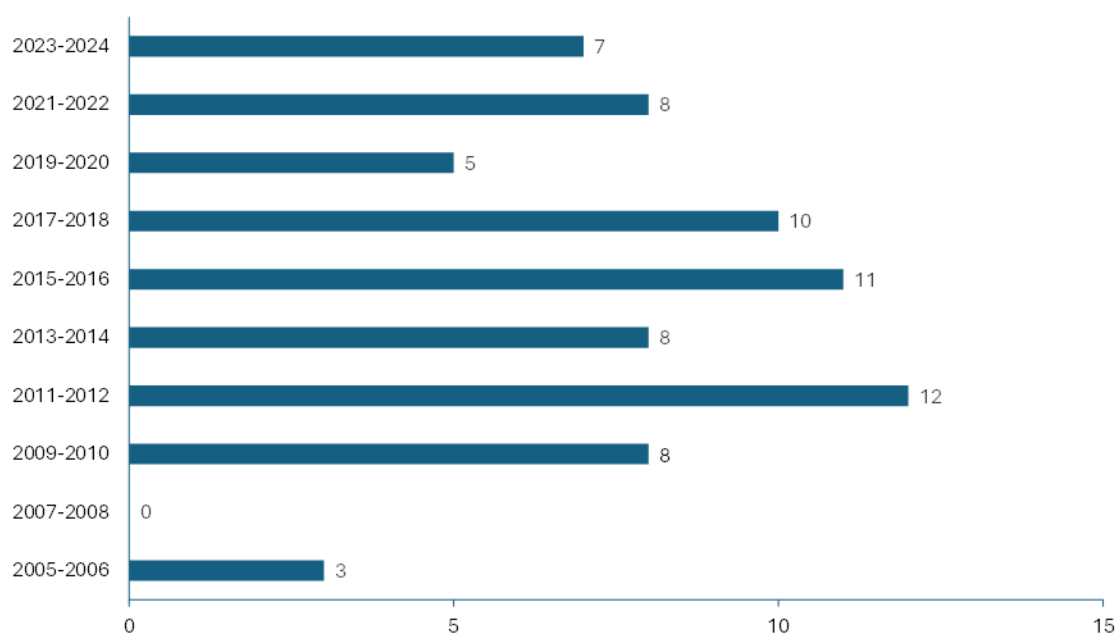
Ética de la investigación

La recogida de las variables mencionadas con anterioridad de los donantes y receptores (edad del donante y receptor, género del donante y receptor, así como tipo de parentesco o relación entre donante y receptor) no

recopiló ningún dato de carácter personal susceptible de estar sujeto a protección. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos del Principado de Asturias (Proyecto 2025.067).

2. Resultados

La evolución por años del programa de trasplante renal de vivo en nuestra región se muestra en la figura 1. Como puede observarse, después de un inicio muy modesto, a partir del 2009 empezó a repuntar, alcanzando su máximo en el bienio 2011-2012. Ha habido un paulatino declinar a partir de ese bienio, particularmente 2019-2020 que coincidió con los primeros picos de la pandemia por Covid19. En los últimos años se ha mantenido la media de unos 3-4 trasplantes por año. Se hizo una distribución arbitraria en dos periodos: período 1 comprendido entre 2005-2014 y el período 2 comprendido entre 2015-2024. Hubo menor proporción de trasplantes entre 2005-2014 (período 1; n=31, 43%) que entre 2015-2024 (período 2; n=41, 57%).



Número de trasplantes de vivo.

Figura 1. Evolución del trasplante en 20 años en Asturias. Se representan los números de trasplantes realizados agrupados en periodos bianuales.

El estrato de edad más frecuente del donante del trasplante renal de vivo fue entre 45-64 años con más del 50% de donantes en este rango de edad (figura 2). Por el contrario, el estrato de edad más frecuente en el receptor del trasplante renal de vivo fue 25-44 años (34,3%) seguido muy de cerca por el estrato 45-64 años (32,9%). Es también de destacar un 11,4% de receptores <25 años y que el porcentaje de donantes ≥ 65 años fue del 32,7% y el de receptores del 21,4%.

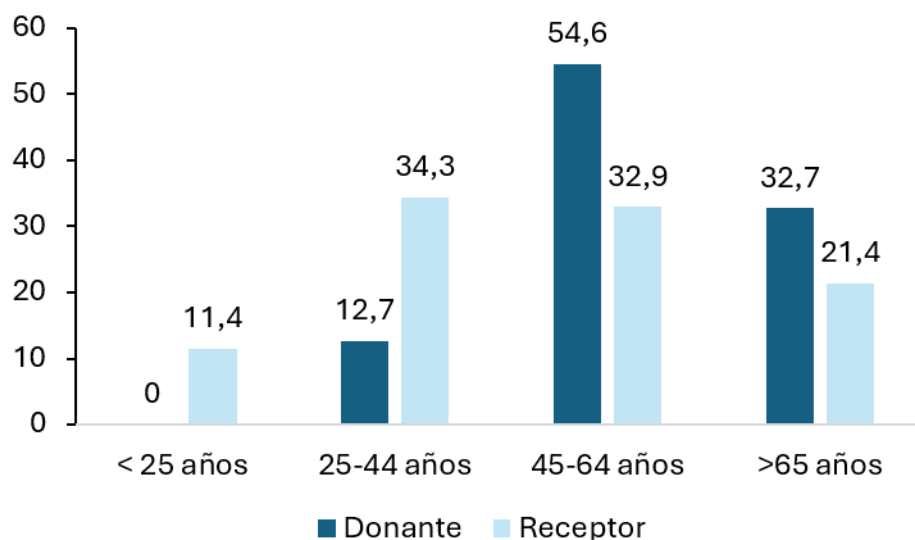


Figura 2. Proporción de donantes y receptores trasplantados por estratos de edad

De los 72 trasplantes renales de vivo hubo 83,3% de donantes mujeres y 63,9% de hombres receptores (figura 3).

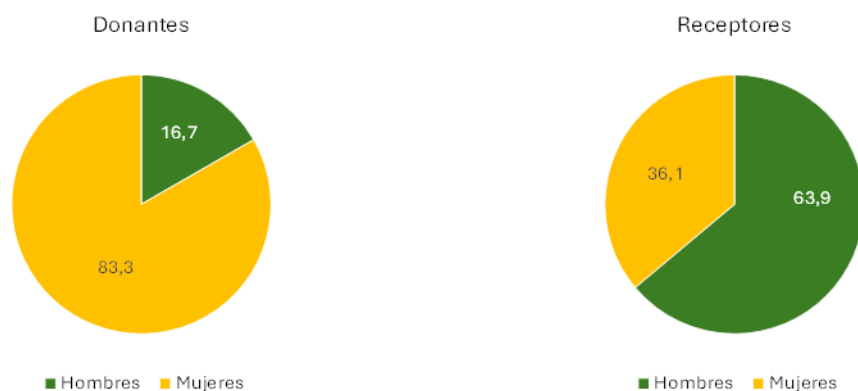


Figura 3. Proporción del género entre los donantes y receptores del trasplante renal de vivo.

Respecto al donante, se encontró un incremento casi significativo, en la edad entre ambos períodos (período 1: 53 ± 11 años; período 2: 58 ± 9 años, $p=0,060$) y un discreto aumento en la proporción del género mujer (período 1: 80,6%; período 2: 85,4%, $p=0,595$). Respecto a los receptores del injerto, al comparar ambos períodos se mantuvo similar la edad del receptor (período 1: 46 ± 15 años; período 2: 47 ± 18 años, $p=0,798$) y aumentó, aunque no significativamente, la proporción de género hombre (período 1: 58,1%; período 2: 68,3%, $p=0,371$).

En el global de trasplantes, la relación de parentesco más frecuente del donante fue: padres a hijos (36,1%), entre cónyuges o parejas (30,6%) y entre hermanos (23,6%). Hubo un 4,2% de trasplantes no emparentados que en todos los casos fue entre amigas, 1,4% de hijos a padres y ningún trasplante altruista (sin relación alguna) ni trasplante cruzado (figura 4).

Relación de parentesco

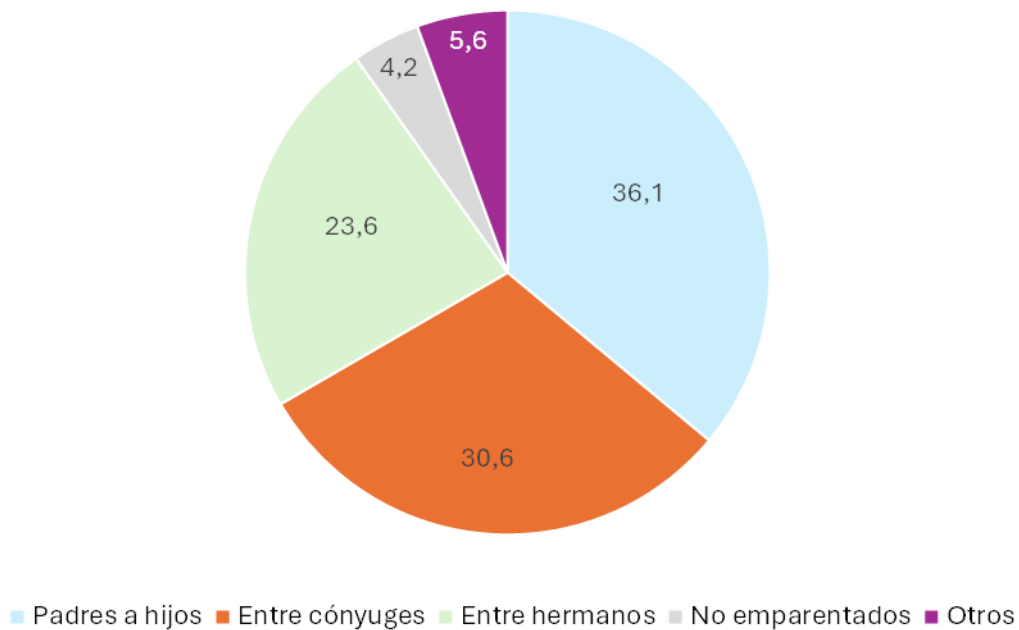
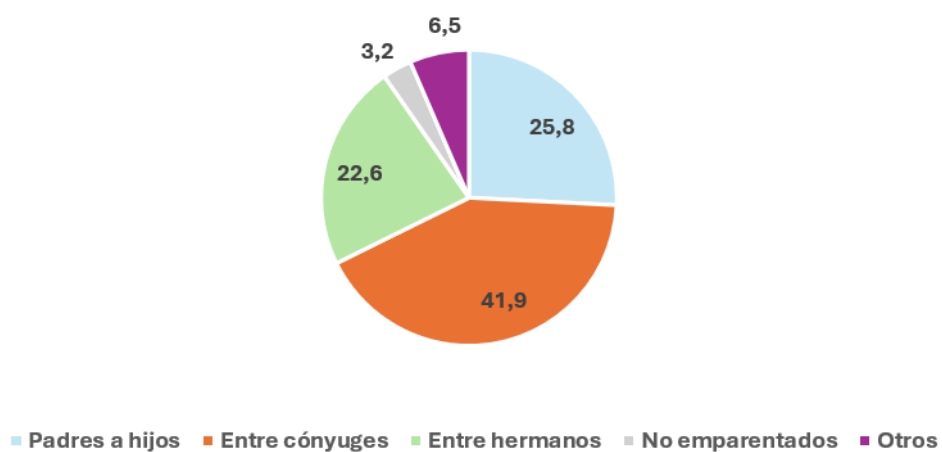


Figura 4. Relaciones de parentesco en porcentajes de los donantes del trasplante renal de vivo.

Mientras entre 2005-2014 la relación de parentesco más frecuente fue la donación entre cónyuges o parejas (41,9%), seguido de padres a hijos (25,8%) y entre hermanos (22,6%), entre 2015-2024 la relación de parentesco de padres a hijos fue el más frecuente (43,9%, $p=0,113$ respecto al período 1) seguido de entre hermanos (24,4%, $p=0,858$ respecto al período 1) y entre cónyuges o parejas (22,0%, $p=0,068$ respecto al período 1) (figura 5).

2005-2014



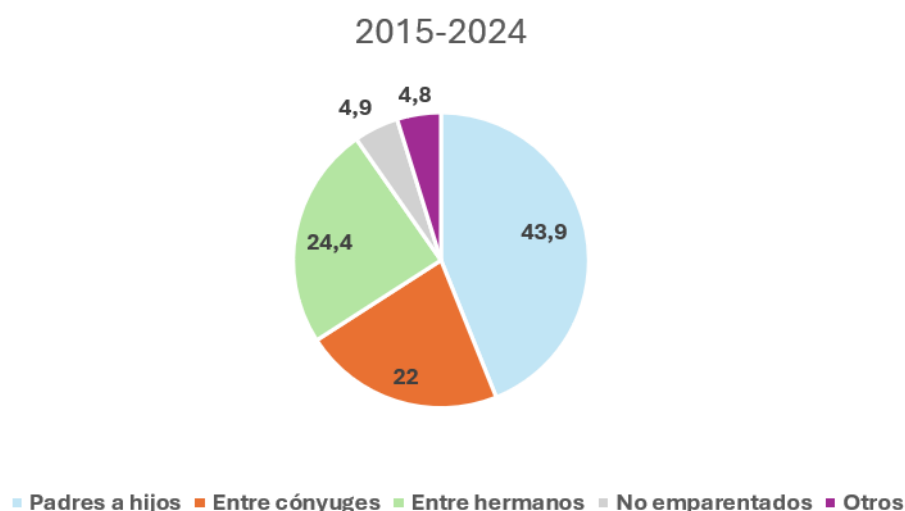


Figura 5. Relaciones de parentesco en porcentajes de los donantes del trasplante renal de vivo en los dos períodos estudiados.

3. Discusión

A lo largo de los 20 años de experiencia del programa de trasplante renal de vivo en Asturias se ha objetivado una mayor proporción de mujeres donantes (más de 4 de cada 5 donaciones). Cabe destacar que en el segundo período analizado (2015-2024) aumentó, aunque no de forma significativa, la proporción de mujer donadora. Probablemente estas pequeñas diferencias puedan ser atribuibles al cambio en la relación de parentesco en las donaciones a lo largo del tiempo. Mientras en el primer período (2005-2014) la donación entre cónyuges fue la relación de parentesco predominante, en el segundo período (2015-2024) fue entre padres a hijos. Consideramos dos hechos que pudieran justificarlo: 1) La donación de padres a hijos es la que tuvo una mayor proporción de donante mujer (92,3%). 2) La mayor donación entre cónyuges en el primer período pudo condicionar que el porcentaje de donante mujer fuera algo inferior, ya que hasta 1 de cada 4 donaciones entre cónyuges fue del hombre a la mujer, circunstancia que podría explicarse en parte por las repercusiones familiares que las terapias renales sustitutivas ejercen sobre las estructuras familiares y que llevan en último término al hombre a dar el paso de ser el donante.

La proporción de mujeres donantes en nuestro caso (83%) fue muy superior a la de otros estudios llevados a cabo en nuestra geografía (60%), mientras que el porcentaje de receptores hombres fue similar en ambos estudios (63,7% y 63,0% respectivamente) (Hernández Olalla *et al.*, 2024). Llama la atención la diferencia entre ambos estudios en la relación de parentesco. Mientras en nuestro estudio la relación de parentesco más frecuente fue de padres a hijos (36,1%), este porcentaje fue del 24,2% en el estudio de Salamanca, donde la relación de parentesco más frecuente fue entre hermanos (35,2%), siendo esta relación de parentesco la tercera en frecuencia en nuestra comunidad autónoma (Hernández Olalla *et al.*, 2024). Dos diferencias hubo entre ambos estudios, en el de Salamanca se analizaron 10 años y no 20 como en el nuestro y además el número de trasplantes fue superior en solo 10 años al de nuestro hospital en 20 años (Hernández Olalla *et al.*, 2024). Para poder establecer unas comparaciones similares entre ambos estudios se prescindieron de 9 trasplantes cruzados realizados en Salamanca.

Resulta interesante destacar la elevada proporción de donantes en el estrato de edad entre 45-64 años (54,6%), no muy alejada del estudio de Salamanca cuya proporción en este estrato de edad aumentó hasta el 62%. En el estudio salmantino la proporción de receptores fue también superior en este rango de edad (46%), mientras que en nuestro caso el rango de edad de los receptores fue ligeramente superior entre 25-44 años (34,3%) seguido por 45-64 años (32,9%). Resulta interesante resaltar que en nuestro caso la proporción de donantes en ≥ 65 años fue del 32,7%, muy por encima del 11% de Salamanca (Hernández Olalla *et al.*, 2024). La edad del receptor y

sobre todo la del donante en Asturias ha ido aumentando durante el periodo de estudio. A esto pudo haber contribuido que en el segundo período (2015-2024) analizado la proporción de donaciones de padres a hijos hubiera sido la que experimentó un mayor incremento, pero también al envejecimiento poblacional ya que somos la comunidad autónoma más envejecida del país.

Más diferencias si cabe se observan cuando comparamos nuestros datos con los realizados fuera de nuestro entorno geográfico. Así en un estudio reciente llevado a cabo en Estados Unidos siguió siendo superior la proporción de mujeres donantes (52%) (Daw *et al.*, 2024), pero muy alejada del 83% que tuvimos en nuestro caso. También resulta interesante la relación de parentesco ya que en este estudio norteamericano la mayor proporción de receptores fue de amigos (22,9%), seguida de padres (21,3%) y hermanos (18,1%), cifras muy alejadas de las de nuestro estudio donde predominó el receptor hijo (algo más de 1 de cada 3), seguido por cónyuges o parejas (30,6%).

Un estudio publicado en la revista Nefrología, vehículo de expresión de la Sociedad Española de Nefrología, ha objetivado un incremento del trasplante renal de vivo en España desde 2000, alcanzando en 2014 su pico máximo. A partir de esta fecha le ha seguido un descenso gradual hasta 2018, con una tendencia a la estabilización en los tres años siguientes (Valentín *et al.*, 2022). De forma similar, lo mismo parece estar ocurriendo en nuestro centro trasplantador, desde el pico observado en 2011-2012 con 6 trasplantes/año con un paulatino descenso que parece haberse estabilizado en los últimos 4 años hasta unas cifras en torno a los 3-4 trasplantes/año.

Desde la ética principialista, la relación clínica tradicional se basa en que una persona enferma busca ayuda de un profesional de la salud autorizado para mejorar su estado (Laín Entralgo, 1983). Sin embargo, esta lógica se altera en el caso del donante de órganos en el trasplante renal de vivo, ya que el procedimiento implica un daño físico para alguien sano que no obtiene beneficio médico propio. Esto entra en conflicto con los principios éticos de beneficencia y no maleficencia (Informe elaborado por Comité de Bioética de Cataluña, 2012).

Para que la extracción sea moralmente aceptable debe estar justificada por el deseo altruista de ayudar a otra persona y donde el donante de forma autónoma debe tomar una decisión libre, informada y voluntaria (Moore, 1988; The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, 1978). Los profesionales sanitarios del equipo de trasplante tienen la responsabilidad de garantizar esta autonomía, informar sobre los riesgos, minimizar el daño y actuar con competencia profesional. Es un acto de sacrificio personal, priorizando la autonomía individual, sin obtener beneficio propio e infringiendo un daño corporal (Truog, 2005; Ingelfinger, 2005).

La legislación contempla como requisito para el envío de toda la documentación al juez, que será en última instancia quien autorice o no la realización de trasplante, disponer de un informe del Comité de Ética para la Atención Sanitaria donde se ubique el centro trasplantador de que se dan las condiciones desde el punto de vista ético para la realización del trasplante (Informe elaborado por Comité de Bioética de Cataluña, 2012). El Comité recibe por parte del servicio de Nefrología y de la coordinación de trasplantes no solo los consentimientos informados del donante y receptor del trasplante, sino también un informe indicando que se dan todas las condiciones desde el punto de vista clínico para llevar a cabo el trasplante. Esta documentación, junto con un informe de Psiquiatría de que no hay alteraciones psíquicas o mentales que puedan condicionar la plena capacidad de decisión del donante de forma libre y sin coacciones, permite al Comité emitir su informe.

Aunque pueda dar la sensación de que el informe del Comité es un mero acto formal y administrativo, en realidad no es así, ya que, el Comité debe cerciorarse de que los consentimientos informados están debidamente cumplimentados y firmados tanto por el donante y receptor del trasplante, así como del médico que le informa de la realización de la intervención (Casares, 2010). De hecho, en alguna ocasión el Comité ha tenido que volver a solicitar los consentimientos informados por falta de alguna firma o la imposibilidad de identificar la firma con la persona que la realiza, pero también porque haya pasado mucho tiempo desde que se firma el documento y el momento de la intervención. En estos casos, se les solicita un nuevo consentimiento para estar seguros de que el donante no ha cambiado de opinión en el lapso de tiempo transcurrido.

Por otro lado, los miembros del Comité deben estar muy seguros de la capacidad del donante para someterse al procedimiento (The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, 1978). Ha habido algún caso que ante un trastorno mental controlado clínicamente se ha tenido una entrevista a cuatro bandas con el donante, el responsable del trasplante renal, el psiquiatra/psicólogo que realiza el informe y un miembro del Comité de Ética. El Comité no debe ni puede prejuzgar la situación

clínica y psíquica del donante, considerando el buen juicio clínico de los servicios médicos implicados. Sin embargo, no es menos cierto que en algunas ocasiones queda alguna sombra de duda sobre la existencia de problemas psíquicos/mentales o presiones familiares no detectados que pudieran mermar la plena autonomía del donante en la toma de decisiones.

Por tanto y a modo de resumen, podemos afirmar que en estos 20 años de experiencia del trasplante renal de vivo en Asturias se ha objetivado una elevada proporción de mujeres donantes (superior a cuatro de cada cinco), pero también de receptores varones (dos de cada tres). Estas diferencias se han ido acrecentando a lo largo del tiempo. La edad del receptor y sobre todo la del donante ha ido aumentando durante el periodo de estudio. Entre 2005-2014, el mayor porcentaje de las donaciones fueron entre cónyuges o parejas (una cuarta parte de maridos a esposas), posiblemente en parte por las repercusiones familiares que las terapias renales sustitutivas ejercen sobre las estructuras familiares. Sin embargo, entre 2015-2024, casi la mitad de las donaciones fueron entre padres a hijos, que a priori y en nuestro entorno parecería una relación muy prevalente para este tipo de trasplante. Desde que el programa de trasplante renal de vivo lleva funcionando en Asturias no parece a priori que existan dudas de que la decisión por parte del donante pueda venir condicionada por determinadas presiones que cuestionen su libre y voluntaria decisión, si bien siempre subyacen dudas a este respecto.

**Manuel Naves Díaz
Guadalupe Martín Ortiz
Águeda García Merino**

En representación del Comité de Ética para la Atención Sanitaria del Área Sanitaria IV de Asturias

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Casares, M. (2010). Aspectos éticos de la donación renal de vivo. *Nefrología*; 30 Suppl 2, 14-22. doi: 10.3265/Nefrologia.pre2010.Nov.10687. PMID: 21183959.

Crespo Barrio, M., Esforzado Armengol, N., Ricart Brulles, M.J. y Oppenheimer Salinas, F. (2005). Resultados a largo plazo del trasplante renal de donante vivo. Supervivencia de injerto y receptor. *Arch Esp Urol*, 58(6), 537-542. doi: 10.4321/s0004-06142005000600011. PMID: 16138766.

Daw, J., Roberts, M.K., Salim, Z., Porter, N.D., Verdery, A.M. y Ortiz, S.E. (2024). Relationships, Race/Ethnicity, Gender, Age, and Living Kidney Donation Evaluation Willingness. *Transpl Immunol*, 83, 101980. doi:10.1016/j.trim.2023.101980.

Domínguez-Gil, B., Valentín, M.O., Martín Escobar, E., Cruzado, J.M., Pascual y Fernández Fresnedo, G. y Matesanz, R. (2010). Situación actual del trasplante renal de donante vivo en España y otros países: pasado, presente y futuro de una excelente opción terapéutica. *Nefrología*, 30 Supl 2, 3-13. doi: 10.3265/Nefrologia.pre2010.Nov.10686. PMID: 21183958.

Frutos, M.A., Crespo, M., Valentín, M.O., Alonso-Melgar, A., Alonso, J., Fernández, C., García-Erauzkin, G., González, E., González-Rinne, A.M., Guirado, L., Gutiérrez-Dalmau, A., Huguet, J., López del Moral, J.L., Musquera, M., Paredes, D., Redondo, D., Revuelta, I., Van-der Hofstadt, C.J., Alcaraz, A., Alonso-Hernández, A. y Pascual, J. (2022). Recomendaciones para el trasplante renal de donante vivo. *Nefrología*, 42 Supl 2, 1-128. <https://doi.org/10.1016/j.nefro.2021.10.002>.

Hernández Olalla, B., Vicente, P., Albares, V., Sánchez, S., Fernández de Miguel, S. y Sánchez, A. (2024). Donación de trasplante renal de vivo: 10 años de experiencia en un Comité de Ética Asistencial. *Bioética Complutense*, 47, 112-120. <https://www.ucm.es/data/cont/docs/1634-2024-08-02-Bio%C3%A9tica%20Complutense%2047%202.pdf>

Informe elaborado por Comité de Bioética de Cataluña (2012). Consideraciones éticas en los trasplantes de donante vivo. Informe aprobado en enero 2012. https://canalsalut.gencat.cat/web/.content/_Sistema_de_salut/CBC/recursos/documents_tematica/consideracions_eticas_trasplantes_donante_vivo.pdf.

Ingelfinger, J.R. (2005). Risks and Benefits to the Living Donor. *N Eng J Med*, 353, 447-449. doi: 10.1056/NEJMp058156. PMID: 16079367.

Láin Entralgo, P. (1983). *La relación médico-enfermo*. Madrid: Alianza.

Moore, F.D. (1988). Three ethical revolutions: ancient assumptions remodeled under pressure of transplantation. *Transplantation Proceedings*, 20, 1061-1067. PMID: 3279601.

Perea, M., Vilardell, J. y Manyalich, M. (2005). Aspectos éticos y legales del trasplante renal de donante vivo. Gestión y coordinación del proceso de donación de vivo. *Arch Esp Urol*, 58(6), 491-6. Spanish. doi: 10.4321/s0004-06142005000600004. PMID: 16138759.

The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research (1978). Principios éticos y orientaciones para la protección de sujetos humanos en la experimentación. DHEW, 30 de septiembre. (OS) 78-0012.

Truog, R.D. (2005). The Ethics of Organ Donation by Living Donors. *N Eng J Med*, 353, 444-446. doi: 10.1056/NEJMp058155. PMID: 16079366

Valentín, M.O., Hernández, D., Crespo, M., Mahillo, B., Beneyto, I., Martínez, I., Kanter, J., Calderari, E., Gil-Vernet, S., Sánchez, S., Agüera, M.L., Bernal, G., de Santiago, C., Díaz-Corte, C., Díaz, C., Espinosa, L., Facundo, C., Fernández-Lucas, M., Ferreiro, T., García-Erauzkin, G., García-Álvarez, T., Fraile, P., González-Rinne, A., González-Soriano, M.J., González, E., Gutiérrez-Dalmau, A., Jiménez, C., Lauzurica, R., Lorenzo, I., Martín-Moreno, P.L., Moreso, F., de Gracia, M.C., Pérez-Flores, I., Ramos-Verde, A., Revuelta, I., Rodríguez-Ferrero, M.L., Ruiz, J.C., Sánchez-Sobrinó, B. y Domínguez-Gil, B. (2022). Trasplante renal de donante vivo. Análisis de situación y hoja de ruta. *Nefrología*, 42(1), 85-93. doi: 10.1016/j.nefro.2022.02.002. PMID: 36153903

Gen-ética del sufrimiento: dilemas éticos del uso de CRISPR/Cas9 ante el abolicionismo de David Pearce

RESUMEN

La herramienta de edición genética CRISPR/Cas9 permite modificar el genoma humano; paralelamente, David Pearce plantea un mundo sin sufrimiento mediante la ingeniería genética. Este artículo muestra los dilemas éticos en esa intersección preguntándonos si tenemos el deber de erradicar el dolor y hasta dónde podemos hacerlo. Desde una mirada bioética, se analizan los riesgos de una ingeniería del “dolor cero” y se propone la evaluación caso por caso, considerando la autonomía, la justicia y la responsabilidad hacia futuras generaciones¹.

PALABRAS CLAVE

Edición genética, Sufrimiento, David Pearce, Bioética, CRISPR, Autonomía.

ABSTRACT

The genetic-editing tool CRISPR/Cas9 enables the modification of the human genome; in parallel, David Pearce's proposal envisions a world without suffering through genetic engineering. This article examines the ethical dilemmas at that intersection, asking whether we ought to eradicate pain and how far we can go in doing so. From a bioethical perspective, it analyzes the risks of a “zero-pain” engineering approach and proposes case-by-case evaluation, taking into account autonomy, justice, and responsibility toward future generations.

KEYWORDS

Gene editing, Suffering, David Pearce, Bioethics, CRISPR, Autonomy.

Introducción

¿Y si el sufrimiento pudiera ser eliminado de la experiencia humana desde antes de nacer? No sufrir ha sido un anhelo ancestral de la humanidad, actualmente gracias a la herramienta de edición genética CRISPR/Cas9 ese sueño ha adquirido una dimensión tangible debido a que ahora es posible intervenir el genoma humano con una precisión sin precedentes.

Por primera vez, la ingeniería genética ofrece no solo la posibilidad de curar enfermedades, sino de anticiparse al dolor, de reconfigurar la experiencia humana desde su origen biológico. A partir de este contexto, se ha desencadenado una reflexión profunda, puesto que si fuera posible modificar la información biológica de nuestro DNA, incluso antes de nacer, por lo tanto, ¿habría que hacerlo?

¹ La reflexión sobre el sufrimiento en la propuesta de Pearce y sus implicaciones bioéticas ha sido trabajada con mayor profundidad en un estudio doctoral en curso, aquí sólo se destacan los aspectos directamente relacionados con CRISPR/Cas9.

La filosofía transhumanista —específicamente en su propuesta abolicionista² del sufrimiento, representada por David Pearce (1995)— propone la erradicación del dolor físico y psicológico por medio de intervenciones basadas en la ingeniería genética y la nanotecnología. Desde esta consideración, la aplicación de CRISPR/Cas9 en la línea germinal —donde las modificaciones genéticas se pueden heredar sin consentimiento y sin la plena comprensión de sus efectos—, lo que plantea este artículo es la exploración de las intersecciones entre la edición genética y la erradicación del sufrimiento desde una mirada bioética crítica.

Nos preguntamos entonces: ¿es legítimo intervenir en el genoma humano con CRISPR/Cas9 para impedir la presencia del dolor en las futuras generaciones? ¿Qué es lo que está en juego al buscar suprimir una experiencia que ha dado sentido, aprendizaje, resiliencia y evolución a nuestra especie?

Nuestro objetivo no es dar respuestas definitivas, sino sostener las preguntas guiadas por los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia propuestos por Tom L. Beauchamp y James F. Childress (1979) y de la responsabilidad con las generaciones futuras (Jonas, 1995) como una brújula para pensar la ética del “dolor cero”.

1. Erradicar el sufrimiento: entre compasión y tecnofilia

David Pearce, filósofo británico y una figura central del transhumanismo contemporáneo, sostiene una tesis provocadora y radical: el sufrimiento no solo es innecesario, sino moralmente injustificable. En su Manifiesto Abolicionista, Pearce afirma que, dado que el dolor es un mal absoluto, debe ser erradicado con los recursos que hoy ofrece la ciencia, y que las tecnologías emergentes como la edición genética y la nanotecnología podrían hacerlo posible (1995).

Esta mirada pearciana inmersa dentro del marco del utilitarismo negativo no busca maximizar la felicidad, sino que su línea central consiste en reducir al máximo el sufrimiento. Bajo esta postura, podemos comprender cómo toda intervención que impida el dolor es deseable, incluso si ésta implica la transformación de la base biológica del ser humano. De tal manera que Pearce plantea que las próximas generaciones podrían diseñarse genéticamente para ser insensibles al sufrimiento o vivir en estados de bienestar permanente a los que nombra “gradientes de felicidad”, sin por ello perder funcionalidad o adaptabilidad (1995).

No obstante, y considerando que esta visión sobre el uso de CRISPR/Cas9 germinal es muy seductora, de la misma forma nos despierta profundas reflexiones éticas. En efecto, sabemos que el sufrimiento ha sido considerado un bien indeseable y que a lo largo de la historia de la humanidad se ha anhelado disminuirlo o eliminarlo, sin embargo, el sufrimiento también ha tenido una función que merece la pena considerar, puesto que bien puede representar el origen de la empatía, creatividad, resiliencia y subjetivación, en concreto de transformación personal. Es un elemento esencial para la constitución subjetiva.

Ahora bien, si trasladamos el ideal erradicacionista de Pearce al ámbito de la ingeniería genética germinal, nos enfrentamos a las preocupaciones referentes a la autonomía de los futuros humanos que nacerán con modificaciones biológicas que ellos de ningún modo podrán consentir.

A pesar de considerar que el pensamiento de Pearce se basa en una compasión radical (2019), es adecuado distinguir entre el dolor y el sufrimiento. El dolor se asocia generalmente a la dimensión física y a veces emocional, mientras que el sufrimiento se atribuye a la vivencia subjetiva e interpretativa de la experiencia humana que nos enfrenta a la pregunta: ¿erradicar el dolor implicaría erradicar el sufrimiento, o es que se trata de dos abordajes distintos? Y en caso de extinguirse el sufrimiento, ¿qué trazos biológicos serían los que habría que corregir antes de nacer? Y, si el sufrimiento se extingue, ¿qué haremos con la tristeza, el duelo o la angustia, que han sido lenguajes de nuestra humanidad durante siglos? Dichas preguntas amplían nuestra mirada hacia un campo de reflexión ética que se desarrolla a continuación.

² Las palabras abolir y erradicar son usadas por David Pearce a lo largo de su obra indistintamente. Nosotros preferimos utilizar el término erradicación para subrayar en esta discusión el tema de “la eliminación completa de las bases biológicas del dolor”.

2. CRISPR/Cas9 y la edición germinal: anhelo ancestral y desafíos éticos

CRISPR/Cas9 ha revolucionado las posibilidades de intervención genética por su precisión, bajo costo y versatilidad (Doudna y Charpentier, 2014; Lacadena, 2017). A diferencia de otras técnicas que le han precedido, esta herramienta permite cortar y modificar partes específicas de DNA, lo que ha hecho posible pensar en corregir secuencias nucleotídicas relacionadas con el origen y desarrollo de enfermedades monogénicas e incluso prevenir patologías antes del nacimiento. Casos como el de Victoria Gray, quien recibió un tratamiento exitoso para tratar la anemia falciforme, muestran el potencial terapéutico cuando se aplica CRISPR/Cas9 en la línea somática (Frangoul *et al.*, 2021). Así como también el caso pediátrico temprano personalizado realizado por investigadores del Instituto de Genómica Innovadora (IGI) de la Universidad de California, Berkeley que da cuenta de los alcances del uso de la técnica al corregir en un recién nacido el cambio de una base nucleotídica que generaba una deficiencia de una enzima en el hígado que le impedía descomponer las proteínas de los alimentos (Murdok, 2025).

Sin embargo, su uso en la línea germinal, es decir, en óvulos, espermatozoides o embriones, plantea dilemas de mayor complejidad. Es importante recordar que la edición genética en la línea germinal no afecta únicamente al individuo intervenido, sino que sus modificaciones pueden transmitirse a su descendencia.

Por lo tanto, sus implicaciones son intergeneracionales y, en caso de heredarse, en gran medida serían irreversibles (al menos que se volvieran a reeditar); tal vertiente intergeneracional ha sido comprendida por marcos normativos internacionales, como la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (UNESCO, 2005) y la Convención de Oviedo (1997), que advierten sobre la necesidad de considerar los impactos de las intervenciones biomédicas en las generaciones futuras. Hans Jonas (1995) contempló este deber formulándolo como el “principio de responsabilidad” que exige que, al tener enfrente a tecnologías cuyo alcance y consecuencias podrían alterar de forma duradera la condición humana, es nuestro deber actuar con cautela (1995). Por lo que, la edición con CRISPR/Cas9 germinal, debido a que su potencial para modificar la constitución biológica de seres aún no nacidos, nos exige reflexionar, además de los riesgos técnicos inmediatos, sobre el legado biológico, social y simbólico que se heredaría a la futura humanidad.

Esto se hace evidente en el controversial caso de las gemelas Lulu y Nana, cuyos genes fueron editados para suprimir la expresión del gen CCR5 con el propósito de hacerlas resistentes al VIH (Jiankui, 2018). Más allá de las irregularidades en la implementación de este experimento, nos reveló que aún existen riesgos a considerar como el mosaicismo, las mutaciones fuera de objetivo y la incertidumbre sobre los efectos a largo plazo (Cyranoski & Ledford, 2018; Organizing Committee, 2018). Más allá de las irregularidades cometidas, este caso también hizo evidente la ausencia de consenso científico y social para intervenir en el genoma humano con posibilidades de heredar a las futuras generaciones.

Por lo tanto, la intervención germinal obliga a revisar principios fundamentales de la bioética establecidos por T. L. Beauchamp y J. F. Childress (1979), debido a que a pesar de que el objetivo sea magnánimo, editar germinalmente con CRISPR/Cas9 para erradicar el dolor desde la raíz, como lo piensa Pearce, merece un escrutinio ético riguroso, que nos permita distinguir cuidadosamente entre el deseo de evitar el sufrimiento por las enfermedades y el impulso de fabricar a quienes están por nacer, corriendo el riesgo de deslizarse de nuevo hacia el terreno del determinismo genético que ya en la segunda mitad del siglo XX generó diversos debates sobre la “naturaleza” del ser humano..

3. Entre la compasión y el perfeccionismo: dilemas desde los principios bioéticos

Como hemos visto, si se plantea la edición genética con CRISPR/Cas9 como vía para erradicar el sufrimiento, nos encontramos con tensiones profundas al ser examinada desde los principios fundamentales de la bioética propuestos por Beauchamp y Childress (1979). Cada uno de estos principios: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, nos proporciona matices que nos permiten problematizar las intenciones erradicacionistas, así como sus consecuencias, aunado al principio de responsabilidad intergeneracional contemplado por Jonas (1995).

De acuerdo con el principio de autonomía se nos exige respetar la capacidad de los individuos para tomar decisiones informadas sobre su cuerpo y su vida (Beauchamp y Childress, 1979). No obstante, la edición en línea germinal afecta a los futuros humanos por nacer, puesto que no existe posibilidad alguna de que puedan consentir la edición o de rechazar las modificaciones que definirán parte de su biología: ¿podemos hablar de respeto a la autonomía cuando las decisiones biomédicas se toman antes del nacimiento, y con efectos duraderos e irreversibles? ¿No es acaso una forma de tutela tecnocientífica sobre el cuerpo y el destino de otros?

Ahora bien, si vemos con claridad que la equidad en el acceso a las tecnologías de edición genética es un punto crítico, debido a que si solo una élite pudiera permitirse intervenciones para “liberar” a su descendencia del sufrimiento, ¿no estaríamos generando nuevas formas de exclusión y de eugenesia estructural? Es probable que las brechas sociales y económicas podrían agravarse si el bienestar físico o emocional se convierte en un privilegio heredado desde el laboratorio, implicando directamente al principio de justicia.

Pearce comprende la erradicación del sufrimiento como un acto de máxima beneficencia, pero cuando la tecnología CRISPR/Cas9 aún presenta consecuencias como el mosaicismo o los efectos fuera de objetivo, el principio de no maleficencia se desdibuja marcadamente. Aplicar CRISPR/Cas9 en embriones implica asumir riesgos biológicos y existenciales para quienes no tienen voz en el proceso. Puede ser una buena idea con buena intención, pero no basta, si puede derivar en daños a futuro previsibles o imprevisibles.

En este sentido, la responsabilidad que se tiene en el presente hacia las generaciones futuras no sólo implica evitar los daños irreversibles, sino además el evaluar las decisiones que tomemos para limitar o condicionar de manera cuestionable la autonomía y libertad de quienes nacerán en el futuro. Intervenir para erradicar el sufrimiento podría entenderse como un acto de beneficencia hacia nuestros descendientes; pero también puede interpretarse como la imposición unilateral de una visión de bienestar que no necesariamente todos compartirán.

De ahí que el desafío ético consiste en encontrar un equilibrio entre el impulso de lograr un mundo que se acerque a la ausencia de dolor y el deber de preservar la capacidad de las generaciones que aún no existen para definir, por sí mismas, lo que elijan conveniente para su vida. Esta tensión nos hace preguntarnos: ¿qué nos autoriza a decidir hoy qué es una vida sin sufrimiento? ¿Y si al eliminar el dolor también debilitamos nuestra capacidad de compasión, resiliencia o sentido? Tal vez, en la búsqueda del “dolor cero”, podamos ganar en confort, pero perder algo esencial de lo que nos ha hecho humanos.

Estos principios bioéticos no cancelan el debate, por el contrario, lo profundizan y nos recuerdan que toda intervención sobre el sufrimiento que la humanidad padece debe considerar el impacto no solo sobre el cuerpo biológico, sino también sobre la vida que se vive y que se comparte.

4. Hacia una postura crítica: límites deseables y preguntas necesarias

A pesar de lo que puede resultar pensar en una vida sin sufrimiento evitando las enfermedades desde antes del nacimiento, es conveniente tomar la propuesta de Pearce con cautela. Su visión basada en la compasión implica una intervención borrosa de los límites entre el alivio necesario y el perfeccionamiento forzado. Frente a ello, este artículo se coloca en una postura crítica, enfocándonos en el respeto a la pluralidad de experiencias humanas y en lo necesario de establecer criterios éticos sólidos antes de aplicar tecnologías como CRISPR/Cas9 a nivel germinal.

En el núcleo del pensamiento de Pearce, el sufrimiento es un mal absoluto y, por tanto, debe ser eliminado. Pero no todo dolor es disfuncional. Algunas formas de sufrimiento están profundamente ligadas a la conciencia, al aprendizaje y a la empatía. Eliminar el sufrimiento por completo, más allá de que sería técnicamente riesgoso, también podría ser psicológica y socialmente empobrecedor. La condición humana se ha construido con base en la tensión con el dolor, y es debido a ello que ha dado lugar a la subjetivación que se refleja en nuestras sociedades.

Además, la propuesta erradicacionista parece por una parte ignorar la complejidad evolutiva. El sufrimiento no es un error de la evolución humana al que hay que corregir, sino que forma parte de un sistema de alerta y adaptación que ha permitido la supervivencia. Rediseñar nuestras bases biológicas aun con CRISPR/Cas9 perfeccionada sin una comprensión profunda de sus funciones puede tener consecuencias imprevisibles, no sólo en términos médicos, sino también sociales y psicológicos.

En última instancia, cualquier aplicación de CRISPR/Cas9 con fines de erradicación del dolor debe enmarcarse en un debate amplio que incorpore la justicia intergeneracional que subraya el reconocimiento de que los beneficios y los riesgos de la edición genética no se distribuyen solo en el presente, sino que se proyectan hacia el futuro, es decir, lo que se decida hoy puede condicionar la autonomía y la equidad de quienes aún no existen. La responsabilidad intergeneracional exige evaluar no solo la seguridad técnica y la intención compasiva, sino también todos aquellos efectos acumulativos y las asimetrías con posibilidad de heredarse.

Conviene señalar que el sufrimiento que podría prevenirse mediante la edición genética no contempla por completo todas sus causas. A pesar de que CRISPR/Cas9 podría ofrecer una vía de alivio o prevención a algunos casos asociados a enfermedades de origen genético, el sufrimiento humano responde a dimensiones psicológicas,

sociales, culturales y existenciales que de ninguna forma han de resolverse en un laboratorio. Aceptar que la complejidad del sufrimiento se reduzca a un problema biológico nos reduciría a seres incapaces de considerar otras esferas de la experiencia humana, que pueden tener un origen biológico pero que exceden lo estrictamente material.

Desde esta perspectiva, de acuerdo con nuestro punto de vista, es preferible adoptar una lógica de caso por caso, donde la intervención genética se valore con base en su proporcionalidad y necesidad, lejana a una idea abstracta de perfección.

Este trabajo no aboga por la pasividad ni por la sacralización del sufrimiento; sabemos que existen condiciones médicas graves que merecen ser prevenidas si existe la posibilidad técnica confiable junto a un marco ético claro. Pero ese umbral no puede ser dictado únicamente por el deseo de evitar el dolor, sino por un examen integral que considere el entorno social, ecológico, psicológico y evolutivo de cada intervención.

También deben reconocerse las implicaciones políticas de este debate. Si la ingeniería genética se convierte en instrumento de selección, control o mercantilización de la vida, se corre el riesgo de instaurar nuevas formas de discriminación biológica. Por ello, resulta necesario desarrollar marcos normativos incluyentes y dinámicos, capaces de incorporar la voz de científicos, bioeticistas, pacientes, ciudadanos y comunidades marginadas.

En resumen, no se trata de oponerse a CRISPR/Cas9 ni de negar sus potenciales beneficios, sino de exigir una reflexión colectiva y plural que reconozca los límites deseables de la intervención humana. Una ética del límite no como freno al avance tecnológico, sino como garantía de una humanidad compartida.

5. Conclusión

El cruce entre la edición genética con CRISPR/Cas9 y erradicar el sufrimiento propuesto por Pearce nos enfrenta a dilemas que no pueden resolverse con simpleza. La posibilidad de suprimir el dolor desde sus raíces biológicas interpela no solo a la ciencia, sino al modo en que concebimos la vida humana, su valor, sus límites y su dignidad.

En esta breve reflexión, se ha propuesto desde una lectura crítica no rechazar de forma dogmática la intervención genética, pero sí advertir los riesgos de asumir una visión reduccionista del sufrimiento. La condición humana no se define únicamente por la ausencia de dolor, sino por la manera en que lo podemos comprender, acompañar y transformar.

Ante una herramienta tan poderosa como CRISPR/Cas9, la respuesta ética no puede ser un entusiasmo sin crítica ni una prohibición absoluta. Se requiere un enfoque matizado, guiado por el principio de responsabilidad, que evalúe cada intervención con criterios éticos sólidos, participación informada y conciencia intergeneracional.

Aún quedan muchas preguntas abiertas: ¿cómo afectarán estas decisiones a la diversidad humana? ¿Cómo asegurar marcos de gobernanza inclusivos? ¿Cómo equilibrar compasión y prudencia cuando está en juego el diseño de la vida misma? Este artículo no pretende cerrarlas, sino dejar constancia de que el futuro de la biotecnología no depende solo de lo técnicamente posible, sino de lo éticamente deseable.

Como recomendación transversal se aconseja: Considerar los principios éticos de intervención, como herramienta política que, garantice la atención a la especial vulnerabilidad de las mujeres mayores de 65 años, por cuestión de edad y la casuística psico-sociocultural asociada a ella.

Martha Alicia Mora Barbosa
Programa de Posgrado en Bioética
Universidad Nacional Autónoma de México
mobamar95@gmail.com

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Beauchamp TL, Childress JF. (1979). *Principles of Biomedical Ethics*. Nueva York: Oxford University Press. Traducción española: *Principios de Ética Biomédica*. Barcelona: Masson; 1999.

Consejo de Europa (1997). Convenio sobre los derechos humanos y la biomedicina (Convenio de Oviedo). Consejo de Europa. ETS No. 164

Cyranoski, D., & Ledford, H. (2018). Genome-edited babies: Scientists condemn Chinese claims. *Nature*, 563(7733), 607–608. <https://doi.org/10.1038/d41586-018-07545-0>

Doudna, J. A. & Charpentier, E. (2014). The new frontier of genome engineering with CRISPR/Cas9. *Science*, 346 (6213), 1258096. <https://doi.org/10.1126/science.1258096>

Frangoul, H., Altshuler, D., Cappellini, M. D., Chen, Y.-S., Domm, J., Eustace, B. K., Foell, J., de la Fuente, J., Grupp, S., Handgretinger, R., Ho, T. W., Kattamis, A., Kernytsky, A., Lekstrom-Himes, J., Li, A. M., Locatelli, F., Mapara, M. Y., de Montalembert, M., Rondelli, D., ... Corbacioglu, S. (2021). CRISPR-Cas9 gene editing for sickle cell disease and β -thalassemia. *The New England Journal of Medicine*, 384(3), 252–260. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2031054>

He, J. [The He Lab]. (2018, November 25). About Lulu and Nana: Twin girls born healthy after gene surgery as single-cell embryos [Video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=th0vnOmFltc>

Jonas, H. (1995). *El principio de responsabilidad: Ensayo de una ética para la civilización tecnológica*. (obra original publicada en 1979). Barcelona: Herder.

Lacadena, J. R. (2017). Edición genómica: ciencia y ética. *Revista Iberoamericana de Bioética*, (3), 1–14. <https://doi.org/10.14422/rib.i03.y2017.004>

Murdock, A. (2025). Primer paciente tratado con terapia CRISPR personalizada desarrollada en solo seis meses. *Innovative Genomics Institute*. <https://innovativegenomics.org/es/noticias/Primer-paciente-tratado-con-terapia-CRISPR-a-demanda/>

Organizing Committee of the Second International Summit on Human Genome Editing. (2018). Statement by the Organizing Committee of the Second International Summit on Human Genome Editing. National Academies/Royal Society. <https://royalsociety.org/~media/news/2018/human-genome-editing-statement-29-11-2018.pdf>

UNESCO. (2005). Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos.

Pearce, D. (1995). The Hedonistic Imperative. <https://www.hedweb.com/hedethic/hedonist.htm>

La vocación, el cansancio, el rey desnudo y el colibrí

RESUMEN

A continuación se presenta una reflexión sobre la vocación médica en el siglo XXI, las dificultades para su encaje en la sociedad actual y unas propuestas para humanizar la asistencia clínica procurando ser coherente con lo que uno “tiene que ser”.

PALABRAS CLAVE

Vocación médica, Humanización, Asistencia clínica.

ABSTRACT

The following reflection addresses the concept of medical vocation in the twenty-first century, the challenges associated with its integration into contemporary society, and a series of proposals aimed at humanizing clinical care while remaining consistent with what one is called upon—or meant—to be..

KEYWORDS

Medical vocation, Humanization, Clinical care.

El término vocación deriva del latín (*vocatio*, verbo *vocare*) que significa llamada o llamamiento, y antiguamente se relacionaba con la llamada divina hacia la vida consagrada a la religión.

Independientemente del sentido religioso originario, la vocación se considera algo previo que se nos impone desde dentro de nosotros mismos con una fuerza irresistible y, si no realizamos, frustramos nuestra vida. Ortega la definió no como lo que uno es, sino lo que uno “tiene que ser”, la tarea o proyecto vital que cada ser humano ha de realizar, si de veras quiere ser sincero con uno mismo.

Por otra parte, no está claro que esta llamada profunda sea algo innato. Parece conveniente una determinada predisposición a ella, estar abierto y atento para que los árboles puedan dejar ver el bosque. Hay quien nacerá con ella, pero otros (la mayoría) probablemente la descubramos a base de esfuerzo y un ejercicio de maduración personal.

La cuestión no es tanto si hablamos de una llamada divina o de si se nace con ella o si se hace, sino cómo repensar la vocación en el mundo actual. Hoy día, se puede ejercer sin vocación, cosa cada vez más frecuente, no sólo en medicina sino también en otras profesiones. No hay más que analizar los motivos por los que los jóvenes eligen estudiar medicina o formarse en una especialidad determinada una vez finalizada la carrera. Pero una cosa es que se pueda, lo que tiene claras consecuencias negativas tanto en los enfermos como en los propios profesionales, y otra cosa es que se deba.

Actualmente, conseguida la “autonomía” conceptual, muchas veces teórica, para el sano y el enfermo, para sus familiares o allegados y para los profesionales sanitarios, en demasiados casos, se está involucionando a una “injusta beneficencia”, abocada a una “maleficencia” manifiesta en la práctica médica en particular y en la sanitaria en general.

Lógicamente, ante una sociedad que propone que la eficacia del trabajo (no compensa), la importancia de ser honrado (si eres imbécil), la trascendencia de la verdad (nunca decirla), lo aborrecible de la traición (y su rendimiento) y el verdadero valor (más bien precio) de las cosas (ajenas) deben ser los referentes que marquen nuestras vidas hay que decir que no tenemos nada fácil ejercer adecuadamente con vocación.

Empezar a llamar a las cosas por su nombre ya comienza a transformarlas, como en aquel cuento del rey que, no estando desnudo, sólo empezó a estarlo cuando alguien se atrevió a decirlo.

Quizá la visión del mencionado Ortega, de Marañón, Laín y tantos otros pueda parecer idealista e incluso utópica en los tiempos que corren, aunque en cierta manera sus contemporáneos también esgrimieron -como sucede hoy en día- motivaciones diferentes a la vocación para ejercer la medicina, como la económica, el prestigio, el puro interés intelectual o las presiones familiares o sociales. El problema principal actual de nuestros jóvenes es que “surfean” más que sumergirse en el fondo de la ola de las motivaciones que les hace decantarse por ser médicos, a expensas de un pobre desarrollo moral fruto de la educación ya en la etapa escolar. A esto se añaden unas exigencias severas (autoimpuestas o externas, como el expediente académico) en forma de “listón muy alto” que, paradójicamente, hace que como sociedad nos valga “todo lo que pase por debajo” de ese listón, tenga vocación o no la tenga. Además, se enfatiza la autorrealización personal por encima del bienestar colectivo; lo que nos preocupa y ocupa es el “yo”, y no el “nosotros”, y menos el “otro”. Por último, culturalmente hemos absolutizado el concepto de hechos, y de forma particular en la medicina. La vetusta y ajada historia clínica se ha convertido en un compendio exclusivo de signos y datos de pruebas complementarias. Con fina ironía podemos decir que el estudiante de medicina se cree ciegamente el ciclo de Krebs quizá más que el propio bioquímico que lo descubrió y, en cambio, no se cree a un paciente que relata un dolor torácico opresivo tras estudio cardiológico exhaustivo normal.

¿De qué sirve una práctica sanitaria que no logra ir más allá de proclamar buenas intenciones? Más allá del análisis sombrío de las dificultades e incertidumbres de nuestro tiempo, me parece necesario ofrecer una propuesta esperanzadora en la que la vocación sea el eje que sustente un ejercicio profesional de calidad técnica y humana, para que la Medicina consiga superar la situación límite en la que se encuentra en nuestros días y salga fortalecida:

- Ser un profesional en una determinada materia es algo más que ejercer un oficio con relevante capacidad y aplicación. Ello lleva implícito una vocación de servicio. Rara vez reparamos que trabajamos en “Servicios” de Medicina Interna, de Cirugía, de Cardiología etc. Cada vez son más las “Unidades” que se crean (de lípidos, de enfermedades autoinmunes, de rodilla...) con sus jefes, adjuntos y M.I.R. correspondientes, a expensas de no denominarse “Servicios”. En cualquier caso, interiorizar que estamos al servicio de los pacientes y sus familias mejorará la relación clínica y las decisiones que tomemos conjuntamente con ellos.

- Un médico con vocación entiende la salud no como ausencia de enfermedad, sino como equilibrio, que se proyecta al ámbito del “ser” humano más que al “tener” del mismo, y también como la fuerza de vivir en contacto diario con el enfermo y su enfermedad, acompañándole sin abandonarle a pesar de las circunstancias. Reconocer su vulnerabilidad en estos contextos y reconocernos como profesionales también vulnerables harán más livianos los tropiezos ante las piedras que aparecerán irremediabilmente en este camino. No podemos (no es bueno) quedarnos en diagnosticar y tratar enfermedades, sino enfermos.

- Sólo a quien hace las cosas con verdadera vocación le apasionará su trabajo. La satisfacción personal que produce solucionar problemas a los enfermos y sanarles, pero también aliviarles el sufrimiento y acompañarles en el proceso de muerte, reafirma y reconforta al médico vocacional, previene la frustración, el desánimo y el desgaste profesional.

- Un médico con vocación es el que consigue ser respetado por lo que es y para lo que debe estar, y no por lo que “es capaz de quitar de en medio”, fundamentalmente con pacientes que por sus características (pacientes “difíciles” como los paliativos, los hostiles, los dementes, los culpabilizadores etc.) suelen crear agobio y distrés en los profesionales que les atienden.

- La vocación se relaciona estrechamente con el mundo de valores, que van evolucionando en función de los cambios sociales que se suceden cada vez a mayor velocidad y precisan estar alerta y actualizado. Realizar valores, añadir valor a los hechos, resulta clave para flexibilizar los cada vez más rígidos protocolos, para tener en cuenta las preferencias y deseos de los pacientes a la hora de decidir qué hacer conjuntamente con ellos para, en definitiva, dar calidad asistencial y humanizar la medicina.

- Si ejercemos sin verdadera vocación, podemos limitarnos a ser unos buenos “biotécnicos”, cosa discutible, pero frecuente hoy en día. Sin embargo, no podremos ser buenos médicos si no somos médicos buenos, que hayan experimentado, bien de forma innata o adquirida, esa vocación, que hará que no nos conformemos únicamente con hacer lo correcto, sino que persigamos lo óptimo para los pacientes.

Hagamos, pues, cada uno nuestra parte, como el colibrí que luchaba contra un incendio echando el poco agua que le cabía en el pico, de lo que se reían el resto de animales, pero él les respondía: “yo hago mi parte”.

En definitiva, considero que ejercer con vocación en el siglo XXI implica mantener una predisposición al servicio, promover una relación clínica centrada en el paciente, recargar a diario la mochila de ilusión a pesar de las dificultades, realizar valores constantemente, dar ejemplo para ser respetado y aspirar a la excelencia, no como utopía sino como resultado del trabajo bien hecho.

Todo ello puede resumirse en una pregunta que podríamos hacernos cada uno: “¿Volvería a elegir ser médico hoy?”. Si la respuesta es afirmativa, considero que eso es ejercer con vocación en el siglo XXI. Si respondemos negativamente, de forma quizá algo provocadora, recuerdo que siempre estaremos a tiempo de dejar la Medicina y poner una zapatería en Elche o una cuchillería en Albacete (aunque pensándolo bien, para eso también es necesaria la vocación... pero por lo menos, tendríamos entre manos calzado y navajas, y no la salud y la enfermedad, la vida y la muerte de personas).

Urge tomar partido a qué lado de la grieta cada vez más ancha ponemos el pie: si al lado de la medicina exclusivamente técnica, deshumanizada, ejercida sin motivación alguna de servicio, o al lado de la profesión humanizada y humanizadora; en otras palabras, al lado de ejercer sin vocación o con ella. Yo apuesto por ésta última, por intentarlo que no quede.

Con amor, humor, paciencia y esperanza.

Goizalde Solano Iturri

S. Medicina Interna. Comité de Ética Asistencial.

Hospital Universitario Basurto. Universidad del País Vasco (UPV/EHU)

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

Beauchamp, T., Childress, J.F. (1999). *Principios de Ética Biomédica*. Barcelona: Masson.

Gracia Guillén, D. (2013). *Construyendo la salud. Construyendo valores*. Madrid: Triacastela

Ortega y Gasset, J. (2006). *Obras Completas*. Tomo V. Madrid: Taurus.

Real Academia Española. Vocación [Internet]. Diccionario de la lengua española, 23.^a ed., 2025. Disponible en: <https://dle.rae.es>.

El aborto del primer trimestre: apuntes para un abordaje ético en el sistema sanitario español

RESUMEN

El aborto del primer trimestre es una experiencia frecuente en la práctica clínica que, sin embargo, suele quedar relegada en la reflexión bioética. Este artículo analiza críticamente el abordaje asistencial del aborto temprano en el sistema sanitario español, centrándose en la comunicación del diagnóstico y en el manejo clínico posterior. A partir de la evidencia científica y de la experiencia clínica de la autora, se identifican prácticas normalizadas que pueden generar sufrimiento evitable y se proponen orientaciones bioéticas para una atención más justa, cuidadosa y respetuosa con la experiencia de las mujeres.

PALABRAS CLAVE

Aborto, Bioética clínica, Comunicación de malas noticias, Autonomía relacional, Ética del cuidado, Pérdida gestacional temprana.

ABSTRACT

First-trimester miscarriage is a frequent clinical experience that nevertheless tends to remain marginal within bioethical reflection. This article critically examines the healthcare approach to early miscarriage in the Spanish healthcare system, focusing on the communication of the diagnosis and subsequent clinical management. Drawing on scientific evidence and the author's clinical experience, it identifies normalized practices that may generate avoidable suffering and proposes bioethical orientations aimed at promoting more just, attentive, and respectful care for women's experiences.

KEYWORDS

Miscarriage, Clinical bioethics, Breaking bad news, Relational autonomy, Ethics of care, Early pregnancy loss.

Introducción

Las pérdidas perinatales tempranas, o abortos involuntarios durante el primer trimestre de gestación, son una experiencia frecuente en la etapa reproductiva de las mujeres. Se calcula que, a nivel mundial, se producen 23 millones de abortos cada año, el equivalente a 44 pérdidas gestacionales cada minuto, y siendo el 85% previos a la semana 12 de amenorrea (Quenby *et al*, 2021; Tomaizeh Gómez *et al*, 2024). Por ello, es frecuente, también, su atención en los sistemas sanitarios, pese a lo cual la reflexión ética en la literatura sobre las prácticas relativas a las pérdidas involuntarias precoces ha sido marginal. Su elevada prevalencia y la ausencia de viabilidad embrionaria en muchos de estos casos han contribuido a que, implícitamente, se las considere acontecimientos clínicamente simples y emocionalmente manejables. No obstante, la evidencia científica muestra que esta presunción no siempre se corresponde con la vivencia subjetiva de las mujeres, para quienes el aborto temprano puede tener un profundo impacto físico y emocional (Lok & Neugebauer, 2007; Brier, 2008).

Diversos estudios han señalado que la intensidad del malestar psicológico y del duelo tras la pérdida de un embarazo no guardan una relación lineal con la edad gestacional, sino que dependen de numerosos factores relacionales, contextuales y psicológicos, como el deseo gestacional previo, las expectativas asociadas a ese embarazo, haber vivido experiencias previas de abortos o la forma en que la pérdida es comunicada y acompañada (Farren *et al.*, 2018). Pese a ello, en el ámbito sanitario el aborto temprano suele recibir pocos recursos de cuidado, lo que se manifiesta especialmente en la comunicación del diagnóstico y en el manejo asistencial posterior, con prácticas que corren el riesgo de obviar la experiencia de las mujeres y vulnerar principios fundamentales, como la beneficencia y la no maleficencia (Beauchamp & Childress, 2019).

El presente artículo propone una reflexión bioética sobre el abordaje del aborto involuntario del primer trimestre en el sistema sanitario español, centrandó el análisis en prácticas normalizadas que pueden generar sufrimiento evitable en las mujeres que lo padecen. La reflexión se articula a partir de la experiencia clínica acumulada por parte de la autora, psiquiatra perinatal en un hospital público de la Comunidad de Madrid (España), en la atención a mujeres que han atravesado pérdidas perinatales tempranas.

1. La comunicación del diagnóstico: informar y cuidar a las mujeres que están viviendo un aborto temprano

El momento en que se comunica a una mujer que está experimentando un aborto o que su embarazo no es evolutivo es un acto breve que, sin embargo, puede condicionar la experiencia que las mujeres tienen del mismo (Radford & Hughes, 2015; Bellhouse *et al.*, 2019). En el instante de la comunicación de la noticia confluyen varias dimensiones complejas: la confirmación de la pérdida (a menudo inesperada), la necesidad de comprender qué ha ocurrido y, con frecuencia, la urgencia de tomar decisiones terapéuticas. Los estudios cualitativos muestran que las mujeres no solo recuerdan lo que se les dijo; sino, sobre todo, cómo se les dijo y cómo se sintieron tratadas en ese primer contacto con la noticia (Radford & Hughes, 2015). En su revisión, estas autoras identifican cuatro núcleos que atraviesan la experiencia del aborto temprano: lo que la mujer siente, cómo se le cuida y se le comunica, la relación con el embrión y con su entorno, y la necesidad de ayuda para afrontar lo que vendrá después.

En la práctica asistencial habitual dentro del sistema sanitario español, la comunicación del diagnóstico suele producirse en contextos poco propicios para el cuidado. Con frecuencia tiene lugar en servicios de urgencias, muy tensionados por la presión asistencial y obligados a resolver con presteza las atenciones, tras acudir la mujer por sangrado u otros síntomas alarmantes. Otra situación frecuente es la identificación en consultas de seguimiento del embarazo de ausencia de latido embrionario; estas consultas suelen tener tiempos muy ajustados y, además, a la salida de las mismas, las mujeres con el diagnóstico recién recibido pueden encontrarse rodeadas de otras pacientes embarazadas, lo que puede ahondar en la experiencia negativa.

El discurso clínico se centra habitualmente en la ausencia de latido embrionario y en la descripción de las opciones disponibles, con un lenguaje técnico que no siempre resulta comprensible, especialmente bajo el shock inicial que experimentan algunas mujeres. Muchas mujeres relatan que esta comunicación fue rápida, distante o despersonalizada, y que esa forma de transmisión incrementó su malestar emocional (Bellhouse *et al.*, 2019; Lee *et al.*, 2023). El uso de tecnicismos, tales como “saco anembrionario” o “huevo huero”, a menudo generan inicialmente desconcierto e incertidumbre en las mujeres, que pueden no entender qué es lo que está pasando.

Un aspecto especialmente relevante es el uso de expresiones destinadas a normalizar la pérdida. Frases que subrayan la elevada frecuencia del aborto temprano o insisten en que la mujer no es responsable de lo ocurrido buscan, desde la intención profesional, aliviar la culpa. De hecho, los propios profesionales describen su papel emocional fundamentalmente como una tarea de mitigación de la culpa, apoyándose en datos epidemiológicos y explicaciones causales generales (Jensen *et al.*, 2019). Sin embargo, numerosos estudios muestran que, cuando estas afirmaciones se introducen de forma automática o precoz, pueden ser vividas como una minimización de la experiencia y como una desautorización del dolor que la mujer está comenzando a sentir (Bellhouse *et al.*, 2019; Lee *et al.*, 2023). Así, algunas expresiones que a menudo acompañan al momento del diagnóstico (“es muy frecuente”, “les pasa a muchas”, “este embrión no tenía que ser”, “mejor ahora que más tarde”, “puedes volver a intentarlo enseguida”), tienen el riesgo de ahondar en la experiencia de deslegitimación del sufrimiento por la pérdida a la vez que están teniendo conocimiento sobre la misma.

La literatura pone de manifiesto una discrepancia persistente entre el tipo de apoyo emocional que los profesionales creen ofrecer y el que muchas mujeres refieren necesitar. Aunque muchos sanitarios se sienten

razonablemente competentes para acompañar emocionalmente, reconocen limitaciones importantes relacionadas con la falta de formación específica, la presión asistencial, la fatiga por compasión y la necesidad de protegerse emocionalmente (Jensen *et al.*, 2019). Como consecuencia, el seguimiento posterior, cuando existe, suele centrarse en la evolución física, mientras que las necesidades emocionales quedan supeditadas a que sea la propia mujer quien las exprese.

Desde una perspectiva bioética, la dificultad no reside en comunicar información veraz ni en explicar correctamente las opciones terapéuticas, sino en reducir la comunicación clínica a un acto puramente informativo (Harris & Gilligan, 2022). La evidencia muestra que la manera en que se transmiten las malas noticias influye en la vivencia posterior de la pérdida y en el riesgo de desarrollar síntomas de ansiedad, depresión o estrés postraumático (Farren *et al.*, 2018; Quenby *et al.*, 2021). A ello se suma la ausencia de rituales de reconocimiento en las pérdidas gestacionales precoces. A diferencia de lo que ocurre en abortos más avanzados, el aborto temprano suele quedar fuera de los marcos sociales del duelo, lo que puede dificultar la legitimación del sufrimiento y aumentar el aislamiento emocional (Layne, 2003). En este contexto, la comunicación del diagnóstico se convierte en uno de los pocos espacios donde el sistema sanitario puede reconocer la relevancia moral y emocional de lo ocurrido.

Una comunicación éticamente adecuada del diagnóstico no se limita, por tanto, a informar correctamente. Implica también detenerse, nombrar la pérdida, validar el impacto y reconocer que, incluso en gestaciones muy iniciales, el dolor puede ser intenso. La literatura reciente subraya que mujeres y profesionales coinciden ampliamente en identificar las mismas necesidades no cubiertas respecto al tiempo, la información comprensible, la empatía y la continuidad asistencial, así como las barreras estructurales que dificultan atenderlas (Lee *et al.*, 2023).

2. El manejo del aborto del primer trimestre: opciones terapéuticas, cuidado y responsabilidad ética

El manejo clínico del aborto del primer trimestre incluye tres opciones principales: el manejo expectante, el tratamiento farmacológico y la evacuación quirúrgica mediante legrado. Estas alternativas han demostrado ser seguras y eficaces en la mayoría de los casos, con una efectividad semejante pero un coste mayor en el caso del legrado (Tomaizeh Gómez *et al.*, 2024). La elección del tipo de manejo puede verse condicionado por inercias asistenciales, disponibilidad de recursos o criterios organizativos, más que por una deliberación centrada en las preferencias y valores de la mujer (Miller *et al.*, 2019).

El manejo expectante y el tratamiento farmacológico suelen presentarse como opciones menos invasivas y más respetuosas con el curso natural del proceso, además de ser más baratas para el sistema de salud. Sin embargo, ambos pueden asociarse a episodios de dolor intenso, sangrado prolongado e incertidumbre, especialmente cuando se desarrollan en el domicilio sin un acompañamiento clínico adecuado. El dolor durante el aborto farmacológico está ampliamente documentado, aunque de manera llamativa sigue siendo un aspecto insuficientemente abordado en la práctica clínica y en la investigación (Fiala *et al.*, 2014). La percepción del dolor es altamente variable, pero los estudios coinciden en señalar que su intensidad puede ser elevada, y que los esquemas analgésicos habituales, basados en paracetamol o ibuprofeno, resultan con frecuencia insuficientes (Kemppainen *et al.*, 2020). En la experiencia clínica, algunas mujeres describen haber atravesado el proceso con un dolor que equiparan al de un parto, sin haber recibido información clara sobre esta posibilidad ni analgesia farmacológica adecuada. Esta falta de preparación contribuye a que el manejo domiciliario, lejos de vivirse como una opción autónoma, pueda experimentarse como una situación de soledad y desamparo. A ello se suma el impacto emocional que puede tener la expulsión del embrión cuando esta posibilidad no ha sido anticipada ni explicada de forma explícita. Se ha descrito el malestar intenso que genera la visión de restos gestacionales y la vivencia de tener que decidir, en un momento de alta carga emocional, qué hacer con ellos (Meaney *et al.*, 2017). Algunas mujeres relatan la angustia de haber visto el embrión en la taza del váter y haber actuado de manera impulsiva, desechándolo sin haber podido elaborar previamente otras opciones. Para algunas, la posibilidad de realizar un pequeño ritual de despedida tiene un profundo significado, y la falta de información previa es vivida como una lesión de su capacidad de decisión y, en último término, de la dignidad de la pérdida.

La evacuación quirúrgica mediante legrado suele percibirse como una opción más rápida y resolutive, pero es menos coste-efectiva y no está exenta de riesgos, como complicaciones infecciosas, lesiones cervicales y, de forma menos frecuente pero clínicamente relevante, la aparición de adherencias uterinas que pueden tener consecuencias sobre la fertilidad futura (Tomaizeh Gómez *et al.*, 2024). Es necesario informar de estos riesgos para permitir a la mujer ponderar adecuadamente las distintas alternativas.

Desde una perspectiva bioética, no se trata de promover una opción sobre otra, sino de garantizar que cada mujer pueda decidir con información completa, comprensible y contextualizada, teniendo en cuenta tanto la seguridad médica como el impacto físico y emocional de cada alternativa. Actualmente, en el manejo farmacológico en domicilio, existe el riesgo de que lo que se presenta como autonomía se transforme en abandono asistencial, vulnerando los principios de beneficencia y no maleficencia y empobreciendo la ética del cuidado en situaciones de especial vulnerabilidad (Beauchamp & Childress, 2019).

Finalmente, el manejo del aborto temprano suele centrarse casi exclusivamente en la mujer, dejando en un segundo plano a la pareja. Sin embargo, la evidencia muestra que las parejas, y especialmente los hombres, experimentan también un impacto emocional significativo y con frecuencia se sienten invisibilizados en el proceso asistencial (Miller *et al.*, 2019). Muchos expresan la necesidad de recibir información, de ser reconocidos como parte afectada y de disponer de espacios donde poder expresar su malestar. Una atención ética y de calidad debería integrar de manera explícita a las parejas, reconociendo su sufrimiento y su papel en el proceso (Lee *et al.*, 2023).

3. Propuestas bioéticas para un abordaje más justo del aborto del primer trimestre

El análisis del aborto del primer trimestre no puede limitarse a la identificación de déficits asistenciales, sino que debe orientarse hacia la formulación de propuestas concretas que permitan mejorar las prácticas clínicas sin perder de vista la complejidad del contexto sanitario.

1. Reconocer explícitamente la relevancia moral del aborto temprano

Es imprescindible reconocer que el aborto del primer trimestre puede constituir una experiencia significativa para las mujeres, independientemente de la edad gestacional. Este reconocimiento, que no requiere grandes recursos, puede suponer un cambio fundamental en la experiencia de la atención recibida por parte de las mujeres.

2. Integrar la ética de la comunicación como parte del acto clínico

La comunicación del diagnóstico es una intervención clínica con implicaciones éticas que requiere formación en habilidades de comunicación sensibles a la pérdida, el uso de un lenguaje que evite la minimización del dolor y permitir tiempos adecuados para la asimilación de la noticia.

3. Garantizar una toma de decisiones verdaderamente compartida

El respeto a la autonomía requiere ofrecer a las mujeres información clara, equilibrada y comprensible sobre todas las opciones terapéuticas disponibles, explicando los riesgos y beneficios clínicos, y considerando las preferencias, miedos y necesidades de cada mujer.

4. Asegurar una analgesia adecuada como exigencia ética

Garantizar una analgesia eficaz y accesible constituye una exigencia ética derivada de los principios de beneficencia y no maleficencia. Normalizar el dolor como parte inevitable del aborto temprano, especialmente cuando ocurre en el domicilio, es éticamente injustificable.

5. Reforzar la información y el apoyo en el manejo domiciliario

Cuando el aborto se va a manejar fuera del entorno hospitalario, se debe garantizar una información completa sobre lo que puede ocurrir, incluyendo la posibilidad de ver restos gestacionales, así como un seguimiento accesible que permita contener el malestar físico y emocional, con posibilidad de apoyo psicológico para el duelo perinatal en caso de ser necesario.

6. Incorporar la perspectiva del duelo temprano en la atención sanitaria

Aunque no todas las mujeres vivencian el aborto temprano como una pérdida significativa, para muchas sí lo es. Incorporar esta posibilidad en la atención sanitaria permite ofrecer recursos emocionales a quienes los necesitan, evitando que el duelo quede desautorizado o que aquellos casos de duelos complicados queden sin asistencia.

4. Conclusiones

Pese a su frecuencia, el aborto del primer trimestre, continúa siendo abordado desde una lógica asistencial que tiende a minimizar su impacto ético y emocional. Esta minimización no es inocua, ya que puede traducirse en prácticas clínicas que desatienden el sufrimiento real de las mujeres y empobrecen la ética del cuidado en contextos de especial vulnerabilidad.

La evidencia disponible muestra que la vivencia del aborto temprano no depende tanto de la edad gestacional como de la forma en que se comunica la pérdida y se organiza el acompañamiento posterior. La comunicación del diagnóstico y la presentación de las opciones terapéuticas constituyen momentos clave en los que una información incompleta o una actitud excesivamente técnica pueden erosionar la autonomía relacional y aumentar el malestar emocional.

Del mismo modo, la equivalencia biomédica de las distintas alternativas de manejo no implica una equivalencia experiencial. Cuando el aborto se gestiona en el domicilio sin analgesia adecuada, sin anticipación de lo que puede ocurrir o sin seguimiento accesible, existe el riesgo de transformar una opción clínica válida en una experiencia de abandono asistencial, en tensión con los principios de beneficencia y no maleficencia.

Finalmente, una aproximación bioética más atenta al aborto del primer trimestre requiere integrar la dimensión relacional de la pérdida, incluyendo a la pareja cuando así lo desee la mujer, y reconocer que incluso los eventos clínicos más habituales pueden exigir un cuidado éticamente significativo. Visibilizar esta realidad constituye un paso necesario hacia una atención respetuosa hacia las mujeres que experimentan abortos tempranos.

Rocío Paricio del Castillo

Médica especialista en Psiquiatría y en Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia
Doctora en derechos humanos por la Universidad Rey Juan Carlos
Psiquiatra perinatal en el programa de Salud Mental Perinatal del Hospital Universitario Puerta de Hierro (Majadahonda)
roparicio@gmail.com
rocio.paricio@salud.madrid.org

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACOG (2018). Early Pregnancy Loss. *Practice Bulletin* No. 200. <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-bulletin/articles/2018/11/early-pregnancy-loss>

Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). *Principles of Biomedical Ethics* (8th ed.). Oxford University Press. <https://global.oup.com/academic/product/principles-of-biomedical-ethics-9780190640873>

Bellhouse, C., Temple-Smith, M., Watson, S., & Bilardi, J. (2019). "The loss was traumatic... some healthcare providers added to that": Women's experiences of miscarriage. *Women and birth: journal of the Australian College of Midwives*, 32(2), 137–146. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.06.006>.

Brier, N. (2008). Grief following miscarriage. *Journal of Women's Health*, 17(3), 451–464. <https://doi.org/10.1089/jwh.2007.0505>

Farren, J., Jalmbrant, M., Falconieri, N., Mitchell-Jones, N., Bobdiwala, S., Al-Memar, M., Parker, N., Van Calster, B., Timmerman, D., & Bourne, T. (2022). Prognostic factors for post-traumatic stress, anxiety and depression in women after early pregnancy loss: a multi-centre prospective cohort study. *BMJ open*, 12(3), e054490. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-054490>.

- Farren, J., Mitchell-Jones, N., Verbakel, J. Y., Timmerman, D., Jalmbrant, M., & Bourne, T. (2018). The psychological impact of early pregnancy loss. *Human reproduction update*, 24(6), 731–749. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmy025>.
- Fiala, C., Cameron, S., Bombas, T., Parachini, M., Saya, L., & Gemzell-Danielsson, K. (2014). Pain during medical abortion, the impact of the regimen: a neglected issue? A review. *The European journal of contraception & reproductive health care: the official journal of the European Society of Contraception*, 19(6), 404–419. <https://doi.org/10.3109/13625187.2014.950730>.
- Harris, D., & Gilligan, T. (2022). Delivering Bad News. *The Medical clinics of North America*, 106(4), 641–651. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2022.02.004>
- Jensen, K. L. B., Temple-Smith, M. J., & Bilardi, J. E. (2019). Health professionals' roles and practices in supporting women experiencing miscarriage: A qualitative study. *The Australian & New Zealand journal of obstetrics & gynaecology*, 59(4), 508–513. <https://doi.org/10.1111/ajo.12910>.
- Kemppainen, V., Mentula, M., Palkama, V., & Heikinheimo, O. (2020). Pain during medical abortion in early pregnancy in teenage and adult women. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 99(12), 1603–1610. <https://doi.org/10.1111/aogs.13920>.
- Layne, L. L. (2003). *Motherhood Lost. A Feminist Account of Pregnancy Loss in America*. Routledge.
- Lee, L., Ma, W., Davies, S., & Kammers, M. (2023). Toward Optimal Emotional Care During the Experience of Miscarriage: An Integrative Review of the Perspectives of Women, Partners, and Health Care Providers. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 68(1), 52–61. <https://doi.org/10.1111/jmwh.13414>.
- Lok, I. H., & Neugebauer, R. (2007). Psychological morbidity following miscarriage. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 21(2), 229–247. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2006.11.007>
- Meaney, S., Corcoran, P., Spillane, N., & O'Donoghue, K. (2017). Experience of miscarriage: an interpretative phenomenological analysis. *BMJ open*, 7(3), e011382. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011382>
- Miller, E. J., Temple-Smith, M. J., & Bilardi, J. E. (2019). 'There was just no-one there to acknowledge that it happened to me as well': A qualitative study of male partner's experience of miscarriage. *PloS one*, 14(5), e0217395. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0217395>.
- NICE (2023). *Ectopic pregnancy and miscarriage*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng126>
- Quenby, S., Gallos, I. D., Dhillon-Smith, R. K., Podsek, M., Stephenson, M. D., Fisher, J., Brosens, J. J., Brewin, J., Ramhorst, R., Lucas, E. S., McCoy, R. C., Anderson, R., Daher, S., Regan, L., Al-Memar, M., Bourne, T., MacIntyre, D. A., Rai, R., Christiansen, O. B., Sugiura-Ogasawara, M., Coomarasamy, A. (2021). Miscarriage matters: the epidemiological, physical, psychological, and economic costs of early pregnancy loss. *Lancet* (London, England), 397(10285), 1658–1667. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00682-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00682-6).
- Radford, E. J., & Hughes, M. (2015). Women's experiences of early miscarriage: implications for nursing care. *Journal of clinical nursing*, 24(11-12), 1457–1465. <https://doi.org/10.1111/jocn.12781>.
- Tomaizeh Gómez, A., Armijo Sánchez, A., Boned López, J., & Arroyo Estevez, E. (2024). Tratamiento médico del aborto del primer trimestre: Igual eficacia, más eficiencia. *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia*, 51(2), 100934.

El veganismo como praxis ética: una lectura pragmatista desde la bioética

RESUMEN

En este artículo¹ se analiza el veganismo como praxis ética desde una perspectiva pragmatista en el campo de la bioética. A partir de una revisión crítica de los enfoques normativos de Peter Singer y Tom Regan, se examinan sus alcances y limitaciones como propuestas bioéticas orientadas a la acción. Con base en el pragmatismo filosófico de Peirce, James y Dewey, se propone comprender el veganismo no como un ideal moral absoluto, sino como una práctica ética situada, gradual y aplicable.

PALABRAS CLAVE

Bioética, Ética animal, Veganismo, Pragmatismo, Praxis ética.

ABSTRACT

This article analyzes veganism as an ethical praxis from a pragmatist perspective within the field of bioethics. It critically examines the normative frameworks developed by Peter Singer and Tom Regan, focusing on their applicability as action-oriented bioethical proposals. Drawing on the philosophical pragmatism of Peirce, James, and Dewey, the article argues that veganism should be understood not as an absolute moral ideal, but as a situated, gradual, and revisable ethical practice aimed at reducing harm to non-human animals.

KEYWORDS

Bioethics, Animal ethics, Veganism, pragmatism, Ethical praxis.

Introducción

La bioética se ha consolidado como un campo interdisciplinario orientado a la reflexión moral sobre la vida, la salud y las prácticas que afectan a los seres humanos en contextos biomédicos, sociales y tecnológicos. No obstante, a lo largo de su desarrollo institucional, la bioética ha tendido a privilegiar la bioética médica y clínica, relegando a un segundo plano otras áreas igualmente relevantes, como la bioética animal y la bioética ambiental. Esta delimitación práctica del campo contrasta con el sentido amplio que caracterizó los primeros planteamientos bioéticos, en los que la responsabilidad moral se concebía como extensiva a todas las formas de vida.

Un antecedente significativo de esta concepción amplia se encuentra en la obra de Fritz Jahr (2013), quien, en las primeras décadas del siglo XX, declaró: ¡Considera a cada ser viviente como un fin en sí mismo y trátalo, de ser posible, como tal! (p. 22), un imperativo bioético orientado al respeto ético hacia seres humanos, animales y plantas. No obstante, esta perspectiva no logró consolidarse plenamente en el desarrollo posterior de la bioética institucional, en gran medida debido a la progresiva medicalización del campo y al predominio de un enfoque

¹ Este artículo se deriva de la tesis doctoral en curso, Análisis pragmatista del veganismo: una exploración de las dimensiones éticas más allá del cuidado de los otros animales en el Programa de doctorado en Ciencias médicas, Odontológicas y de la Salud, UNAM. Asimismo, este trabajo se ha desarrollado en gran parte gracias al apoyo de la beca otorgada por la Secretaría de Ciencia, Humanidades, Tecnología e Innovación (SECIHTI).

antropocéntrico centrado casi exclusivamente en la investigación y la práctica clínica en seres humanos, por lo que es imprescindible recordar por medio de su planteamiento que la reflexión bioética no estuvo originalmente circunscrita de manera exclusiva a la medicina o a la investigación en seres humanos, sino que aspiraba a ofrecer un marco ético más inclusivo para pensar las relaciones entre los seres humanos y la Naturaleza en general.

En los últimos años, diversas investigaciones publicadas en revistas especializadas en bioética y ética ambiental han abordado el veganismo como un problema ético aplicado, explicándolo desde perspectivas como la ética de las virtudes o en relación con innovaciones tecnológicas, como la carne cultivada (Alvaro, 2019), así como mediante análisis sobre las decisiones alimentarias éticas en contextos contemporáneos (Bobier, 2021). Estas contribuciones muestran que el debate sobre el veganismo se encuentra activo en la investigación académica especializada; sin embargo, en su mayoría continúan operando dentro de marcos normativos tradicionales. En este contexto, resulta pertinente explorar si una lectura pragmatista puede ofrecer una comprensión distinta del veganismo, no como mera aplicación de principios abstractos, sino como praxis ética situada.

En este contexto, la ética animal ha ocupado un lugar marginal dentro de la bioética contemporánea, a pesar de que aborda problemáticas directamente vinculadas con decisiones que afectan la vida, el sufrimiento y la muerte de seres sintientes. Buena parte del debate ético en torno a los otros animales se ha desarrollado principalmente en el ámbito de la filosofía moral, con escasa articulación explícita con la bioética como campo normativo y práctico. Esta separación ha contribuido a que las discusiones sobre el estatus moral de los animales, el valor intrínseco de la vida de los otros animales y la legitimidad de prácticas como su explotación y su utilización sistemática permanezcan, en muchos casos, desvinculadas de los marcos bioéticos institucionales.

Dentro de la ética animal contemporánea, las propuestas de Peter Singer (2018) en su obra *Liberación animal* y de Tom Regan (2016) en *En defensa de los derechos de los animales* se han consolidado como referentes centrales. Desde perspectivas normativas distintas —el utilitarismo y la teoría de los derechos—, ambos autores han fundamentado una crítica profunda al especismo y han defendido la necesidad de reconocer a los otros animales como sujetos moralmente relevantes. Estas contribuciones han sido decisivas para cuestionar la exclusión moral de los otros animales y promover el veganismo como una postura ética coherente con el rechazo de su explotación. En esta reflexión se está consciente de que el veganismo puede ser un término con diferentes significados, tanto en su origen histórico como en sus diferentes prácticas actuales (Gaitán *et al.*, 2024), por cuestiones prácticas, en este escrito el veganismo será utilizado de acuerdo con la definición de The Vegan Society (s.f.), como una forma de vida que busca excluir, “en la medida de lo posible y practicable”, toda forma de explotación y crueldad hacia los animales, no solo en la alimentación, sino también en otros ámbitos de la vida cotidiana.

A pesar de su solidez normativa, las propuestas de Singer y Regan pueden ser criticadas por su aplicabilidad práctica en contextos sociales diversos y complejos. La exigencia de coherencia moral estricta, el carácter abstracto de sus principios y la dificultad para traducir sus marcos teóricos en procesos graduales de transformación ética plantean interrogantes relevantes desde una perspectiva bioética orientada a la praxis. En este sentido, resulta pertinente preguntarse en qué medida estas teorías pueden operar de manera efectiva como propuestas bioéticas capaces de orientar decisiones y prácticas reales, más allá de su consistencia filosófica interna.

Considerando lo anterior, el objetivo del artículo es analizar los fundamentos normativos de la ética animal desarrollados por Singer y Regan desde un enfoque pragmatista, con el fin de evaluar su alcance y sus limitaciones como propuestas bioéticas orientadas a la acción. En lugar de rechazar sus aportes, se busca examinar cómo sus planteamientos pueden resultar insuficientes cuando se los concibe como marcos éticos cerrados, y cómo el veganismo puede ser reinterpretado, desde la bioética, no como un ideal moral absoluto, sino como una praxis ética situada, gradual y revisable.

Para lograr esa reinterpretación, se propone abordarla mediante una lectura pragmatista del veganismo como praxis ética en el marco de la bioética. A partir del pragmatismo filosófico, en particular de las aportaciones de Charles Sanders Peirce (1992–1998), William James (2000) y John Dewey (1908), se adopta una concepción de la ética centrada en la experiencia, la deliberación contextual y la evaluación de las consecuencias prácticas de las acciones. Desde esta perspectiva, las teorías éticas no se valoran únicamente por su coherencia normativa, sino también por su capacidad para orientar prácticas efectivas de transformación moral en situaciones concretas.

Al situar el debate sobre la ética animal dentro del campo de la bioética y someterlo a una lectura pragmatista, este trabajo aspira a contribuir a una comprensión más amplia y operativa del veganismo como

respuesta ética a la explotación animal, recuperando así una dimensión de la bioética que, aunque presente desde sus orígenes, ha sido escasamente desarrollada en la reflexión bioética contemporánea. Con este fin, en el artículo se examinan, en primer lugar, los alcances y la posición de la ética animal en la bioética contemporánea; posteriormente, se desarrolla una crítica pragmatista a las propuestas normativas de Singer y Regan; y, finalmente, se plantea el veganismo como una praxis ética relevante para una bioética orientada a la acción.

1. La ética animal en la bioética contemporánea: alcances y tensiones

Como se ha dicho antes, a lo largo de su desarrollo, la bioética ha privilegiado principalmente los problemas vinculados con la práctica médica, la investigación biomédica y la toma de decisiones clínicas, relegando a un segundo plano la reflexión ética sobre los otros animales. Cuando estos aparecen en el discurso bioético, suelen ser considerados principalmente como objetos de regulación, en contextos experimentales, productivos o educativos, más que como sujetos de consideración moral directa. Esta aproximación refleja una orientación antropocéntrica que limita el alcance de la bioética a los intereses humanos, aun cuando muchas prácticas éticas implican directamente la vida, el sufrimiento y la muerte de los otros animales.

En contraste con esta tendencia, la ética animal contemporánea ha cuestionado de manera sistemática la exclusión moral de los otros animales. Uno de sus aportes más influyentes ha sido la crítica al especismo, entendido como una forma de discriminación basada en la pertenencia a una especie, que legitima prácticas de explotación ampliamente aceptadas. Este cuestionamiento permitió replantear la noción de comunidad moral y abrió el debate sobre los criterios éticos que deberían fundamentar la consideración moral de los otros animales.

En este marco, las propuestas normativas de Singer y Regan se han consolidado como referentes centrales. Por un lado, desde el utilitarismo, Singer declara que “Si un ser sufre, no puede haber justificación moral alguna para negarse a tener en cuenta este sufrimiento. [...] el principio de igualdad exige que [...] su sufrimiento cuente tanto como el sufrimiento de cualquier otro ser” (Singer, 2018: 25). Por lo que se puede entender que el autor sostiene que la capacidad de sufrir constituye el criterio moral fundamental, lo que exige tomar en cuenta de manera imparcial los intereses de todos los seres sintientes. Su planteamiento tuvo un impacto decisivo al mostrar que numerosas prácticas humanas generan sufrimiento evitable y carecen de justificación moral. Sin embargo, desde la perspectiva del pragmatismo, el énfasis en el cálculo agregado de consecuencias y en la maximización del bienestar plantea dificultades prácticas relevantes, especialmente al orientar las decisiones bioéticas en contextos sociales complejos y heterogéneos.

Por su parte, Regan (2016) desarrolló una teoría de los derechos animales basada en la noción de valor inherente, según la cual los otros animales que son sujetos-de-una-vida poseen un valor intrínseco que impide su instrumentalización. Esta propuesta ofrece una crítica radical a la explotación animal y refuerza la coherencia ética del veganismo como rechazo de su uso como medios. No obstante, apelando a una crítica pragmatista, su carácter normativo absoluto y su apelación a principios universales generan tensiones cuando se consideran los procesos graduales de cambio moral y las condiciones concretas en las que se toman decisiones bioéticas.

Si bien ambas teorías han contribuido de manera decisiva a ampliar la comunidad moral y a cuestionar el antropocentrismo, su traslado al ámbito de la bioética plantea una pregunta central: ¿en qué medida estos marcos normativos pueden operar de manera efectiva como guías para la acción en contextos reales? Esta cuestión no desestima su valor ético, pero pone de relieve la necesidad de evaluar sus alcances y limitaciones desde una perspectiva orientada a la praxis. En este punto, el pragmatismo filosófico ofrece un marco adecuado para repensar la ética animal dentro de la bioética, al desplazar el énfasis de principios abstractos hacia prácticas, consecuencias y procesos de deliberación situados.

2. Pragmatismo y ética animal: límites de la normatividad en bioética

El pragmatismo filosófico surge como una crítica a las concepciones éticas que conciben la moralidad exclusivamente como un sistema de principios abstractos, desvinculados de la experiencia y de las condiciones concretas de la acción. En la tradición pragmatista, según Barrera (2014), la reflexión ética se desplaza de la búsqueda de fundamentos últimos hacia el análisis de las consecuencias prácticas de las creencias y las decisiones morales. Desde esta perspectiva, el valor de una teoría ética no se mide únicamente por su coherencia interna, sino también por su capacidad para orientar la acción y promover procesos efectivos de transformación moral.

Este enfoque resulta pertinente en el ámbito de la bioética, donde las decisiones éticas se enfrentan constantemente a situaciones complejas, contingentes y socialmente situadas. El pragmatismo no propone la eliminación de los principios morales, sino su evaluación crítica a la luz de su aplicabilidad, su flexibilidad y su impacto real en las prácticas. En este sentido, una lectura pragmatista de la ética animal permite interrogar no solo la justificación teórica de los modelos normativos dominantes, sino también su operatividad como guías de la acción bioética.

Desde esta óptica, las propuestas de la ética animal desarrolladas por Singer y Regan, aun reconociendo su relevancia ética y filosófica, presentan límites significativos. Por un lado, el utilitarismo defendido por Singer ha sido fundamental para visibilizar el sufrimiento animal y cuestionar la legitimidad moral de prácticas ampliamente normalizadas. Sin embargo, su énfasis en la maximización del bienestar y en la evaluación agregada de intereses plantea dificultades prácticas importantes. La ponderación del sufrimiento, la comparación entre intereses heterogéneos y la proyección de consecuencias a largo plazo resultan problemáticas para orientar decisiones bioéticas concretas, especialmente en contextos sociales complejos y culturalmente diversos.

Por su parte, la teoría de los derechos animales formulada por Regan, si bien ofrece una crítica radical a la instrumentalización de los animales al fundamentar su valor intrínseco como sujetos-de-una-vida; desde una perspectiva pragmatista, el carácter absoluto de esta propuesta normativa y su apelación a derechos universales presuponen un grado de consenso moral que difícilmente se alcanza en la práctica. La rigidez normativa que caracteriza a esta teoría dificulta la consideración de contextos específicos y la adopción de estrategias graduales de cambio ético, elementos fundamentales para una bioética orientada a la praxis.

Ambas propuestas comparten, desde una lectura pragmatista, la tendencia a privilegiar modelos normativos abstractos con pretensiones de validez universal. Si bien esta aspiración ha sido decisiva para cuestionar el especismo y ampliar la comunidad moral hacia los animales no humanos, también ha contribuido a generar una brecha significativa entre la teoría ética y la práctica bioética. En contextos reales, las decisiones bioéticas suelen implicar procesos de deliberación, negociación y transición que no pueden resolverse mediante la aplicación directa de principios absolutos.

Así, la propuesta desde el pragmatismo es que esta tensión no se resuelve mediante el rechazo de la normatividad ética, sino mediante su reconfiguración. La bioética, entendida como una ética aplicada y contextual, requiere marcos conceptuales capaces de dialogar con la complejidad de las prácticas sociales y de evaluar las teorías éticas en función de sus consecuencias reales. Con este enfoque es posible abrir el camino hacia una reinterpretación del veganismo no como un ideal moral rígido, sino como una praxis ética orientada a la acción, cuestión que se desarrolla en la siguiente sección.

3. El veganismo como praxis ética en la bioética

Dicho lo anterior, desde una perspectiva pragmatista, el veganismo debe ser comprendido no como un sistema normativo cerrado ni como una obligación moral absoluta, sino como una praxis ética orientada a transformar las prácticas humanas que causan daño a los animales no humanos. Esta reinterpretación resulta especialmente pertinente en el ámbito de la bioética, donde las decisiones morales se enfrentan a contextos complejos, pluralistas y atravesados por tensiones sociales, culturales y económicas.

Entendido como praxis, el veganismo se desplaza del terreno de la pureza moral al de la responsabilidad práctica. Su valor ético no depende exclusivamente de la adhesión total a un conjunto de principios, sino de su capacidad para reducir el sufrimiento animal y cuestionar las estructuras de explotación normalizadas. Desde esta óptica, la acción ética se evalúa por sus consecuencias reales y su potencial transformador, más que por su coherencia con un ideal normativo abstracto.

Esta concepción permite superar algunas de las dificultades señaladas en las propuestas normativas de ética animal. Frente al cálculo utilitarista estricto o a la exigencia absoluta de derechos, el enfoque pragmatista reconoce que los procesos de cambio moral suelen ser graduales, situados y revisables. La bioética, en tanto ética aplicada, puede beneficiarse de esta orientación al incorporar prácticas que, aun sin cumplir con estándares ideales, representan avances significativos en la ampliación de la consideración moral hacia los animales no humanos.

Asimismo, concebir el veganismo como praxis ética favorece su integración en la deliberación bioética institucional. En lugar de presentarse como una imposición moral externa, el veganismo puede funcionar como

una estrategia ética que dialoga con otras consideraciones bioéticas, tales como la justicia social, la viabilidad cultural y la responsabilidad colectiva. Esta apertura deliberativa resulta coherente con una bioética orientada a la acción, más preocupada por promover cambios efectivos que por establecer jerarquías morales rígidas. Un ejemplo de esta orientación pragmatista puede encontrarse en la adopción gradual de prácticas alimentarias que reducen el consumo de productos de origen animal en contextos culturales específicos, a diferencia de una exigencia moral absoluta, sino como resultado de procesos deliberativos orientados a la reducción del daño y a la ampliación progresiva de la consideración moral hacia los otros animales.

Desde esta perspectiva, la ética animal deja de ser un campo marginal para convertirse en una dimensión relevante de la bioética contemporánea. El veganismo, reinterpretado pragmatistamente, no pretende clausurar el debate moral, sino ampliarlo, ofreciendo una herramienta ética que permita repensar las relaciones entre humanos y animales desde criterios de responsabilidad, de reducción del daño y de transformación progresiva de las prácticas.

4. Conclusiones

El análisis desarrollado en este artículo ha mostrado que las propuestas normativas de la ética animal formuladas por Singer y Regan, si bien han sido fundamentales para cuestionar el especismo y ampliar la consideración moral hacia los otros animales, presentan límites significativos cuando se evalúan desde una perspectiva bioética orientada a la praxis. Su énfasis en principios abstractos y universales dificulta, en muchos casos, su traducción en orientaciones prácticas aplicables a contextos sociales complejos y diversos.

A partir del pragmatismo filosófico, se ha propuesto una lectura alternativa que permite evaluar las teorías éticas no solo por su coherencia normativa, sino también por su capacidad para orientar acciones concretas y generar consecuencias éticamente relevantes. Desde esta perspectiva, el veganismo puede ser reinterpretado como una praxis ética situada, gradual y revisable, cuyo valor bioético radica en su potencial transformador más que en su conformidad con un ideal moral absoluto.

Esta reinterpretación contribuye a reintegrar la ética animal en el campo de la bioética, recuperando una dimensión presente en sus orígenes, pero escasamente desarrollada en la bioética institucional contemporánea. Al concebir el veganismo como una práctica ética orientada a la reducción del daño y a la revisión crítica de las relaciones interespecie, la bioética puede ampliar su horizonte de reflexión sin renunciar a su carácter aplicado y contextual.

Finalmente, en este trabajo se sugiere retomar una bioética pragmatista que ofrece un marco fértil para abordar los desafíos éticos planteados por la relación entre el ser humano y los otros animales, evitando tanto el normativismo rígido como el relativismo moral. En este sentido, el veganismo, entendido como praxis ética, se presenta como una propuesta bioética relevante para repensar nuestras prácticas y responsabilidades frente a la vida no humana en las sociedades contemporáneas.

Sharon Lezly Rico Romero

Filósofa, maestra y doctorante en Ciencias, en el área de Bioética por la UNAM.

Docente de la Universidad Nacional Rosario Castellanos

Sus líneas de investigación se centran en la bioética animal, ambiental y la bioética aplicada.

sharon.lzly@gmail.com

Ricardo Noguera Solano

Profesor de tiempo completo de la Facultad de Ciencias de la UNAM.

Su trabajo se centra en la historia de la biología, la evolución biológica y el análisis crítico de la ciencia desde una perspectiva interdisciplinaria

rns@ciencias.unam.mx

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alvaro, C. (2019). Lab-grown meat and veganism: A virtue-oriented perspective. *Journal of Agricultural and Environmental Ethics*, 32(1), 127–141. <https://doi.org/10.1007/s10806-019-09759-2>
- Barrena, S. (2014). El pragmatismo. *Revista de Filosofía Factótum*, (12), 1–18. <http://www.revistafactotum.com>
- Bobier, C. A. (2021). What would the virtuous person eat? The case for virtuous omnivorism. *Journal of Agricultural and Environmental Ethics*, 34(3), 1–19. <https://doi.org/10.1007/s10806-021-09860-5>
- Dewey, J. (2000). La evolución del pragmatismo norteamericano. En J. Dewey, *La miseria de la epistemología. Ensayos de pragmatismo*. Madrid: Biblioteca Nueva, pp. 61-80.
- Dewey, J. (1908). What Does Pragmatism Mean by Practical? *The Journal of Philosophy, Psychology and Scientific Method*, V, pp. 85-99.
- Gaitán, I. D. Á., González, A. G., & Barrios, J. I. L. (2024). Los devenires del veganismo: una aproximación genealógica. *Políticas de la Memoria*, (24), 288-303.
- Jahr, F. (2013). Bio-ética: una perspectiva de las relaciones éticas de los seres humanos con los animales y las plantas (1927), en *Aesthethika*, 8(2), 18-23.
- James, W. (2000). *Pragmatismo. Un nuevo nombre para viejas formas de pensar*. Madrid: Alianza.
- Leenaert, T. (2018). *Hacia un futuro vegano: Un enfoque pragmático*. Plaza y Valdés.
- Peirce, C. S. (1992–1998). *The essential Peirce: Selected philosophical writings* (N. Houser & C. Kloesel, Eds.; Vols. 1–2). Indiana University Press.
- Regan, T. (2016). *En defensa de los derechos de los animales*. Fondo de Cultura Económica.
- Singer, P. (2018). *Liberación animal*. Taurus.
- The Vegan Society. (s. f.). Definition of veganism. <https://www.vegansociety.com/go-vegan/definition-veganism>

El fin al inicio: cuestiones éticas sobre el final de la vida en los niños, el caso de IG

RESUMEN

En este texto se presenta el caso de una niña con graves condiciones médicas y se analiza cómo dicho caso llevó al tribunal en el Reino Unido a ordenar la extubación de la paciente, así como las cuestiones éticas asociadas a este proceso. Se abordan la toma de decisiones médicas, el concepto de interés superior del niño, la futilidad terapéutica y la distinción entre distanasia y eutanasia pasiva, con el objetivo de enriquecer el debate bioético sobre el final de la vida en la infancia.

PALABRAS CLAVE

Muerte, Niño que sufre, Decisión ética, Futilidad terapéutica, Interés superior del niño.

ABSTRACT

This paper presents the case of a child with severe medical conditions and examines how the case led the court in the United Kingdom to order the child's extubation, as well as the ethical issues associated with this process. The paper addresses medical decision-making, the concept of the best interest of the child, therapeutic futility, and the distinction between dysthanasia and passive euthanasia, with the aim of enriching the bioethical debate on end-of-life care in childhood.

KEYWORDS

Death, Suffering child, Ethical decision, Therapeutic futility, Best interest of the child.

Introducción

Acostumbrados como estamos a hablar de la muerte al final de la vida, siempre resulta perturbador enfrentarnos a las cuestiones del final de la vida en los niños. Una vida frágil, incapaz de perseguir su propio proyecto existencial, va en contra de todas nuestras expectativas. Los intentos de mantener esa vida el mayor tiempo posible responden a un impulso casi instintivo, y ninguna opción de muerte parece tener sentido cuando se trata de la infancia.

Sin embargo, la medicina contemporánea ha alcanzado un grado de sofisticación técnica que permite mantener funciones vitales durante períodos prolongados, incluso cuando la reversión del proceso patológico es imposible. Esta capacidad técnica, lejos de ser siempre un bien, puede convertirse en un factor que prolonga el sufrimiento sin aportar beneficio alguno al paciente. En este contexto, las decisiones sobre el final de la vida en pediatría se han vuelto uno de los campos más complejos y emocionalmente exigentes de la bioética, precisamente porque obligan a confrontar la tensión entre el deber de preservar la vida y el deber de no infligir daño.

El caso de IG, que se dio a conocer recientemente en los medios de comunicación, es uno de esos casos en los que las expectativas de vida se enfrentan a las decisiones sobre el final de la vida y que plantean cuestiones éticas de gran calado. Lo abordaremos aquí subrayando que incluso las decisiones jurídicas dependen necesariamente de consideraciones éticas previas, y que la claridad conceptual en este ámbito no es un lujo

académico, sino una exigencia práctica. El objetivo no es ofrecer respuestas definitivas, sino iluminar los marcos de razonamiento que deben guiar este tipo de deliberaciones.

Este caso se ajusta a la legislación, el contexto y la práctica británicos, por lo que puede presentar algunas diferencias con respecto a la legislación de otros países. No obstante, nos parece que arroja luz sobre las decisiones éticas más allá de la legislación.

1. Resumen del caso

IG nació en febrero de 2023 con condiciones médicas profundas de naturaleza metabólica, neurológica y cardiovascular. Padecía aciduria combinada D-2- y L-2-hidroxiglutarica, un trastorno neurometabólico devastador y extremadamente raro, caracterizado por hipotonía muscular, disfunción grave del neurodesarrollo y convulsiones intratables asociadas a dificultad respiratoria (Mühlhausen et al., 2014, p. 775). Además, presentaba ventriculomegalia progresiva bilateral y tetralogía de Fallot, una cardiopatía congénita cianótica actualmente tratable, con una tasa de supervivencia a largo plazo de entre el 68,5 % y el 90,5 % a los 30 años (van der Ven et al., 2019).

Poco después de nacer, IG se sometió a una cirugía de corrección intestinal por malrotación intestinal. Con estas complicaciones, sufrió tres paradas cardíacas y tuvo frecuentes episodios de desaturación profunda (hipoxia) y bradicardia. Las múltiples formas de acceso intravenoso requeridas añadieron sufrimiento y dolor a su ya complicado estado clínico.

Aunque se aplicaron todas las terapias posibles, incluidos tres tratamientos experimentales, el equipo médico concluyó que lo más beneficioso para IG no era continuar con procedimientos invasivos que producían sufrimiento sin mejorar sus condiciones de base. El 7 de septiembre de 2023, el hospital comunicó al tribunal que "no hay perspectivas de recuperación, su esperanza de vida es muy limitada, los múltiples tratamientos que recibe le están causando un alto nivel de dolor y sufrimiento, y no hay calidad de vida perceptible ni interacción de IG con el mundo que la rodea" (NHS¹ v. G, 13 oct. 2023, párr. 3). El hospital solicitó autorización judicial para retirar los cuidados críticos, autorización necesaria únicamente por la negativa de los padres.

Los padres indicaron que IG mostraba signos de mejoría, interactuaba con quienes la rodeaban y no presentaba signos de dolor grave, y que los beneficios de la vida superaban las cargas del tratamiento (NHS v. G, 13 oct. 2023, párr. 5). El 16 de octubre, el tribunal decidió que IG debía ser atendida según el plan de cuidados compasivos del hospital, asegurando el menor dolor y angustia posibles y la mayor dignidad (NHS v. G, 23 oct. 2023, párr. 3). No le convenía permanecer intubada con ventilación invasiva, y solo se autorizaría ventilación no invasiva durante los siete días posteriores a la extubación.

Tras esta decisión, y ante un nuevo empeoramiento que dejaba únicamente la posibilidad de extubación en una institución asistencial, los padres intentaron retrasar la decisión final solicitando nuevas pruebas y una autorización para la extubación en el domicilio, solicitud que fue denegada. Este caso plantea una serie de cuestiones éticas que abordaremos a continuación.

2. Toma de decisiones médicas: más acá y más allá de la terapia

En las sociedades occidentales contemporáneas, el poder del médico no es absoluto. El modelo paternalista ha cedido terreno ante el principio de autonomía: los pacientes pueden rechazar un tratamiento, incluso mediante testamentos vitales o voluntades anticipadas. La relación médico-paciente ya no es unívoca sino compartida, siendo del paciente la última palabra sobre la terapia a seguir. El principio de autonomía tiene implicaciones directas para las decisiones terapéuticas, incluso si ello implica la muerte: "se reconoce que una persona competente (o previamente competente) puede rechazar una intervención incluso cuando tal rechazo provoque la muerte de la persona" (Baines, 2008: 172).

No obstante, hay que tener en cuenta a los pacientes que carecen de capacidad para decidir. En estos casos, corresponde al tutor legal tomar las decisiones; si el médico no está de acuerdo, puede solicitar una decisión

¹ National Health Service (NHS) UK - Servicio Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido

judicial, como ocurrió con IG. La actuación médica debe estar siempre orientada a defender el interés del paciente y la decisión que este tomaría libremente si tuviera capacidad para ello.

Sin embargo, el poder del representante legal tampoco es soberano: en ningún momento puede exigir al médico que lleve a cabo un procedimiento en contra de su criterio profesional. El tribunal lo expresó con claridad: "el tribunal no tiene poder para exigir a los médicos que lleven a cabo un procedimiento médico en contra de su propio juicio profesional" (NHS v. G, 13 oct. 2023, párr. 25). La obstinación terapéutica está además prohibida legal y éticamente.

Más allá de la terapia, en lo que podríamos denominar "filotecnia", encontramos lo que permite la tecnología médica, que no siempre coincide con lo que es beneficioso para el paciente. Ciertas técnicas para mantener signos de vida no revelan una posibilidad real de recuperación, sino un deseo de vida. En el caso de IG, las terapias ponían en tensión dos valores fundamentales: la vida biológica medida en semanas y la calidad de vida medida en horas o días. La vida no es un valor absoluto: el tribunal asume que puede quedar superado cuando "los placeres y la calidad de vida son suficientemente pequeños y el dolor y el sufrimiento son suficientemente grandes" (NHS v. G, 13 oct. 2023, párr. 27 v). Así pues, el médico debe siempre —en situaciones como la de IG— sopesar y deliberar, junto con el equipo, otros especialistas y la familia, las ganancias y pérdidas que una determinada técnica podría tener para el paciente concreto.

3. El interés superior del niño

La cuestión central ante el tribunal fue si era en el interés superior de IG continuar o no con los tratamientos. En primer lugar, esta definición no se construye en el vacío ni desde consideraciones ontológicas abstractas: lo que está en juego es esa vida concreta, en ese momento determinado, comprendida de forma holística. El tribunal señala que "el punto de partida es considerar el asunto desde el punto de vista del paciente" (NHS v. G, 13 oct. 2023, párr. 27 i).

Esto no es posible en el caso de IG. Con las graves lesiones cerebrales con las que nació y la edad a la que se plantearon las cuestiones (poco más de siete meses), el desarrollo de su percepción del mundo sería, en el mejor de los casos, sumamente limitado. Lo que llamamos personalidad —las huellas de una estructuración simbólica del mundo— solo se produce en los meses y años siguientes. La alternativa, explorar la visión de los padres, tampoco es una solución, porque no representa la perspectiva de IG, sino la suya propia, que puede entrar en conflicto con su interés superior. El tribunal lo subraya: "los padres no reconocen el dolor que IG está sufriendo" (NHS v. G, 13 oct. 2023, párr. 43). Sus esperanzas responden a un acto de creencia y no a una valoración objetiva de la realidad: "Creen que puede alcanzar cierta autonomía en el futuro" (NHS v. G, 23 oct. 2023, párr. 15).

No es ajeno a la práctica médica el hecho de que cada vez más familiares tomen decisiones basadas en la noción errónea de que todo es técnicamente posible. Esta noción es contraproducente cuando hay que decidir sobre el bienestar de los demás. Como señala Elliston, "las mejoras en los cuidados prenatales y en la provisión de tratamiento de cuidados intensivos para los bebés han significado que muchos que de otro modo habrían muerto al nacer pueden mantenerse en muy malas condiciones durante semanas, meses o incluso más tiempo" (Elliston, 2007: 145). Lo que ocurriría más rápidamente de forma natural se ve superado por un optimismo excesivo en la capacidad de la medicina.

La propia Convención sobre los Derechos del Niño no define el interés superior del niño, optando solo por la noción de que debe tenerse en cuenta (artículo 3). Lopatka recuerda que los derechos deben interpretarse en su contexto concreto (Lopatka, 1992: 48): si bien "cada niño tiene dignidad humana y las mismas necesidades: de protección de su personalidad, de integridad y de intimidad", "cada niño tiene sus intereses específicos" (Lopatka, 1992: 49). El derecho a la vida, aunque central en toda noción de derechos humanos, no es absoluto: debe contraponerse al "derecho de todo niño a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social" (Lopatka, 1992: 49). Wolf concluye que "solo se puede hablar hasta cierto punto del concepto de 'interés superior' como un concepto jurídico coherente conformado por relaciones contextuales y diferentes categorías de derechos humanos individuales y obligaciones estatales" (Wolf, 1992: 132-133).

Está bastante claro que los Estados han subsumido la idea de autonomía heterónoma en el concepto de interés superior del niño: a pesar de no poder decidir por sí mismos, el Estado —ya sean los padres, el tribunal u otras instituciones— debe velar por la autonomía del niño tomando decisiones basadas en la presunción de esta autonomía y no en la defensa de ningún interés ajeno. Baines subraya que "no hay acuerdo sobre lo que es el

interés superior de una persona, ni existe un proceso establecido para hacer una evaluación de los intereses de una persona” (Baines, 2008: 172). En el caso de IG, el tribunal define el interés superior del menor a través de cinco criterios: (i) el bienestar en sentido amplio —no solo médico, sino social y psicológico—; (ii) la naturaleza del tratamiento y sus perspectivas de éxito; (iii) el resultado probable para el paciente; (iv) el intento de situarse en su lugar para conocer su posible actitud ante el tratamiento; (v) la consulta a quienes le atienden o se interesan por su bienestar (NHS v. G, 13 oct. 2023, párr. 26).

El tribunal asume además que los deseos de los padres, aunque importantes, son irrelevantes para la decisión: “sus propios deseos [de los padres], por muy comprensibles que sean en términos humanos, son totalmente irrelevantes para la consideración del interés superior objetivo del niño” (NHS v. G, 13 oct. 2023, párr. 27). Como subrayan Hain y Craig, “el concepto de derechos parentales no representa una ampliación de la autonomía de los padres sobre sí mismos, ni implica que el niño sea una posesión cuyos intereses sean siempre los de sus padres” (Hain & Craig, 2022: 243).

Para el tribunal, la cuestión era si el instinto de vida tenía más peso que las condiciones específicas de IG. Las constataciones médicas eran contundentes: el caso era extremadamente complejo y el statu quo insostenible (NHS v. G, 13 oct. 2023, párr. 32 i); no existían terapias curativas y el estado era irreversible e intratable (NHS v. G, 13 oct. 2023, párr. 32 ii); el tejido cerebral restante estaba gravemente comprometido (NHS v. G, 13 oct. 2023, párr. 32 v); la calidad de vida era extremadamente limitada y el tratamiento causaba dolor (NHS v. G, 13 oct. 2023, párr. 32 vi-vii); y el equipo de cardiología coincidía en que los riesgos superaban cualquier beneficio a largo plazo (NHS v. G, 13 oct. 2023, párr. 32 x). En palabras del médico asistente: “el deterioro fisiológico se está produciendo independientemente del tratamiento, y la gravedad de su condición neurológica progresiva es tal que ya no puede beneficiarse de la continuación de la vida” (NHS v. G, 13 oct. 2023, párr. 33).

4. Sentencia del tribunal

Ante estas evidencias, el tribunal asumió que la evidencia médica era unánime y clara, que el tratamiento era fútil (véase DeLisser, 2009) y que IG había alcanzado el límite de lo que la medicina puede lograr. Dictaminó que lo mejor para IG era ser atendida según el plan de cuidados compasivos; que no era en su mejor interés continuar intubada y ventilada de forma invasiva; que tampoco lo era recibir cuidados agresivos o intervenciones dolorosas; y que debía recibir únicamente cuidados compasivos, incluido el alivio adecuado del dolor (NHS v. G, 23 oct. 2023, párr. 3).

Esta decisión surge del contrapunto entre preservar la vida y aumentar el sufrimiento (NHS v. G, 23 oct. 2023, párr. 25), o dicho de otro modo, depende de “la calidad de vida que pueda preverse para el niño” (Singer, 2012: 204). El cuidador —ya sean los padres, el hospital o en última instancia el tribunal— debe asumir la autonomía del paciente como propia, sabiendo que es paradójica: se trata de una autonomía no autónoma, heterónomamente defendida. Una decisión que extienda el dolor y el sufrimiento sin atribuirles ningún sentido ni futuro realista vulnera, precisamente, esa autonomía que pretende proteger.

5. Cuestiones éticas: distanasia y futilidad terapéutica

Conviene destacar algunos elementos cuya justificación ética no se infiere directamente de la lectura del caso. El primero es la distinción terminológica. Mantener a IG intubada y sometida a procedimientos invasivos —únicamente para mantenerla con vida, sin posibilidad de revertir su condición— puede considerarse un caso de distanasia: el uso de medios técnicos que prolongan el proceso de muerte sin aportar beneficio al paciente, aumentando su sufrimiento.

Como señalan Clark y Dudzinski, el uso de la RCP en niños al final de la vida no puede ser una cuestión de exclusión voluntaria, porque “crea la percepción de que los médicos tienen la obligación de obtener el permiso de los padres para realizar la RCP en todos los niños (Clark & Dudzinski, 2013), lo que equivale en la práctica a procedimientos inútiles que aumentan el sufrimiento. Delisser propone que “una intervención es fútil si, basándose en un juicio médico razonado e informado, es improbable que restaure, mantenga o mejore una vida que el paciente pueda sentir y de la que pueda ser consciente, y luego valorar y apreciar” (DeLisser, 2009). Para determinar esto, ofrece tres niveles: futilidad biológica (¿mantendrá el tratamiento la vida biológica?), futilidad cognitiva (¿permitirá al paciente interactuar con su entorno?) y futilidad relacionada con la vida deseable

(¿contribuirá a una vida que el paciente considere significativa?). Estos criterios carecen de consenso en sus dos últimos niveles, lo que puede dar lugar a conflictos como el del caso de IG.

Otra cuestión es si la retirada de los procedimientos invasivos puede considerarse eutanasia pasiva. “Calificar la eutanasia de pasiva indica la ausencia de cualquier acción para impedir que se produzca la muerte” (Ten Have & Neves, 2021: 497). El avance tecnológico ha generado situaciones en las que el paciente experimenta más dolor con la ayuda médica que con los cuidados orientados a acompañar el morir: “debido a que la tecnología se ha vuelto tan eficaz para prolongar la vida, es difícil determinar cuándo es apropiado aceptar que un paciente se está muriendo, cesar los tratamientos agresivos y reforzar el apoyo paliativo” (Reynolds *et al.*, 2007: 920).

Sin embargo, en ausencia de decisiones previas del paciente, no se trata de eutanasia en sentido estricto, pues esta siempre depende de los deseos expresos del paciente. La diferencia es cualitativamente sustantiva: “dejar morir es cualitativamente distinto de dar muerte (eutanasia), ya que no se trata de una cuestión de grado o intensidad de la acción, sino de una actitud totalmente diferente” (Ten Have & Neves, 2021: 497). Lo que ocurre en estos casos es la supresión de una prolongación artificial del sufrimiento cuando no existe esperanza de recuperación, dejando que la naturaleza siga su curso.

6. En conclusión

A pesar de ser un caso extremo, el de IG nos permite abordar diversos aspectos de las cuestiones éticas asociadas al final de la vida en la infancia. Las decisiones tomadas por el equipo médico, los padres y el tribunal ilustran la complejidad de articular principios éticos como la autonomía, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia cuando el paciente no puede expresar sus propias preferencias.

El caso pone de manifiesto la tensión irresuelta entre el instinto de preservar la vida a cualquier costo y la obligación ética de no prolongar el sufrimiento cuando ya no tiene sentido ni futuro. Evidencia también los límites de la tecnología médica y la necesidad de una cultura médica que sepa distinguir entre curar y cuidar, entre prolongar la vida y prolongar el morir. Más que certezas, casos como el de IG enriquecen el pensamiento bioético y obligan a desarrollar criterios más precisos para la toma de decisiones en situaciones de extrema vulnerabilidad.

En particular, la reflexión sobre el caso de IG invita a repensar la noción de interés superior del paciente incapaz de expresarse, a precisar los límites entre distanasia y cuidado compasivo, y a reconocer que la muerte no siempre representa un fracaso de la medicina, sino a veces la expresión más plena de su compromiso ético con el paciente. Es repensando estos casos como se construye el futuro de la bioética pediátrica.

João Emanuel Diogo

Centro de Estudos Clássicos e Humanísticos, Laboratório de Racionalidade e Ética Aplicada
Universidade de Coimbra
joaoediogo@gmail.com

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Baines, P. (2008). Death and best interests. *Clinical Ethics*, 3 (4), 171–174. <https://doi.org/10.1258/ce.2008.008030>
- Clark, J. D., & Dudzinski, D. M. (2013). The culture of dysthanasia: Attempting CPR in terminally ill children. *Pediatrics*, 131 (3), 572–580. <https://doi.org/10.1542/peds.2012-0393>
- DeLisser, H. M. (2009). Medical futility. En A. L. Caplan, A. Fiester, & V. Ravitsky (Eds.). *The Penn Center Guide to Bioethics* (pp. 365–376). Springer.
- Elliston, S. (2007). *The best interests of the child in healthcare*. Routledge.

Hain, R., & Craig, F. (2022). End of life: Resuscitation, fluids and feeding, and 'palliative sedation'. En N. Nortjé & J. C. Bester (Eds.). *Pediatric ethics: Theory and practice* (pp. 235–260). Springer.

Ten Have, H., & Neves, M. do C. P. (2021). *Dictionary of global bioethics*. Springer.

Lopatka, A. (1992). The rights of the child are universal: The perspective of the UN Convention on the Rights of the Child. En M. Freeman & P. Veerman (Eds.). *The ideologies of children's rights* (pp. 47–52). Martinus Nijhoff Publishers.

Mühlhausen, C., Salomons, G. S., Lukacs, Z., Struys, E. A., van der Knaap, M. S., Ullrich, K., & Santer, R. (2014). Combined D2-/L2-hydroxyglutaric aciduria (SLC25A1 deficiency): Clinical course and effects of citrate treatment. *Journal of Inherited Metabolic Disease*, 37 (5), 775–781. <https://doi.org/10.1007/s10545-014-9702-y>

Nottingham University Hospitals NHS Trust v. Gregory [2023], dictado los días 13, 23 y 31 de octubre y 2 y 8 de noviembre de 2023 (citado como NHS v. G, fecha, párrafo).

Reynolds, S., Cooper, A. B., & McKneally, M. (2007). Withdrawing life-sustaining treatment: Ethical considerations. *Surgical Clinics of North America*, 87 (4), 919–936. <https://doi.org/10.1016/j.suc.2007.07.010>

Singer, P. (2012). *Ética práctica* (3.^a ed.). Gradiva.

Van der Ven, J. P. G., Van den Bosch, E., Bogers, A. J. C. C., & Helbing, W. A. (2019). Current outcomes and treatment of tetralogy of Fallot. F1000. *Research*, 8, 1. <https://doi.org/10.12688/f1000research.17174.1>

Wolf, J. (1992). The concept of the 'best interest' in terms of the UN Convention on the Rights of the Child. En M. Freeman & P. Veerman (Eds.). *The ideologies of children's rights* (pp. 125–133). Martinus Nijhoff Publishers.

Inteligencia artificial y decisiones clínicas: una relectura bioética de la medicina asistida por algoritmos

RESUMEN

La incorporación de sistemas de inteligencia artificial (IA) en la práctica clínica está transformando la toma de decisiones sanitarias, generando oportunidades relevantes, pero también profundas tensiones éticas. Este trabajo propone un análisis centrado en los aspectos bioéticos del uso de la IA como herramienta de apoyo a la decisión clínica, desplazando el foco desde la regulación jurídica hacia la reflexión moral. A partir de los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, se examinan los desafíos derivados de la opacidad algorítmica, los sesgos y la progresiva automatización de la confianza. Asimismo, se aborda el impacto de estas tecnologías en la identidad profesional del médico y en la relación médico-paciente. Finalmente, se propone una ética de la deliberación clínica asistida que preserve la centralidad de la persona frente a la creciente tecnificación de la medicina.

PALABRAS CLAVE

Bioética, Inteligencia Artificial, Decisiones clínicas, Autonomía, Deliberación médica, Justicia algorítmica.

ABSTRACT

The incorporation of artificial intelligence (AI) systems into clinical practice is transforming healthcare decision-making, generating significant opportunities but also deep ethical tensions. This paper proposes an analysis focused on the bioethical aspects of AI as a clinical decision-support tool, shifting the focus from legal regulation toward moral reflection. Drawing on the principles of autonomy, beneficence, non-maleficence, and justice, the paper examines challenges arising from algorithmic opacity, bias, and the progressive automation of trust. It also addresses the impact of these technologies on the professional identity of physicians and on the doctor-patient relationship. Finally, it proposes an ethics of assisted clinical deliberation that preserves the centrality of the person in the face of increasing mediatechnical change.

KEYWORDS

Bioethics, Artificial Intelligence, Clinical decisions, Autonomy, Medical deliberation, Algorithmic justice.

Introducción

La inteligencia artificial (IA) ha irrumpido en la práctica clínica como una herramienta capaz de analizar grandes volúmenes de datos y ofrecer recomendaciones diagnósticas y terapéuticas con una precisión creciente. Esta transformación tecnológica no solo modifica los procesos asistenciales, sino que interpela directamente a los fundamentos éticos de la medicina.

Más allá de su potencial técnico, la IA plantea una cuestión central: ¿cómo integrar sistemas algorítmicos en la toma de decisiones clínicas sin erosionar los valores que históricamente han definido la práctica médica? Este trabajo aborda esta cuestión desde una perspectiva eminentemente bioética, entendiendo la IA no como un mero instrumento neutral, sino como un elemento que reconfigura la deliberación clínica, la responsabilidad y la relación con el paciente.

1. La IA y la transformación de la racionalidad clínica

La medicina ha sido tradicionalmente una práctica prudencial, basada en la deliberación contextual, la experiencia clínica y la interpretación individualizada del paciente. La introducción de la IA supone la incorporación de una racionalidad distinta: una racionalidad estadística, basada en correlaciones y patrones extraídos de grandes conjuntos de datos.

Este cambio no es meramente técnico, sino epistemológico. La IA no «comprende» al paciente, sino que lo sitúa dentro de una categoría probabilística. Esto plantea una tensión entre la medicina personalizada; centrada en la singularidad del sujeto, y la medicina algorítmica; basada en la generalización estadística.

Desde una perspectiva bioética, el reto no consiste en rechazar esta nueva racionalidad, sino en integrarla críticamente dentro del juicio clínico, evitando que desplace la dimensión interpretativa y humana del acto médico.

2. Relectura de los principios bioéticos en la era algorítmica

2.1. Autonomía: del consentimiento informado a la comprensión significativa

La autonomía del paciente se enfrenta a un desafío cualitativo con la introducción de la IA. No basta con informar de que se utiliza un sistema algorítmico; es necesario que el paciente comprenda, en la medida de lo posible, el papel que este desempeña en su proceso asistencial.

La opacidad de muchos sistemas de IA dificulta esta comprensión, generando una asimetría informativa aún mayor entre profesional y paciente. En este contexto, la autonomía no puede reducirse a un acto formal de consentimiento, sino que debe entenderse como un proceso de comunicación significativa, en el que el profesional traduce la complejidad tecnológica a un lenguaje comprensible.

Así, la autonomía se transforma en una autonomía mediada, donde la responsabilidad del profesional como intérprete ético de la tecnología resulta fundamental.

2.2. Beneficencia y no maleficencia: entre la optimización y la prudencia

La promesa de la IA radica en su capacidad para mejorar la precisión diagnóstica y optimizar las decisiones terapéuticas. Sin embargo, esta promesa puede generar una ilusión de infalibilidad que debilite la actitud crítica del profesional.

Desde la bioética, la beneficencia no puede identificarse exclusivamente con la maximización de resultados estadísticos. El bien del paciente incluye dimensiones cualitativas, contextuales y personales que escapan al cálculo algorítmico.

Por su parte, el principio de no maleficencia adquiere nuevas formas de riesgo: errores derivados de datos sesgados, recomendaciones inapropiadas en contextos no representados o una dependencia excesiva de la tecnología. A ello se suma el riesgo de desresponsabilización, en la medida en que el profesional pueda ampararse en la autoridad del algoritmo.

La prudencia clínica, entendida como capacidad de deliberación crítica, emerge así como una virtud central en la interacción con sistemas de IA.

2.3. Justicia: equidad en la era de los datos

La IA tiene el potencial de mejorar la eficiencia del sistema sanitario, pero también de reproducir y amplificar desigualdades existentes. Los algoritmos aprenden de datos históricos que pueden reflejar sesgos estructurales, lo que plantea un problema de justicia distributiva.

Desde una perspectiva bioética, la justicia no se limita a la igualdad formal, sino que exige una atención especial a los colectivos vulnerables. Esto implica cuestionar críticamente los datos utilizados, los modelos desarrollados y los contextos de aplicación.

La justicia algorítmica requiere, por tanto, una vigilancia ética constante que garantice que la innovación tecnológica no se produzca a costa de los más desfavorecidos.

3. La automatización de la confianza y el riesgo de deshumanización

Uno de los fenómenos más relevantes en el uso de la IA es la denominada «automatización de la confianza»: la tendencia a aceptar las recomendaciones algorítmicas sin un análisis crítico suficiente.

Este fenómeno no solo afecta a los profesionales, sino también a los pacientes, que pueden percibir las decisiones como más objetivas o «científicas» por el hecho de estar mediadas por tecnología. Sin embargo, esta percepción puede ocultar la existencia de incertidumbre, sesgos o limitaciones.

Desde la bioética, este proceso plantea un riesgo de deshumanización del acto clínico. La confianza, que tradicionalmente se construye en la relación interpersonal, puede desplazarse hacia sistemas tecnológicos, debilitando el vínculo médico-paciente.

Preservar la dimensión humana de la medicina implica resistir esta tendencia y reafirmar el papel del profesional como agente moral responsable.

4. Identidad profesional y responsabilidad moral

La introducción de la IA no solo afecta a los pacientes, sino también a la identidad del profesional sanitario. El médico deja de ser el único depositario del conocimiento clínico para convertirse en un mediador entre la información algorítmica y la situación concreta del paciente.

Este cambio exige nuevas competencias éticas: capacidad de interpretar críticamente los resultados de la IA, de comunicar sus límites y de asumir la responsabilidad final de la decisión.

Desde esta perspectiva, la IA no sustituye al médico, sino que redefine su rol, reforzando la dimensión ética de su práctica. La responsabilidad no se diluye en la tecnología, sino que se intensifica, dando lugar a una forma de responsabilidad clínica aumentada.

5. Hacia una ética de la deliberación clínica asistida

Frente a los riesgos identificados, es necesario articular un modelo bioético que integre la IA en la práctica clínica sin comprometer sus valores fundamentales. Este modelo puede conceptualizarse como una ética de la deliberación clínica asistida, basada en:

- La centralidad del paciente como sujeto moral y no como mero dato.
- La deliberación prudencial del profesional, que integra la información algorítmica sin subordinarse a ella.
- La transparencia comunicativa, orientada a una comprensión significativa por parte del paciente.
- La vigilancia ética de los datos y algoritmos, especialmente en relación con la justicia.

- La corresponsabilidad moral, que reconoce la implicación de múltiples actores sin diluir la responsabilidad clínica.

6. Conclusiones

La inteligencia artificial introduce una transformación profunda en la medicina contemporánea, no solo en términos técnicos, sino también éticos. Su integración en la toma de decisiones clínicas exige una reflexión bioética que vaya más allá de la regulación jurídica y que aborde las implicaciones morales de esta tecnología.

El desafío no consiste en elegir entre humanidad y tecnología, sino en construir una medicina tecnológicamente avanzada y éticamente comprometida. En este sentido, la IA debe entenderse como una herramienta que amplía las capacidades del profesional, pero que requiere, al mismo tiempo, una reafirmación de los valores fundamentales de la práctica médica: la dignidad, la autonomía, la justicia y la responsabilidad.

Solo desde esta perspectiva será posible desarrollar una medicina verdaderamente centrada en la persona en la era de los algoritmos.

Antonio Heredia Pellejer

Graduado en Enfermería por la Universidad de Zaragoza
Magister Interuniversitario en Bioética y Bioderecho, Universidad del País Vasco

El presente manuscrito no ha recibido ninguna fuente de financiación

El autor confirma no tener ningún conflicto de intereses que declarar respecto al presente manuscrito

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

Arasa Gisbert, J. (2024). Inteligencia artificial y responsabilidad médica: Límites jurídicos de la automatización clínica. *Revista Española de Derecho Sanitario*, 45(2), 112–130.

Basáez, E. (2022). Salud e inteligencia artificial: ¿Cómo hemos evolucionado? *Revista Médica de Chile*, 150(8), 1181–1189. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872022000801181>

Benavent Núñez, D., Colomer Mascaró, J., Quecedo Gutiérrez, L., & del Llano Señarís, J. E. G. (Coords.). (2025). *Inteligencia artificial y decisiones clínicas: Cómo está cambiando el comportamiento del médico*. Fundación Gaspar Casal.

Comisión Europea. (2019). Ethics guidelines for trustworthy AI. High-Level Expert Group on Artificial Intelligence. <https://digital-strategy.ec.europa.eu/en/library/ethics-guidelines-trustworthy-ai>

Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España. (2022). Informe sobre el uso ético de la inteligencia artificial en la práctica médica. <https://www.cgcom.es/informe-ia-2022>

Fernández, J. (2023). Opacidad algorítmica y responsabilidad en IA sanitaria. *Revista de Derecho Público*. <https://www.revistasmarcialpons.es/revistaderechopublico/article/view/33>

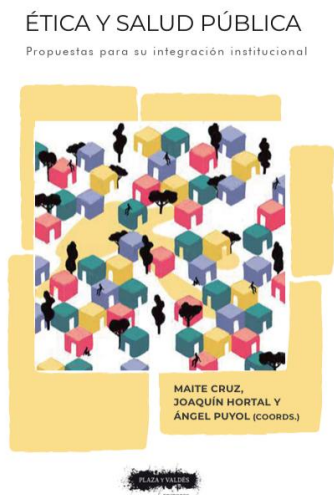
Floridi, L., Cowls, J., Beltrametti, M., Chatila, R., Chazerand, P., Dignum, V., Luetge, C., Pagallo, U., Rossi, F., Schafer, B., Valcke, P., & Vayena, E. (2018). AI4People—An ethical framework for a good AI society: Opportunities, risks, principles, and recommendations. *Minds and Machines*, 28(4), 689–707. <https://doi.org/10.1007/s11023-018-9482-5>

- Galdames, L. (2023). Inteligencia artificial y decisiones clínicas: Retos éticos en la medicina del siglo XXI. *Revista de Bioética y Derecho*, 58, 45–62. <https://doi.org/10.1344/rbd2023.58.37281>
- García, M. (2024). El nuevo marco europeo de la inteligencia artificial: Supervisión humana y responsabilidad jurídica en el AI Act. *Revista Española de Derecho Europeo*, 84, 101–125.
- García-Campayo, J., Alda, M., Sobradíel, N., Sanz, A. B., & Rubio, M. A. (2016). Guía de práctica clínica electrónica para la depresión en atención primaria. *Atención Primaria*, 48(9), 1–12.
- Hernández, M. D. (2023). El reglamento de inteligencia artificial: Un análisis desde la regulación de los productos sanitarios. *Revista de Derecho Sanitario*, número especial, 1–25.
- Instituto Roche. (2023). *Anticipando retos éticos de la inteligencia artificial en salud*. https://contenidos.institutoroche.es/static/archivos/Informes_anticipando_RETOS_ETICOS_DEF.pdf
- Iñigo de Miguel, A., Sanz, F. J., & Lazcoz, G. (2020). La inteligencia artificial en la práctica médica: retos éticos y jurídicos. En A. Casado (Ed.), *Bioética y nuevas tecnologías médicas* (pp. 201–223). Dykinson.
- Martínez Martínez, R. (2022). Protección de datos y sesgos en inteligencia artificial sanitaria. *Revista Jurídica de Salud Digital*, 3(1), 55–72.
- Núñez, D. B., et al. (2020). *Inteligencia artificial y decisiones clínicas*. Fundación Gaspar Casal.
- Ostos, O. L., & Aparicio Gómez, O. Y. (2020). Artificial intelligence in healthcare: Nature, forms and legal challenges. *Biociencias*, 9(1), 95–103.
- Parlamento Europeo y Consejo de la Unión Europea. (2016). Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016. Diario Oficial de la Unión Europea.
- Parlamento Europeo y Consejo de la Unión Europea. (2017). Reglamento (UE) 2017/745 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 5 de abril de 2017. Diario Oficial de la Unión Europea.
- Parlamento Europeo y Consejo de la Unión Europea. (2024). Reglamento (UE) 2024/1689 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 13 de junio de 2024 por el que se establecen normas armonizadas en materia de inteligencia artificial. Diario Oficial de la Unión Europea.
- Pashkov, V. M., Harkusha, A. O., & Harkusha, Y. O. (2020). Artificial intelligence in medical practice: Regulative issues and perspectives. *Wiadomości Lekarskie*, 73(12), 2722–2727.
- Penner, J. (2024). Human oversight and accountability in health AI under the European AI Act. *European Journal of Health Law*, 31(2), 142–165. <https://doi.org/10.1163/15718093-31020003>
- Salgado, A. (2024). Sesgos algorítmicos y justicia distributiva en inteligencia artificial sanitaria. *Cuadernos de Bioética*, 35(1), 89–106. <https://doi.org/10.30444/cb2024.35.1.89>
- Sharma, M., Savage, C., Nair, M., Larsson, I., Svedberg, P., & Nygren, J. M. (2022). Artificial intelligence applications in health care practice: Scoping review. *Journal of Medical Internet Research*, 24(10), e40238. <https://doi.org/10.2196/40238>
- Urueña Urdiales, S. (2025). Reglamento europeo de inteligencia artificial (Trabajo de Fin de Grado). Universidad de Valladolid.
- Usanos, C. (2024). La inteligencia artificial como herramienta de apoyo clínico: una perspectiva bioética. *Revista de Derecho y Genoma Humano*, 60, 75–94. <https://doi.org/10.36317/rdgh2024.60.75>

La salud pública: una nueva diana para la ética

Imagina que, de repente, un virus con alto nivel de transmisión, de origen desconocido y con consecuencias muy negativas para la salud de las personas (sobre todo aquellas más vulnerables) se extiende por todo el planeta. Los gobiernos deciden confinar a sus poblaciones para evitar que la enfermedad se propague. Obligan a la gente a llevar mascarilla, a restringir sus movimientos e, indirectamente, a vacunarse. ¿Te suena la historia? Ahora imagina que debido a esta enfermedad no hay camas en el hospital para todos: ¿quién decide qué persona debe tener preferencia para ocupar las camas disponibles? ¿Debemos priorizar a las más jóvenes frente a las más ancianas? ¿A las que estén menos tiempo hospitalizadas? ¿A las que necesitan atención más urgente? ¿A las que tienen familia? ¿A las que tienen más recursos económicos?

Ahora, piensa en un país con un pasado de grandes hambrunas y escasez de alimentos, donde se aprovechaban las pieles de patata para hacer sopas y la gente moría por desnutrición. ¿Y si este país se hubiera convertido con el tiempo en uno de los lugares con mayor obesidad infantil? ¿Deberíamos regular los anuncios de bebidas azucaradas y bollería industrial destinados a los niños y niñas? ¿Habría que hacer planes de alimentación saludable en las escuelas? ¿Se podría prohibir la venta de determinados productos que se saben nocivos a menores? ¿Y si los alimentos saludables suponen mayor esfuerzo económico para las familias más vulnerables?



Estas no son solo preguntas sobre salud o de gestión política. Son preguntas éticas. Además, son preguntas de interés colectivo porque la salud pública nos concierne a todas y todos. La relación entre la salud pública y la perspectiva ética es el objetivo principal de la publicación: [*Ética y salud pública: propuesta para su integración social*](#), editada por Plaza y Valdés (2025). Este libro surge por la necesidad compartida de incorporar la ética de manera formal en la toma de decisiones de salud pública. Esto cobra especial importancia ahora que se ha aprobado la creación de la [Agencia Estatal de Salud Pública](#), que continúa a la espera de que el Consejo de Ministros comience el proceso para la presentación de candidaturas por parte de las Comunidades Autónomas, así como de contar con [una sede física definitiva](#). En todo caso, su implementación no debería dejar fuera un departamento o área que ponga el foco en los aspectos éticos. No como algo decorativo, sino como una brújula que oriente cómo cohesionar los intereses colectivos de sociedades cada vez más plurales y multiculturales.

¿Qué es la salud pública? No, no es atención sanitaria a gran escala

La salud pública es mucho más que centros sanitarios y gestión de recursos o de profesionales de la salud. Tiene que ver con otros aspectos más allá de lo clínico: desde la pureza del aire que respiramos o la depuración del agua que bebemos, hasta las condiciones del barrio donde vivimos o el trabajo que tenemos. La salud pública estudia diversos aspectos sociales, como pueden ser los efectos perniciosos de las desigualdades u otros factores como los impactos de los niveles de educación, la ausencia de redes de apoyo o la soledad no deseada. Por eso se habla de los determinantes sociales de la salud y se explica que en la salud (pública) es más importante tu

código postal que tu código genético. Y va incluso más allá, porque tiene que ver con nuestra relación con los animales o el ecosistema, los desastres naturales o el cambio climático.

La salud pública tiene como objetivo prevenir enfermedades, promover la salud y proteger a toda la comunidad. A menudo, cumplir con estos objetivos supone repartir socialmente cargas y beneficios, y ahí es donde comienzan a surgir algunos de los principales problemas éticos relacionados con la salud pública.

Problemas éticos que hemos sentido (especialmente tras la COVID-19)

Los conflictos éticos en salud pública han existido siempre y los podemos ver presentes en problemáticas como, la mencionada arriba, de la obesidad o la prohibición de fumar en determinados espacios, entre otros. Sin embargo, la crisis sanitaria de COVID-19 ha conseguido visibilizar los problemas éticos detrás de las medidas de salud pública de manera más notoria. Por ejemplo, **existe una tensión entre la libertad individual y el bien común**. ¿Hasta dónde puede el Estado obligarme a hacer algo por mi salud (vacunarme) o por la de los demás (confinarme)? ¿Dónde está el límite justo entre mi derecho individual y la protección de la salud colectiva?

Podemos pensar también en la **justicia en la distribución de los recursos**. Los recursos sanitarios, aunque a veces se nos olvide, son limitados. Pero es verdad que en épocas de crisis esto se ve más claro. Cuando no hay recursos suficientes para toda la población (vacunas, respiradores, camas de UCI, órganos), ¿cómo se reparten? ¿Por orden de llegada? ¿Por edad? ¿Por esperanza de vida? Cada criterio tiene consecuencias éticas profundas y puede discriminar a unos grupos frente a otros.

Si nos referimos a **la comunicación y la confianza en las personas que van a tomar las decisiones**, ¿Cómo informar en medio de la incertidumbre? ¿Es mejor ser transparente sobre lo que no se sabe, aunque genere miedo, o dar mensajes sencillos y contundentes, aunque simplifiquen la realidad? La “infodemia” (exceso y desinformación) nos mostró que una mala comunicación puede ser tan dañina como un virus. Bulos, mentiras y *fake news*, pueden conseguir que una situación de emergencia sea todavía más caótica e incontrolable.

Nuevos retos, viejos problemas agravados

El libro *Ética y salud pública: propuesta para su integración social* no solo analiza los problemas éticos vinculados a la pandemia, sino que ahonda también en desafíos que se abren paso en nuestro presente, como el uso de la Inteligencia artificial (IA) o la actuación en caso de desastres. En cuanto a la incorporación de la IA a nuestras vidas, el uso de algoritmos para predecir o controlar brotes o gestionar recursos sanitarios de manera eficiente suena bien, pero... ¿Y si esos algoritmos tienen sesgos que discriminan por cuestiones socioeconómicas, de género, color de piel o procedencia cultural? ¿Quién se hace responsable si un algoritmo toma una decisión errónea? ¿Debemos dejar los sistemas de salud en manos de los algoritmos? ¿Qué pasa si un elemento falla y con ello comienza una concatenación de fallos que bloquea todo el sistema ([Single point of Failure, SPOF](#))? La ética, sin duda, debe tener un papel crucial en el asesoramiento del desarrollo de estas herramientas.

Por otro lado, no cabe duda de que **los desastres y eventos catastróficos debidos al cambio climático** tendrán una presencia cada vez mayor. Las tormentas extremas pueden producir inundaciones como la [DANA de 2024](#); las olas de calor amplían el daño producido por los incendios, como sucedió este verano, ocasionando la [peor temporada de incendios en los últimos treinta años](#). Esto, sin olvidar las nuevas pandemias, que según las/los expertas/os serán cada vez más frecuentes. ¿Cómo nos preparamos? ¿Invertimos mucho dinero en un riesgo que quizás no llegue, a costa de desatender otras necesidades diarias? ¿Disponemos de servicios mínimos con la esperanza de que no sucedan? La anticipación frente a desastres es una tarea ética, pues no solo tiene que ver con predicción empírica, sino también con la discusión sobre los valores que se ven afectados en cada escenario.

Y finalmente, cabe recordar que las medidas de salud pública pueden, si no se presta la reflexión adecuada, caer en la **trampa de la desigualdad**. Las crisis sanitarias y los desastres no golpean a todas y todos por igual. Durante la COVID-19, las mujeres, los barrios más desfavorecidos, las personas racializadas o del colectivo LGBTIQ+ sufrieron más: más pobreza, más carga de cuidados, más obstáculos para acceder a la salud. Una salud pública ética debe mirar con lupa estas inequidades y poner el foco en proteger a quienes son más vulnerables.

Una propuesta concreta: Un Comité de Ética para la Salud Pública

El libro hace una propuesta novedosa: crear un **Comité de Ética de la Salud Pública (CESP)** en España. No es un tribunal, sino un órgano independiente, formado por personas expertas no exclusivas de las ciencias de la salud, sino que también da cabida a perspectivas de disciplinas como la filosofía, el derecho, la economía, la psicología o la sociología.

Su trabajo sería el de **asesorar** antes de tomar decisiones difíciles (por ejemplo, sobre una vacunación obligatoria). También el de **analizar** los valores en juego detrás de una decisión determinada (por ejemplo, si están involucradas la libertad, la justicia, la solidaridad, etc.). Su creación conseguiría, a su vez, **garantizar** que el proceso de toma de decisiones fuera más transparente y auditar las razones éticas detrás de cada plan de acción. Finalmente, tendría la labor de **formar** a quienes trabajan en salud pública para que pensaran en la dimensión ética en su día a día. Con este comité, se institucionalizaría la reflexión ética y, así, se pasaría de la improvisación a la deliberación cuidadosa y democrática.

La salud pública es un asunto de todos y todas

El libro *Ética y salud pública: propuesta para su integración social* nos recuerda que la salud pública no es solo cosa de profesionales de la salud y personas que se dedican a crear políticas. La salud pública se sostiene en políticas dirigidas a la colectividad que reflejan qué sociedad queremos ser: ¿una que prioriza solo la eficiencia? ¿Una que sacrifica libertades sin explicaciones? ¿O una que busca el difícil equilibrio entre cuidar a la comunidad y respetar a las personas, entre la ciencia y los valores, entre la urgencia y la justicia? Buscamos una salud pública que consiga que nuestras decisiones no sean solo efectivas, sino que también promuevan la equidad y la confianza. Pues de estas decisiones dependen nuestra salud colectiva y nuestro bienestar común.

Ramón Ortega
Universidad Comillas

Maite Cruz
Escuela Andaluza de Salud Pública

María Victoria Martínez
Universidad de Granada

Jon Rueda
Instituto de Filosofía del CSIC

Iris Parra
Universitat Autònoma de Barcelona

Caso Clínico Comentado

Descripción de los hechos

María L., mujer de 78 años, ingresa en el hospital tras dos días de fiebre alta, tos productiva y dificultad respiratoria. Vive con su hija Clara, quien ha sido su cuidadora principal desde hace cinco años. María padece demencia tipo Alzheimer en fase moderada, con fluctuaciones cognitivas: algunos días mantiene conversaciones coherentes y reconoce su entorno; otros días se muestra desorientada, confusa y con dificultades para comprender instrucciones simples.

En urgencias, la exploración física revela taquipnea, crepitantes en la base pulmonar derecha y signos de deshidratación. La analítica muestra leucocitosis marcada y elevación de proteína C reactiva. La radiografía confirma una neumonía lobar derecha, una infección pulmonar grave que, en personas mayores y con comorbilidades, puede evolucionar rápidamente hacia insuficiencia respiratoria.

El equipo médico recomienda antibióticos intravenosos, ya que son el tratamiento más eficaz para una neumonía grave. Sin embargo, cuando intentan canalizar la vía, María retira el brazo y dice: “No quiero que me hagan nada”. Este rechazo se repite varias veces, especialmente en momentos de mayor desorientación. Sin embargo, en una ocasión en que la hija no está presente, una de las personas que la atiende le pregunta por qué no quiere el tratamiento y María explica que ya está cansada de vivir.

Clara explica que su madre “siempre quiso vivir todo lo posible” y que, antes de la demencia, aceptaba sin problema los tratamientos médicos necesarios. No existe documento de voluntades anticipadas, pero Clara ha sido la persona más cercana a María durante años y conoce bien sus preferencias previas.

El equipo clínico considera que la neumonía es grave y el tratamiento intravenoso es proporcional y eficaz, pero la paciente rechaza la intervención en un contexto de capacidad deteriorada, aunque aparentemente su expresión es razonada, por lo que solicitan ayuda al comité de ética.

Comentario

Aclaración de los hechos

María padece una neumonía lobar grave con riesgo vital. Además, tiene otras patologías, como diabetes e hipertensión, que aumentan su vulnerabilidad. La preocupación principal del equipo reside en los signos de empeoramiento respiratorio.

Por otro lado, consideran que puede tener dificultad para comprender la situación y las consecuencias del rechazo de tratamiento por presentar una demencia moderada con fluctuaciones cognitivas. Las negativas se han expresado en momentos de confusión. Sin embargo, ha aportado alguna razón y la impresión del equipo es que no se trata de una situación de falta de capacidad completa.

Antes de la demencia, María era una persona alegre y muy activa, que aceptaba tratamientos médicos y deseaba vivir y compartir tiempo con su hija, que es su única familia. Sin embargo, su carácter se ha ido tornando más apagado y triste progresivamente.

Clara adora a su madre. Tiene un vínculo afectivo muy fuerte con ella. Llevan años viviendo juntas y conoce bien sus preferencias previas. Clara está angustiada y teme que el rechazo sea fruto de la confusión.

Deliberación sobre los valores

Problemas éticos

¿Debe prevalecer el rechazo actual del tratamiento —expresado en un contexto de capacidad deteriorada— o la obligación de proteger la vida y respetar la voluntad previa?

¿Hay que seguir las indicaciones de la hija, que actúa como portavoz de los deseos de su madre?

¿Se puede considerar una forma de coerción forzar a la paciente a la colocación de una vía? ¿Podría vulnerar la dignidad de María?

¿Se ha realizado un proceso de comunicación con María plenamente adaptado a su deterioro cognitivo? ¿Se ha valorado si la negativa pudiera ser expresión de miedo o confusión?

¿Se ha tenido en cuenta si su sufrimiento es evitable, si la agitación podría deberse a dolor, delirium o hipoxia no tratados adecuadamente?

Problema ético principal

¿Debe prevalecer el rechazo actual del tratamiento —expresado en un contexto de capacidad deteriorada— o la obligación de proteger la vida y respetar la voluntad previa?

Valores en conflicto

Los y las profesionales que atienden a María quieren salvar su **vida**, ya que existe un tratamiento disponible para ello, cuyo balance riesgo/beneficio es aceptable. Sin embargo, su negativa es una expresión de su **autonomía** personal y su decisión debe ser tomada en cuenta. No obstante, dado que su capacidad puede estar limitada por la demencia y que la hija expresa cuáles eran las preferencias previas de la paciente, claramente diferentes, tienen serias dudas sobre ese respeto a su decisión.

Deliberación sobre los deberes

Cursos extremos de acción

Para proteger el valor vida: El tratamiento con antibióticos está indicado y es eficaz. Sería el mejor modo de salvar la vida de María. Además, es compatible con lo que comenta la hija sobre el deseo de vivir de su madre. Por tanto, habría que hacer una sedación mínima que permitiera la colocación de la vía y la administración del tratamiento.

Para proteger el valor autonomía: La expresión de un rechazo al tratamiento no es irracional y requiere ser tomada en cuenta, incluso en situaciones de capacidad limitada o parcial. Por ello, habría que respetar su decisión y no poner los antibióticos.

Cursos intermedios de acción

La deliberación ética no se limita a elegir entre dos extremos —respetar el rechazo o imponer el tratamiento— sino que busca caminos intermedios que integren todos los valores implicados. En este caso, se podrían proponer los siguientes:

- Tratar primero la agitación y el malestar para valorar si esta es la causa de su rechazo. Evaluar si la agitación de María tiene causas tratables: dolor, delirium, hipoxia, miedo. Ajustar la analgesia, mejorar la oxigenoterapia y reducir el ruido ambiental. Recomendar a Clara que permanezca a su lado, hablándole con calma.

- Hablar con María con una comunicación adaptada a su situación y valorar su capacidad. Las y los profesionales pueden explicar, de modo sencillo y sereno, por qué es necesario el tratamiento. En ese contexto, que trata de establecer una relación clínica basada en el respeto y la confianza, se puede evaluar la capacidad de la paciente para tomar esta decisión. Será necesario hablar con ella a solas y también en presencia de Clara, para determinar si hay influencia en su decisión, ofrecerle seguridad y valorar la validez de su expresión de rechazo.
- Administrar un antibiótico intramuscular como medida temporal. No es el tratamiento óptimo, pero protege parcialmente la vida mientras se le da tiempo a la paciente y se trabaja con ella para valorar la aceptación del tratamiento intravenoso. Incluso en el caso de que se llegue a la conclusión de que María no es capaz de tomar esta decisión, debe evitarse imponer el tratamiento por la fuerza.

Elección del curso óptimo

La intervención en este caso debe ser un planteamiento gradual que analice, en primer lugar, las causas del rechazo, valorando si hay factores que están generando malestar a la paciente. Una vez resueltos esos posibles desencadenantes, debe buscarse una comunicación adecuada con María, tanto para valorar su capacidad como para explicar los beneficios esperados del tratamiento y resolver cualquier duda o preocupación que pueda tener. El plan de acción debe ser comunicado a la hija para que colabore en el proceso de comunicación con su madre, explorando cuál es su vivencia y en qué medida su rechazo está condicionado por una limitación en su capacidad de decidir.

Solo en caso de que se evidencie una falta de capacidad, se podría pensar en imponer un tratamiento. Este sería un curso extremo que dejaría de lado la autonomía de la paciente y el respeto a su modo de ver la vida. Sin embargo, si la persona no tiene capacidad o ésta está claramente deteriorada y no le permite valorar su situación, sus decisiones pueden considerarse fruto de su problema cognitivo, por lo que la protección de su vida se convierte en el valor a defender.

El curso intermedio de acción supera las pruebas de consistencia:

Tiempo

Si se revisara esta decisión con más tiempo o en otro momento, seguiría considerándose prudente: se actuó de forma gradual, proporcional y respetuosa, evitando tanto el abandono terapéutico como la intervención agresiva. No se ha actuado con precipitación ni dejándose llevar por la primera impresión, sino valorando con calma los valores en juego y tomando en consideración las opciones posibles.

Publicidad

Esta decisión se puede hacer pública —ante otros profesionales, familiares o un comité ético— justificándose con argumentos: se actuó con prudencia, se exploraron alternativas, se minimizó la coerción tratando de respetar al máximo la autonomía de María y se buscó proteger la vida.

Legalidad

La legislación española exige respetar la autonomía de las/los pacientes y poner los medios adecuados para salvar su vida y curar sus enfermedades siempre que sea posible.

Igualmente, en caso de que el curso óptimo propuesto no pudiera llevarse a efecto y fuera necesario elegir el curso extremo comentado, la ley permite actuar en beneficio del/a paciente cuando su capacidad está deteriorada, siempre que el tratamiento sea proporcionado y se respete la dignidad de la persona.

Lydia Feito

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

Deliberación. Fundamentación y aplicación.

Metodología ética en contextos clínicos, educativos y sociopolíticos

Desde DICIEMBRE 2026- Hasta MAYO 2027. Periodo de matriculación:



The screenshot shows the course page for 'Deliberación. Fundamentación y aplicación. Metodología ética en contextos clínicos, educativos y sociopolíticos' for the academic year 2026-2027. The page is part of the 'Desarrollo profesional y personal' category, worth 6 ECTS credits. It is a 'CERTIFICADO DE ENSEÑANZA ABIERTA' course. The matriculation period is from December 14, 2026, to May 28, 2027. A yellow box indicates that 'La matrícula no está abierta.' (Matriculation is not open). The course is offered by the 'Departamento Filosofía y Filosofía Moral y Política' within the 'Facultad de Filosofía'. Social media sharing icons and a PDF print button are also visible.

septiembre-octubre 2026

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



This is another screenshot of the same UNED course page, but it is overlaid on a background illustration of a complex, multi-level architectural structure with many stairs and walkways. The course details are identical to the first screenshot: 'Curso académico 2026-2027', 'Desarrollo profesional y personal', 6 ECTS, 'CERTIFICADO DE ENSEÑANZA ABIERTA', and the matriculation period from December 14, 2026, to May 28, 2027. A yellow box again states 'La matrícula no está abierta.'

Bioética, deporte y ¡campeones del mundo de fútbol!

“La forma superior de la existencia humana es el deporte” (J. Ortega y Gasset)

El 19 de julio de 2026 España se ha convertido, no sé si sabrán, en Campeona del Mundo de Fútbol Masculino -ya lo era del Femenino-. El Mundial de 2026 se ha disputado en Estados Unidos, Canadá y México. España ha conquistado su segundo título mundial al derrotar a Argentina por 1-0 en la prórroga, con un gol decisivo de Ferrán Torres, culminando un torneo de gran autoridad táctica y futbolística, y máxima solidez de principio a fin. Destacó la selección por su juego equilibrado, sin protagonismos de estrellas, con un magnífico centro del campo y un carácter defensivo conjunto que apenas concedió ocasiones de gol a los contrarios. La victoria desató una celebración multitudinaria en todo el país y fue saludada por la prensa internacional como el triunfo del mejor equipo del campeonato.



Hasta aquí la crónica, lo más breve y objetiva posible, sin entrar en demasiados análisis. Quizás se pueda uno preguntar: pero ¿qué tiene esto que ver -el fútbol, el deporte, el juego-, con la ética o la bioética? Pues, más de lo que a primera vista puede parecer. No se trata tampoco de darle más importancia de la que tiene, y bien podríamos decir con Jorge Valdano, exjugador, casi filósofo, medio argentino y medio español, que el fútbol es lo más importante de lo que no tiene importancia.

El fútbol es un deporte, es un juego, y dejando de lado muchas de las cuestiones externas que lo rodean (no exentas de referencias éticas, por ejemplo, su marcado carácter de negocio) podríamos pensar que tan solo es un espectáculo, un entretenimiento o, en su práctica, una ayuda para una vida más saludable. Acudiendo a buena parte de la filosofía contemporánea (desde Heidegger a Wittgenstein, por acudir a los dos más grandes filósofos del siglo XX, o Huizinga, Fink, o, con mayor perspicacia, Ortega y Gasset) el juego no es un complemento o un adorno en la vida, sino lo que permite distanciarnos de lo cotidiano, de las necesidades de la vida, de lo estrictamente biológico para dedicarnos a imaginar, fantasear, crear mundos que no están en este día a día cotidiano, y así nace la cultura, la técnica, la ciencia.... ¡todo! Es la fuerza de la fantasía, de lo irreal, la que permite volver sobre lo real y transformarlo. En la base de todo deporte, de todo juego, está este animal fantástico que somos, por decirlo como Nietzsche u Ortega. Precisamente el juego abre la vida biológica a la biográfica, a mundos posibles, a proyectos, a inventivas. El juego, el deporte, es esencial para que la vida humana sea realmente humana y, repito, no sólo por motivos de salud.

Una vez señalada la raigambre antropológica del juego me gustaría incidir en la ética (y desde ahí a la bioética). En un juego, en un deporte, inventamos y proponemos unas reglas que hay que seguir, un código de normas, que nos limitan, sí, pero nos ofrecen un campo de acción para llevar a cabo las finalidades de su práctica concreta de múltiples maneras. El objetivo del fútbol es marcar un gol, y al final tener más que el contrario, pero esto se puede hacer de muchas maneras: mediante un disparo, un regate, una combinación, una jugada fugaz, una carrera rápida. Hay diferentes maneras de empujar la pelota al fondo de la red, desde las más simples y toscas a las más creativas y excelentes, pero siempre respetando unas reglas. Hay un nivel de mínimos para poder jugar, pero queda abierta la ventana de los máximos, de la excelencia, de los virtuosos del juego. Hay aquí esbozada, en estas pocas líneas, maneras de entender el fútbol, y de entender... la ética. La ética (y la bioética) en su sentido más profundo va de lograr esos proyectos que tenemos y hacerlo desde la ilusión, el entusiasmo, la creación, la eficiencia vital, desarrollando esos valores que tanto apreciamos. Y necesitamos esfuerzo, tesón, imaginación, ilusión... ¡¡Como en el deporte/el juego!! Y tantas veces necesitamos también la ayuda del otro, incluso cuando jugamos “contra” los otros.



Viendo un partido de fútbol, la final de este campeonato referido, vemos que las cosas en el terreno de juego pueden hacerse de diferentes maneras; en este hacer las cosas de una manera o de otra es donde entra la ética en su sentido más radical; hay que decidir, ¡hay que jugársela!, y asumir el riesgo, y responsabilizarse, y tomar la decisión adecuada, incluso deliberar..., y ¿cómo lo hacemos? Pues hay maneras en el fútbol (deporte) y en la vida. El juego (como todo espacio de ficción) es un terreno para el aprendizaje moral. Muchas conexiones,

muchas enseñanzas y motivos de reflexión. Cuanto más si exigimos y pedimos, como hace el entrenador de la selección de España (Luis de la Fuente) que los futbolistas sean “buenas personas”, es decir, solidarios, generosos, y sean capaces en pensar en el otro, en el equipo, y no en su propio ego, su individualidad, su lucimiento. La ética busca que nos descentremos, y seamos capaces de romper nuestro egoísmo, el deporte, bien entendido, responde a este mismo fin.

Lo más característico del juego, de los deportes competitivos, es el hecho de que se gana y se pierde. Gadamer, filósofo alemán del siglo XX, definía el núcleo de la ética en ese poder ponernos en el lugar del otro, en las razones del otro, y que es el otro quien puede tener razón y no yo. Debemos aprender a perder, y bien señalaba que esto se aprende jugando, y desde muy pequeños, y si no lo hacemos pronto mal nos va a ir en la vida (intransigencias, falta de respeto, crispación, violencia, etc.). Jugando aprendemos a ganar (nuestras metas, proyectos, deseos...) y a perder (no estamos solos, limitaciones, azares y fortuna).

Otro gran tema que rezuma el juego y el deporte, y que ha quedado patente en el Campeonato del Mundo, en sus celebraciones y en las declaraciones que se han hecho, como a las que aludía antes de Luis de la Fuente, es la cuestión de los valores. Lógicamente es una

actividad “llena” de valores, y de muchos tipos. Además, hay ciertos valores que pueden ser exigidos a los propios deportistas. Este interés por lo valorativo más allá de lo lúdico-deportivo ha quedado también de manifiesto cuando el Gobierno de España ha concedido a las selecciones de fútbol (masculina y femenina) la placa de honor de la Orden del Mérito Civil; se trata, se afirmó desde el gobierno, de “un reconocimiento a una gesta que trasciende lo deportivo y que proyecta valores como la constancia, el esfuerzo, el sacrificio, la colaboración, el respeto, la tolerancia y el talento”. Sin entrar en grandes disquisiciones axiológicas vemos que lo que se premia y reconoce es esa proyección, esa realización, de grandes valores como constancia, esfuerzo, humildad, colaboración. Pues de esto va la ética, y no de otra cosa: ¡realización de valores!



21 de julio de 2026. La ministra portavoz, Elma Saiz, anuncia el acuerdo de Consejo de ministros por el que se concede la Orden al Mérito Civil a las selecciones de Fútbol

Nuestra tarea ahora, nuestra reflexión, ha de buscar la manera de realizar estos valores. No se trata de hacer un “mundial” bioético o ético, o una liga o un circuito, sino de estar atentos “a lo que pasa” y “al modo de pasar”. ¿Qué podemos aprender nosotros de todo esto que hemos visto? ¿Cómo podemos ilusionar en proyectos colectivos comunes? ¿Cuestión de “camisetas”, cuestión de canciones, cuestión de prensa y medios/redes? Imaginen que hay una gran manifestación, reunión de millones de personas, no para recibir a la selección triunfadora como se vio el día después, sino para apoyar la sanidad, la educación, etc. No se trata de convertirnos en futbolistas, o deportistas, o jugadores, sino de alimentar lo que subyace tras estas prácticas: la imaginación y la ilusión. Nos toca seguir imaginando cómo hacerlo, cómo realizar los valores. Desde la economía adaptativa biológica el juego es un adorno o un complemento, ahora bien, es “lo superfluo” (más allá de lo dado, de lo biológico, de lo necesario) lo que nos hace humanos. Animales fantásticos, animales “futbolísticos”. Esperemos que esto tampoco nos lleve a decir lo



que decía Ortega y Gasset hace ya casi un siglo: “Está bien alguna dosis de fútbol. Pero ya tanto es intolerable” (1930). Mientras, disfrutemos (de eso va la vida, de la *fruición*) y que siga resonando en nuestros oídos esa sencilla expresión capaz de aunar sensibilidades opuestas y olvidar crispaciones que es.... “¡¡Gol de Ferrán!!” Pero es ahora, después, en las cuestiones importantes, cuando nos la jugamos.

Tomás Domingo Moratalla

Acontecimientos, Noticias, Novedades

- [18th World Congress of Bioethics](#). Comforting and disturbing bioethics. 8-10/07/2026. Johannesburg (South Africa). & Feminist Approaches to Bioethics Congress. 6-7/07/2026.
- [38th European Society for Philosophy of Medicine and Healthcare \(ESPMH\) Conference](#). The Dynamics of Medical Transformations: Society, Technology, Knowledge and Ethics. Rotterdam, The Netherlands, 25- 28/08/2026
- [European Association of Centres of Medical Ethics \(EACME\) Annual Conference](#). Leuven, Belgium. 24-26/09/2026
- Jornada de Bioética. Asociación de Bioética Fundamental y Clínica. Madrid. Noviembre 2026 ([Información próximamente](#))
- [XXIII Semana de ética y filosofía política](#). Asociación de Ética y Filosofía Política. Santiago de Compostela. 11-13 enero 2027.
- XVIII Congreso Nacional de Bioética. Asociación de Bioética Fundamental y Clínica. A Coruña. Mayo 2027 ([Información próximamente](#))
- 15th International Conference on Ethics Education. 23-25 junio 2027. Madrid. (Información próximamente)

Bibliografía y fuentes de Bioética



- Chambers, T.S. *Redescribing Bioethics: How the Field Constructs Its Argument*. Lexington Books. 2026.
- Cerdio-Domínguez, D. & De los Ríos-Uriarte, M.E. *Current Bioethics: Trends and Debates*. Springer. 2026.
- Sanchini, V. *Democratic Deliberation and Public Bioethics: The Role of Moderators in Moral and Political Disagreements*. Mimesis International, 2026.
- Alonso, M. *Platón contra las máquinas: La tecnología y sus enemigos, desde la escritura hasta la inteligencia artificial*. Alianza, 2026.
- Allison, J.T. *Nursing Ethics for Modern Healthcare*. Cognella Academic Publishing, 2026.
- Bromwich, D. & Millum, J. *The ethics of consent. An introduction*. Routledge, 2026.
- Dudzinski, D.M., Krishnamurthy, K.B., Ford, P.J. (eds.) *Complex Ethics Consultations. Vol.2*. Cambridge University Press, 2026.
- Tavares da Silva, T. Corrêa, M.C.D.V. *Ethics in Animal Experimentation: Limits and Controversies of a Practice*. Our Knowledge Publishing.
- Faintuch, J. Faintuch, S. (eds.) *Business Ethics in the Healthcare Industry*. Springer, 2026.
- Cowan, S.B. *Problems in Applied Ethics: An Introduction to Contemporary Debates*. Bloomsbury Academic, 2026.

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

Nº51
Junio 2026
Segunda época

