

Resúmenes de las comunicaciones
**XV CONGRESO INTERNACIONAL DE LA
ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE BIOÉTICA
Y ÉTICA MÉDICA (AEBI)**

CELEBRADO EN VIGO DEL 26 AL 27 DE SEPTIEMBRE DE 2025



PREVALENCIA DE VOLUNTADES ANTICIPADAS EN PACIENTES DE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS

SILVIA AGUADO ARRIAZU¹, RITA LEÓN MERAYO¹, BEATRIZ CIZAURRE AZCONA¹, ELDA BAIGORRI RUIZ³, REGINA VILLAMAYOR TELLO¹, RAÚL SOTO ARRIAZU²

1. Unidad de Hemodiálisis del Hospital Reina Sofía de Tudela.

2. Servicio de Rehabilitación del Hospital Reina Sofía de Tudela.

3. Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios del SERMAS.

Sylvy09@gmail.com

Introducción

En las voluntades anticipadas, se eligen y deciden los cuidados y/o medidas sanitarias que se desean en caso de no poder expresarlas. Pueden realizarlo todas las personas mayores de 16 años de edad que quieran hacer una reflexión previa por tomar una decisión que se ajuste a su propia voluntad. Se pueden incluir valores, opciones personales, aceptación o rechazo de tratamientos, instrucciones sobre los cuidados y/o tratamientos deseado. Los pacientes con enfermedad renal en terapia con hemodiálisis requieren tomar decisiones tempranas para el final de la vida desde el momento de su diagnóstico, ya que es una enfermedad irreversible y limitante.

El objetivo principal es describir que son las voluntades anticipadas y saber qué número de pacientes tiene sus voluntades hechas.

Los objetivos específicos serían saber qué tipo de información tienen sobre el documento de voluntades anticipadas.

Material y método

Se realiza un estudio cuantitativo descriptivo.

Resultados

La participación ha sido de un 60 %. Un 46,2 % de los participantes saben que son las voluntades frente a un 53,8% que no saben nada sobre ellas. Un 23,1% ha recibido información sobre ellas en algún momento frente a un 76,9% que nunca ha recibido. El 76.1% no saben dónde ni como tienen que tramitarlas y un 26.9% sabe dónde acudir en caso de tener que hacer sus voluntades. Un 7,4% tiene hechas sus voluntades frente al 92,6% que no las tiene. Sin embargo, un 63% les gustaría recibir información y asesoramiento sobre las voluntades anticipadas y un 37,5% no quieren recibir ningún tipo de información relativo a ellas.

Conclusiones

La prevalencia de las voluntades anticipadas en nuestra muestra ha sido muy escasa, siendo de 7,4% los que tienen planteados sus cuidados para el final de sus vidas. Significativamente menos que en otros grupos de población con enfermedades crónicas.



COMPARTIR INFORMACIÓN A TRAVÉS DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS. DOS EXPERIENCIAS EN CURSO

FRANCISCO JOSÉ BALLESTA BALLESTER

Facultad de Bioética, Ateneo Pontificio Regina Apostolorum (APRA). Roma, Italia.

francisco.ballesta@upra.org

Las nuevas tecnologías relacionadas con la gestión de la información nos permiten potenciar enormemente el valor de los datos aislados. Fundamentalmente, estas tecnologías posibilitan compartir los datos, acumularlos y analizarlos para descubrir nuevos elementos de interés.

El campo de la salud ya está beneficiándose de estas posibilidades. En esta comunicación presentamos dos experiencias en curso. De ellas se trató en el X Congreso Nacional de Deontología y Ética Médica celebrado a finales de mayo de 2025.

La primera experiencia, a nivel europeo, es la creación y desarrollo del Espacio Europeo de Datos Sanitarios (EEDS). El pasado 21 de enero fue aprobado el Reglamento relativo al Espacio Europeo de Datos de

Salud. El considerando 1 del texto, señala los objetivos que se propone, los cuales merecen ser analizados desde la bioética, en especial en lo referente a la protección del secreto médico.

La segunda experiencia, a nivel de la Comisión Central de Deontología de la Organización Médica Colegial, es el desarrollo de una base de datos que pueda servir a los comités de deontología médica de los colegios provinciales como orientación en la resolución de los casos que se les presenten. Algo análogo a la jurisprudencia existente en el campo del derecho. La conservación del anonimato se presenta también como un problema fundamental en la gestión de los expedientes correspondientes.



ENTRE LA REFLEXIÓN Y LA DECISIÓN: LA FUNCIÓN DE LOS COMITÉS DE BIOÉTICA FRENTE A LOS NUEVOS DILEMAS ÉTICO-CLÍNICOS

ANA OFELIA BUERBA VILLANUEVA

Universidad Anáhuac, Hospital H+. Querétaro, México. anabvillanueva3@gmail.com

Introducción

Los alcances de la medicina moderna son amplios y multidimensionales, traspasan los límites del diagnóstico y tratamiento. En este contexto, la bioética no es un complemento; es una competencia fundamental y es una responsabilidad de los Comités de Bioética actuar en conformidad ante las necesidades y retos sociales y científicos de cara al mundo contemporáneo.

El objetivo es investigar la realidad de la participación de los Comités Asistenciales de Bioética en el sector clínico con la finalidad de obtener elementos que permitan analizar las razones que obedecen a la poca o nula solicitud de la participación de dichos Comités dentro del quehacer clínico y con ello desaprovechar una de las funciones principales de dichos Comités: la deliberación de dilemas ético-clínicos que surgen a diario en cada acto clínico en donde se entrecruzan decisiones que involucran valores, derechos, principios éticos y el respeto irrestricto a la dignidad humana.

Material y método

(A) Investigación documental cualitativa con la que se recopilaron, organizaron y analizaron datos para la formulación de evidencias; (B) Empírica, para la obtención de evidencia concreta; (C) Hipotético-Deductiva mediante la cual se realizó el análisis de datos y la construcción de recomendaciones.

Discusión

Con base en la creciente importancia del análisis ético-clínico en la atención médica, y de los nuevos dilemas que surgen a partir de las posibilidades que

en materia de ciencia y tecnología se ofrecen a los pacientes, los Comités de Bioética necesitarían ser mayormente aprovechados en el ámbito asistencial con la finalidad de prevenir y orientar en la toma de decisiones relacionadas con conflictos ético clínicos en el área de la salud.

Conclusión

Se evidencian entre algunas de las causas por las que no se solicita la intervención de los Comités de Bioética: problema de consulta, desconocimiento generalizado sobre las funciones, competencias y alcances de los comités de bioética, temor ante la exposición o al juicio externo y la falta de formación ética durante los estudios profesionales de medicina y de enfermería.

Conocer las causas, posibilita la construcción de una participación Bioética dinámica que responda a las necesidades actuales en el ámbito asistencial.

Referencias

- Gracia, D., 1991. *Procedimientos en ética clínica*. Madrid. Eudema.
- Comité de Bioética de España, 2016. *Adhesión del Comité de Bioética de España a la Declaración "Ética y responsabilidad en la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud"*. Disponible en: [http://assets.comitedebioetica.es/files/noticias/Nota_prensa Sostenibilidad_Sistema_Salud](http://assets.comitedebioetica.es/files/noticias/Nota_prensa_Sostenibilidad_Sistema_Salud). (consultado 15/01/2019).
- Comisión Nacional de Bioética, 2015. *Guía Nacional para la integración y el funcionamiento de los Comités Hospitalarios de Bioética*. Secretaría de Salud/Comisión Nacional de Bioética. México.



LA ATENCIÓN PRIMARIA COMO PROVEEDORA DE CUIDADOS PALIATIVOS CON TERAPIA DE LA DIGNIDAD

MARÍA-CONSTANZA COLCHERO-CALDERÓN¹,
JULIA VARGAS-DÍEZ²

1. Distrito AP Sevilla. 2. SUAP Distrito Granada.
mcolcherocgd@gmail.com

Introducción

Los cuidados paliativos (CCPP) robustecen las tareas de acompañar a las personas en el proceso final de vida. Los sistemas sanitarios proveen estos CCPP con unidades hospitalarias, domiciliarias, mixtas, multidisciplinarias y con orientación comunitaria, etc. La atención respetuosa y digna en el final de la vida cuenta con varios modelos difundidos entre los profesionales. El Modelo validado por Chochinov, inicialmente para atención de pacientes oncológicos, está alcanzando difusión internacional.

El 90% de los pacientes que fallecen tienen enfermedades crónicas. La AP ofrece el ámbito adecuado para preservar el respeto y la dignidad de esas personas, debido a su acción integradora y longitudinal de cuidados de salud, a su promoción individual, familiar y comunitaria y a su acción multidisciplinaria.

Material y métodos

Exploración de la Terapia de la dignidad (TDC) de Chochinov dentro de las clásicas propiedades asistenciales y el contexto natural de compasión de AP.

Resultados

La atención a una situación de final de vida, con enfermedad crónica compleja u oncológica enfrenta las categorías del dolor total; físico, psíquico, social y espiritual. La TDC brinda como requisitos; A: Actitud, B: (Behaveiaeur), nuestro comportamiento, C: Compasión,

y D: Diálogo. Conocer al paciente, cómo se percibe, y cómo afronta su vida y su muerte. La pregunta de la dignidad (PD) «¿Qué debo yo saber para cuidarle de la mejor forma para usted?» demuestra al paciente que nos importa: previene ideas preconcebidas y facilita su confianza. La AP presta asistencia a pacientes desde el inicio de sus enfermedades, su cronicidad, su insuficiencia de órgano y la fase final de su vida. Profesionales, pacientes y familias, compartimos las transiciones de curativa a paliativa. Cambian nuestros objetivos y se modulan actitudes, compartimientos y acciones de compasión. Hay un entorno de conocimiento mutuo relacional.

Discusión

La longitudinalidad, continuidad y accesibilidad de la AP, facilita su propia TDC. Su equipo pluridisciplinario moviliza recursos sociales y ayuda a cuidadores. La transición debe estratificar el nivel de complejidad y liderar la coordinación con equipos avanzados. Los cuidados de la TDC son responsabilidad de los profesionales de AP, y han de alcanzar la formación continuada, la educación de nuevos profesionales y de la comunidad compasiva.

Conclusiones

La longitudinalidad en AP, no ha demostrado solo la disminución de morbilidad, sino que la convierte en el escenario apropiado para los cuidados de la dignidad en el final de la muerte en pacientes y familias.

Referencias

- Compassion and primary health care. Geneva: World Health Organization, 2024. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Chochinov, H., 2007. Dignity and the essence of medicine: the A, B, C, and D of dignity conserving care. *BMJ*, 335: 184. <https://doi.org/10.1136/bmj.39244.650926.47>
- Sandvik, H., Hetlevik, Ø., Blinkenberg, J., Hunskaar, S., 2022. Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. *Br J Gen Pract.*, 72(715): e84-e90. doi: 10.3399/BJGP.2021.0340



¿QUÉ DICE LA JURISPRUDENCIA ESPAÑOLA RECIENTE SOBRE LAS PATOLOGÍAS MENTALES COMO CAUSA PARA LA SOLICITUD DE EUTANASIA?

JOSÉ ANTONIO DÍEZ FERNÁNDEZ

Universidad Internacional de La Rioja (UNIR). Logroño, La Rioja.

joseantonio.diez@unir.net

Introducción

La jurisprudencia dictada en aplicación de la ley orgánica 3/2021 de eutanasia (LORE) analiza en media docena de sentencias si las patologías mentales pueden motivar la solicitud de ayuda para morir por encontrarse incluidas dentro del denominado “contexto eutanásico” (art. 5 LORE)

Material y métodos

Se han analizado tanto las sentencias 19 y 24/2023 que resuelven los dos recursos de inconstitucionalidad como otras de Tribunales Superiores de Justicia (Navarra, Comunidad Valenciana, Cantabria, Cataluña y Baleares), que resuelven recursos presentados tanto por los solicitantes de la ayuda para morir, como resoluciones de Comisiones de Garantías y Control autonómicas.

Resultados

El Tribunal Constitucional excluye taxativamente la enfermedad psicológica o la depresión como el origen del sufrimiento en el contexto eutanásico, exigiendo que el padecimiento grave tenga siempre un origen somático. Varias sentencias han denegado la eutanasia en casos de patología mental (como anorexia nerviosa o depresión crónica) al considerar que el sufrimiento era fluctuante, tratable o no cumplía los estrictos requisitos legales. Otras denegaciones se debieron a la no acreditación de sufrimiento constante e insoportable (Alzheimer) o a que la enfermedad no se clasificaba como

grave e incurable (síndrome de Chiari). En el caso de una joven catalana, aunque la primera instancia avaló su solicitud de eutanasia por grave sufrimiento, vinculado a una paraplejía que cursaba con otras patologías (trastorno límite de la personalidad, ideación suicida, etc.). La Audiencia paralizó el proceso cautelarmente al admitir el recurso interpuesto por su padre.

Discusión

Existe una cierta **tensión interpretativa** entre las instancias judiciales. Mientras el Tribunal Constitucional y los tribunales inferiores, adoptan una postura restrictiva sobre el origen del sufrimiento, exigiéndole un carácter somático, el **TSJ de Navarra** (sentencia 353/2022) y alguna Comisión de **Garantías autonómica** abogan por una interpretación más amplia, considerando que la enfermedad mental podría incluirse dentro del “contexto eutanásico” si genera “un sufrimiento grave, crónico e imposibilitante”.

Conclusiones

La jurisprudencia española, liderada por el Tribunal Constitucional, tiende a **restringir la eutanasia en casos de patología mental**, adhiriéndose a la exigencia de un origen somático del padecimiento. Las denegaciones se fundamentan frecuentemente en la existencia de tratamientos alternativos, la fluctuación del sufrimiento o el incumplimiento de otros requisitos legales. No obstante, persisten algunos **desafíos interpretativos** y debates significativos sobre otros aspectos que involucran la salud mental.



LA ERA IA Y LA FORMACIÓN DEL MÉDICO: UNA CUESTIÓN MORAL

ÓSCAR ELÍA MAÑÚ, LORENA OTEIZA LÓPEZ

Universidad Francisco de Vitoria, Hospital Universitario de Getafe.

loteiza@yahoo.es

Introducción

Se explora el posible impacto ético de la IA en la formación del carácter moral de los jóvenes médicos, proponiendo hacerse desde una ética de las virtudes. Se sostiene que el uso de estas tecnologías no puede considerarse moralmente neutro, y que afecta la constitución moral del médico en tanto sujeto moral, no solo en tanto profesional.

Material y métodos

Revisión bibliográfica en tres ámbitos: una revisión crítica de literatura reciente sobre la formación médica y la aplicación de la IA en la formación de los MIR (PubMed, Dialnet, Scopus); una recuperación del debate filosófico clásico y moderno sobre el impacto antropológico de la tecnología; un análisis fenomenológico y experiencial de la vivencia propia de los MIR ante tecnologías inteligentes (PubMed, Scopus).

Resultados

Del análisis emergen tres hallazgos: 1. Las tecnologías IA no solo actúan como herramientas instrumentales, sino como agentes configuradores del carácter moral del joven médico; 2. Su uso puede fomentar el descuido de virtudes médicas imprescindibles; 3. Se identifica el problema en los programas formativos actuales respecto al cultivo de virtudes médicas.

Discusión

Existe tendencia a considerar la IA como un instrumento técnico moralmente neutro, pero debe ser evaluada por su contribución a la formación del carácter del médico joven. La IA plantea no sólo la posibilidad de desplazamiento del médico del centro del juicio clínico, sino de malograr la formación ética en los MIR.

Conclusiones

Se llega a las siguientes conclusiones: 1. La IA no es neutra: afecta la manera en que el médico se constituye como persona y como agente moral; 2. Transforma no solo el ejercicio técnico de la medicina, sino la formación moral de los profesionales en desarrollo; 3. Es imprescindible incorporar un razonamiento moral sólido en el marco formativo de los MIR.

Referencias

- Raja-Elie, E., Abdunnour, M.D, Brian Gin, M.D, Boscardin, C.K., 2025. Educational Strategies for Clinical Supervision of Artificial Intelligence Use. *New England Journal of Medicine*, 393 (8): 786-79.
- Nicholas S., Darby, V., 2024. Living well with AI: Virtue, education, and artificial intelligence, *Theory and Research in Education*, 22 (1): 19-44.
- Boscardin, C.K., Gin, B., Golde, P.B., Hauer, K.E., 2024. ChatGPT and Generative Artificial Intelligence for Medical Education: Potential Impact and Opportunity. *Acad Med.*, Jan 1, 99 (1): 22-27.



«LA GRAMÁTICA DEL CUERPO HUMANO» Y «LA GRAMÁTICA GENÓMICA»: UNA MIRADA AL MAGISTERIO DEL PAPA JUAN PABLO II

CLAUDIU EVA

Universitatea București, Facultatea de Teologie Romano-Catolică.

Scoala Doctorală de Teologie și Studii Religioase

claudiueva14@gmail.com

Introducción

El presente estudio analiza el concepto de «gramática del cuerpo» y su paralelismo con la «gramática del genoma» en las enseñanzas de Juan Pablo II. A través de una comparación entre la antropología teológica y la reflexión bioética, se pone de relieve cómo el cuerpo humano y su código genético son considerados lenguajes reveladores de la identidad personal y vocacional del ser humano.

Método y estructura de la investigación

Con un método sistemático e interdisciplinario, el presente estudio se centra en el análisis de cuatro ámbitos principales: (1) el cuerpo como lenguaje y gramática: retomando las reflexiones de Teología del cuerpo; (2) el genoma como escritura biológica: un lenguaje científico que debe interpretarse teológicamente; (3) el cuerpo-genoma como texto moral: implicaciones éticas y antropológicas; (4) hacia una síntesis antropológica-teológica: la gramática del don y de la vocación. La metodología adoptará un enfoque teológico hermenéutico. Las encíclicas, discursos, catequesis (el Magisterio), integradas con la literatura bioética y teológica contemporánea, convergen entre el lenguaje simbólico y la estructura biológica del ser humano.

Discusión

El tema toca cuestiones urgentes de la bioética contemporánea: el transhumanismo, las tecnologías de edición genética (CRISPR-Cas9) y las manipulaciones de la identidad sexual, indispensable un retorno a los fundamentos antropológicos y teológicos de la corporalidad humana.

Juan Pablo II se centra en la corporalidad como «lenguaje del don» y en el genoma como «texto de la vida», y ofrece criterios para discernir el uso ético de las tecnologías, sin caer ni en el tecnicismo ni en el dualismo antropológico.

Conclusiones

Juan Pablo II a través de la categoría de la gramática del cuerpo, anticipó una lectura teológico-moral de la gramática genómica, integrándola en una visión cristológica y relacional de la persona humana. El cuerpo y el genoma no son opuestos ni reducibles a la biología, sino lenguajes convergentes de la vocación humana a la comunión.

Referencias

- Giovanni Paolo II, *Udienze Generali*. 1979–1984. En: *Insegnamenti di Giovanni Paolo II*, vol. III–VII, Città del Vaticano, Libreria Editrice Vaticana.
- Wojtyła, K., 2003. *Persona e atto*. Città del Vaticano, Libreria Editrice Vaticana.
- Mieth, D., 2001. *Che cosa vogliamo potere? Etica nell'epoca della bioetica*, Editrice Queriniana, Brescia.
- Vidal, M., 2001. *10 palabras clave en moral del futuro*, Editorial Verbo Divino, Estella.
- Chiodi, M., Reichlin, M., 2017. *Morale della vita. Bioetica in prospettiva filosofica e teologica*, Editrice Queriniana, Brescia.
- Van Der Berg, J.A. (ed.), 2020. *Engaging the fourth industrial revolution. Perspectives from theology, philosophy and education*, Sun Media, Bloemfontein.
- Herzfeld, N. (ed.), 2017. *Religion and the New Technologies*, MDPI, Basel.



DE LAS RESTRICCIONES A LOS DERECHOS FUNDAMENTALES EN LAS INTERNACIONES INVOLUNTARIAS DE PERSONAS CON ADICCIÓN A SUSTANCIAS

DAYANE FERNANDES MESSIAS

Facultad de Derecho de Lisboa.

dayane_messias@hotmail.com

El presente trabajo analiza la internación involuntaria de personas con dependencia química desde una perspectiva bioética, haciendo hincapié en la tensión entre la autonomía individual y la intervención del Estado. Se fundamenta en los principios bioéticos de autonomía, dignidad humana y respeto al consentimiento informado, destacando que la privacidad y la libertad personal son derechos fundamentales que deben ser protegidos, incluso ante el sufrimiento o la dependencia de sustancias. Para ello, se utilizarán los métodos histórico, comparativo y deductivo, apoyándose en noticias proporcionadas por los medios de comunicación, en la legislación y en reglamentos y normas emitidas por organismos estatales.

La autonomía se concibe no solo como libertad negativa —ausencia de coacción externa—, sino también como libertad positiva, es decir, la capacidad del individuo de autodeterminarse y renunciar a derechos, incluso al derecho a la salud, siempre que su decisión sea libre e informada. El paternalismo estatal, frecuentemente justificado por una supuesta protección, es criticado por suprimir dicha autonomía, imponiendo tratamientos obligatorios sin el debido consentimiento, en clara violación de los principios bioéticos y de los derechos fundamentales.

El consentimiento informado, consagrado tras los juicios de Núremberg e incorporado al derecho internacional y a las legislaciones nacionales, se destaca

como un mecanismo imprescindible para la preservación de la dignidad del paciente. Debe ser continuo, contextualizado en las fases del tratamiento y respetar la capacidad cognitiva del individuo, siendo imperativo su cumplimiento para garantizar decisiones terapéuticas éticas.

En el contexto brasileño, la precariedad de la red psiquiátrica pública y la expansión de comunidades terapéuticas no reglamentadas potencian prácticas que vulneran los derechos humanos, como el uso indiscriminado de sujeciones físicas y la medicación forzada sin criterios clínicos rigurosos ni supervisión judicial. Tales prácticas constituyen una grave falta de respeto a la dignidad y a la autonomía, instrumentalizando al paciente.

Se concluye que cualquier medida que restrinja la libertad de la persona con adicción debe estar cuidadosamente justificada, precedida de una evaluación médica rigurosa y un control judicial efectivo, con el fin de evitar su instrumentalización. La preservación de la autonomía, incluso frente a decisiones difíciles o contrarias al bienestar médico, es indispensable para una ética en salud, sustentando la dignidad humana como un valor absoluto en el campo bioético.

Financiación

Este trabajo no ha recibido financiación ni beca alguna.



EL DILEMA BIOÉTICO DE LA PROMESA DE LA ETERNA JUVENTUD. UNA REFLEXIÓN A PARTIR DE *LA SUSTANCIA*

JUANA ISABEL FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ

Universidad Francisco de Vitoria. Calle Tulipán 17, 28950 Moraleja de Enmedio (Madrid).

jana.fernandez.rodriguez@gmail.comde

Introducción

La presente comunicación analiza los desafíos bioéticos que plantea la híperlongevidad tecnológica, utilizando como eje narrativo la película *La Sustancia* (2024), una ficción especulativa que ilustra con agudeza los dilemas contemporáneos del transhumanismo. En un contexto donde tecnologías emergentes como la edición genética, la medicina regenerativa o la inteligencia artificial prometen revertir el envejecimiento, se impone una reflexión crítica sobre la legitimidad de alterar la finitud humana y sus implicaciones antropológicas.

Material y métodos

Metodológicamente, se realiza un análisis crítico del contenido de la película desde la bioética contemporánea, integrando marcos teóricos del transhumanismo, del bioconservadurismo, de la bioética principialista y de la bioética personalista. Asimismo, se han analizado fuentes académicas recientes sobre las tecnologías emergentes implicadas —edición genética, medicina regenerativa, inteligencia artificial y nanotecnología— y su impacto en la equidad, la autonomía y la sostenibilidad.

Resultados

Los resultados identifican una serie de tensiones fundamentales: entre prolongación saludable y búsqueda de inmortalidad; entre autonomía y presión socio-tecnológica; entre justicia y elitismo biotecnológico. La película ilustra cómo la mejora radical puede derivar en la pérdida del sentido vital, la disolución de la identidad relacional y la mercantilización del cuerpo como objeto de consumo.

Discusión

En la discusión se abordan cuestiones centrales: ¿qué es “lo humano”, y lo “normal”? ¿Quién decide los límites de la mejora? ¿Es la longevidad un nuevo lujo? ¿Qué riesgos éticos emergen al perder de vista la muerte como horizonte que da sentido a la vida?

Conclusiones

Se concluye que, ante un futuro biotecnológicamente plausible pero moralmente incierto, la bioética debe ejercer un rol orientador. Más allá del entusiasmo tecnocientífico, urge preguntarse no solo cuánto queremos vivir, sino para qué. *La Sustancia*, como narrativa cultural, permite visibilizar estos dilemas y anticipar los desafíos de una humanidad en transición.



EL CUIDADO EN LA ESPIRITUALIDAD, DESDE LA ATENCIÓN EN ENFERMERÍA AL FINAL DE LA VIDA

MARTÍN FERNÁNDEZ-FERRO¹, ALBA PORTELA-ÁLVAREZ², ELENA MOSQUERA-LOSADA³

1. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo

2. EUE Ribera Povisa.

3. Universidad de Vigo

martin.fernandez.ferro@sergas.es

Introducción

La espiritualidad se refiere a “todo aquello que produce una transformación interior capaz de dar un nuevo sentido a nuestra vida” esta dimensión está adquiriendo una importancia mayor en relación al cuidado profesional del ser humano al final de la vida.

Material y métodos

Se realizó un estudio descriptivo transversal, mediante encuesta, dirigida al personal de enfermería de las Unidades de Cuidados Paliativos del Área Sanitaria de Vigo.

Resultados

Se recogieron 43 encuestas válidas. El 72.1% eran mujeres. Respecto a la dimensión espiritual, el 61.1% la vinculó a la religión y creencias, el 81.4% consideró esta dimensión como muy importante dentro del cuidado amplio de la persona. El total de la muestra señaló que la dimensión espiritual no se tiene en cuenta dentro del entorno sanitario, que la enfermedad y la idea de la muerte puede producir sufrimiento espiritual en los pacientes, y que prestar atención espiritual podría

ser muy útil. El 84.4% de los participantes cree que existe un tabú o dificultad en el paciente para expresar sus inquietudes espirituales y el 62.1% consideró que no sería capaz de proporcionar apoyo o cuidado de esta dimensión por falta de tiempo y herramientas para proporcionarlo.

Discusión

Se analiza la dificultad de los sanitarios a la hora de diferenciar la espiritualidad de la religión, la importancia de tener en cuenta esta dimensión y la falta de competencias para brindar este cuidado a los pacientes. Aunque existe un reconocimiento diagnóstico a esta dimensión, se hace hincapié en las carencias de los profesionales de la salud ante los desafíos que se nos plantean.

Conclusiones

Es necesario desarrollar habilidades técnicas, competencias éticas y morales que nos acerquen a la percepción de esta dimensión del cuidado interior, que trasciende lo racional de la persona, y nos permita a dar respuestas adecuadas desde la acogida y el respeto.



IMPACTO DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL (IA) EN EL DESARROLLO NEUROLÓGICO Y COGNITIVO DE NIÑOS Y ADOLESCENTES. BASES PARA UNA VALORACIÓN ÉTICA

MARÍA FONT ARELLANO¹, CARMEN DE LA FUENTE HONTAÑÓN²

1. Dpto. Ciencias Farmacéuticas. Facultad de Farmacia y Nutrición. Universidad de Navarra.

2. Paliativos Sin Fronteras PSF.

carmenfuentes.hontanon@gmail.com

Introducción

La rápida adopción de tecnologías basadas en IA en educación, entretenimiento y comunicación infantil plantea interrogantes sobre su posible impacto neurológico. Esta población, en fase crítica de desarrollo cognitivo, emocional y social, puede ser particularmente vulnerable a cambios inducidos por el uso intensivo de estas tecnologías. La mayoría de estudios actuales (2023–2025) sugiere beneficios potenciales en relación a la posible personalización del aprendizaje, aunque emergen riesgos ligados a lo que se denomina “cognitive offloading” o descarga cognitiva, especialmente crítico en estas etapas sensibles del desarrollo, así como a su posible interferencia en la correcta socialización de los niños y adolescentes y a la profundización en las diferencias sociales.

Método

Revisión sistemática de literatura científica entre 2015 y 2024 (PubMed, Scopus y Google Scholar). Se incluyeron estudios que evaluaron el efecto del uso frecuente de aplicaciones con IA en usuarios entre 5 y 18 años. Se analizaron variables como atención, memoria, empatía y conectividad cerebral.

Resultados

El uso intensivo de IA puede tener efectos mixtos, ya que mientras las herramientas de IA educativas personalizadas favorecen el desarrollo del pensamiento lógico y la memoria operativa, la exposición prolongada a algoritmos de recompensa inmediata se asocia con una reducción de la atención sostenida y del control inhibitorio, además de una posible disminución de la actividad en la corteza prefrontal. Asimismo, se observa una menor activación en circuitos relacionados con la empatía cuando la interacción social es mediada predominantemente por IA.

Conclusiones

La IA puede ser una herramienta poderosa para potenciar capacidades cognitivas en niños y adolescentes, pero su uso indiscriminado, especialmente en contextos de entretenimiento, puede interferir con procesos clave del desarrollo cerebral. Se recomienda un diseño ético de tecnologías basadas en IA, el acompañamiento adulto y políticas de regulación orientadas al bienestar neurológico infantil.



EL CUERPO COMO LUGAR DEL DON: CLAVES DE UNA BIOÉTICA PERSONALISTA FRENTE A LA COSIFICACIÓN DEL SER HUMANO

PEDRO GARCÍA CASAS

Facultad de Educación, Universidad de Murcia.

pedro.garciac@um.es

En un contexto marcado por la creciente cosificación del cuerpo humano —reducido a objeto de manipulación, producción o deseo—, esta comunicación propone una lectura alternativa desde la bioética personalista inspirada en la antropología de Karol Wojtyła y su visión del cuerpo como lugar del don. Frente a enfoques funcionalistas o meramente biológicos, se sostiene que el cuerpo no es una cosa que “tengo”, sino expresión visible de la persona que “soy”.

A partir del libro de Karol Wojtyła *Persona y acción* y sus catequesis sobre la teología del cuerpo, se exploran las dimensiones relacional, simbólica y ética del cuerpo humano, mostrando cómo la corporeidad

revela la capacidad del ser humano de donarse libremente y acoger al otro. Esta perspectiva fundamenta una bioética del respeto, la inviolabilidad y la apertura a la trascendencia, especialmente frente a prácticas como la gestación subrogada, la eutanasia, la ideología de género o la despersonalización tecnológica de la medicina.

Se concluye que el cuerpo como “don” constituye una clave hermenéutica potente para reconstruir una bioética integral, humanista y abierta al misterio de la persona, capaz de resistir la lógica del dominio devolviendo al cuerpo su lugar originario como epifanía del amor y de la comunión.



EL MÉDICO *TECNIATRA* Y LA *EPISTEMECTOMÍA DIGITAL*: NEOLOGISMOS BIOÉTICOS PARA REPENSAR EL ROL DEL MÉDICO EN LA ERA DE LA SALUD 4.0

JESÚS ÁNGEL GONZÁLEZ SÁNCHEZ

Escuela Superior de Medicina, Instituto Politécnico Nacional. Facultad de Bioética, Universidad Anáhuac, México. jagonzalezs@ipn.mx

Introducción

Las tecnologías 4.0 están transformando la práctica médica, planteando nuevos desafíos éticos que requieren marcos bioéticos actualizados para preservar la humanización y participación del paciente.

Material y métodos

Se realizó una revisión crítica del estado de arte en torno a la implementación e impacto de las tecnologías 4.0 en los servicios de salud y la práctica médica contemporánea. El abordaje fue de carácter hermenéutico y reflexivo a partir de los discursos actuales.

Resultados

Se identificaron riesgos clínicos y éticos, tales como: pérdida del juicio clínico, opacidad en la trazabilidad ética de las decisiones y exclusión del relato del paciente. Como resultado del análisis crítico del estado del arte y la reflexión bioética se desarrollan dos neologismos bioéticos: *tecniatra* y *epistemectomía digital*.

Discusión

Existe una clara transformación de la atención médica debido a la integración de las tecnologías emergentes. Los neologismos propuestos no son meras invenciones lingüísticas, sino respuestas conceptuales a vacíos detectados. El neologismo *tecniatra* reivindica un modelo profesional en que la técnica ha trascendido su concepto tradicional para integrarse al razonamiento médico, articulando la competencia técnica con la sensibilidad humana. Hace referencia al profesional de la salud que integra de forma crítica y éti-

ca las tecnologías emergentes dentro del proceso clínico, coordinando un ecosistema digital sin perder el vínculo humano con el paciente. Por su parte, *epistemectomía digital* alerta sobre los riesgos de suprimir la narrativa de los pacientes en los contextos clínicos mediados por tecnologías que priorizan eficiencia y objetividad. Representa una forma contemporánea de violencia epistémica, en la que se excluye sistemáticamente el saber subjetivo del paciente.

Conclusiones

La creación de nuevos términos bioéticos contribuye a enriquecer el lenguaje y la reflexión bioética, ofreciendo herramientas conceptuales para enfrentar los desafíos éticos presentes en la práctica clínica cada vez más dominada por las tecnologías 4.0.

Referencias

- Ahsan, M. M., Siddique, Z., 2022. Industry 4.0 in health-care: A systematic review. *International Journal of Information Management Data Insights*, 2(1): 100079.
- Kidd, I. J., Carel, H., 2017. Epistemic Injustice and Illness. *Journal of applied philosophy*, 34(2): 172–190.
- Singh, A., Kumar, N., Singh Kaswan, M., Kumar, V., Chaudhary, R., 2025. Industry 4.0 technologies and healthcare: A review of the current landscape and future prospects. *International Journal of Industrial Engineering and Operations Management*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1108/IJIEOM-01-2025-0001>

Financiación

Este trabajo no ha sido financiado.



COMPROMISO BIOÉTICO DEL DISPOSITIVO TECNOLÓGICO PARA EVITAR LA LIBERACIÓN DE PARÁSITOS (TEDEPAD)

JOAQUÍN GRACIA SALVADOR, IÑAKI MINIÑO ARBILLA

Marexi. Travesía de Jacinto Benavente, 22, 36202 Vigo.

<https://marexi.com/>

Introducción

Los parásitos constituyen un grupo faunístico bien conocido, aunque forman parte de esa “biodiversidad escondida”, poco registrada y menos notificada.

Gracias al libro blanco de seguridad alimentaria, a la Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria (EFSA) y normas comunitarias del Paquete de Higiene, los parásitos dejaron de ser un asunto de inventario para convertirse en un riesgo, un atributo no propio del producto que lo hacía no apto para consumo humano, pasando de negarse o ignorar su existencia a co-participar de su gestión.

Actualmente, alineados con las estrategias del European Marine Board y FAO/OIE/OMS, los parásitos están integrados en programas de autocontrol de riesgos, certificaciones de calidad y seguridad alimentaria, programas oficiales de Eurovigilancia de zoonosis, de alerta rápida y control de la cadena con una aproximación colaborativa, multisectorial y transdisciplinar con el objetivo de mejorar las políticas públicas de salud, reconociendo las interconexiones entre humanos, animales y su ambiente compartido. Son ejemplo de la necesidad de gestión ecosistémica, donde calidad, seguridad y sostenibilidad del sistema alimentario y productivo deben alinearse.

Material y métodos

TEDEPAD (acrónimo de Technological Device for Avoiding Parasites Discarding) es una estrategia “horizontal, integradora” que conecta el conocimiento científico con el desarrollo tecnológico y el ámbito político-regulatorio.

Resultados y discusión

Fundamentado en la mejor evidencia científica disponible como imperativo legal, TEDEPAD es una medida de gestión contra-epizoótica de intervención ecosistémica en origen (no sólo cuando el producto pasa a transformación, distribución o comercialización) que cumple con las recomendaciones sobre reducción de prevalencia de anisakiosis humana de los Comités Científicos de EFSA y FAO/OMS sobre control de enfermedades parasitarias transmitidas por alimentos.

Conclusiones

El compromiso ético de TEDEPAD es, cumpliendo con los objetivos ESG-ODS, resolver los aspectos más críticos de la problemática: La Salud pública, la experiencia de compra de profesionales/consumidores, y la defensa de los ecosistemas.



EUTANASIA EN NIÑOS EN COLOMBIA, ANÁLISIS DESDE EL PRINCIPIO DE AUTONOMÍA

ARLEY LONDOÑO QUISOBONI

Universidad de Cauca, Colombia.

arley0213@gmail.com / arleyl@unicauca.edu.co

En el presente documento se tratarán temas aun complejos tanto para el derecho, la bioética y la comunidad médica, como es lo concerniente a la eutanasia delimitada desde la autonomía y ligada a la dignidad humana, especialmente en niños regulado por la resolución 825 (Ministerio de salud y protección social [MPS], 2018).

La Constitución Política colombiana consagra la dignidad humana desde un principio elemental, como lo

es la autonomía de las personas, su libre autodeterminación y la vida digna, entre muchos otros derechos que debe proteger. Ahora, frente al final de la vida, se esbozan conflictos para el paciente, su familia y para los profesionales de la salud, los cuales deben ser resueltos esencialmente en pro de preservar los derechos de todos los actores, pero con prevalencia del paciente, más aún cuando este sufre.



LAS INSTRUCCIONES PREVIAS EN PORTUGAL

JOÃO CARLOS MACEDO

Escola Superior de Enfermagem – Universidade do Minho. Braga, Portugal
 jmacedo@ese.uminho.pt

Introducción

En bioética, las instrucciones previas (IP) se consideran un hito civilizatorio que permite a los ciudadanos ejercer libremente su autonomía en la atención sanitaria al final de la vida. En Portugal, la legalización de las IP se realizó con la Ley 25/2012. Ha pasado más de una década y el número de portugueses que han completado una IP es muy bajo. Con el fin de investigar las IP en la sociedad portuguesa, se han realizado tres estudios.

Métodos

Estudio 1 - revisión de la literatura, búsqueda en 3 bases de datos; Estudio 2 - estudio cuantitativo analítico transversal - muestra de 950 adultos residentes en Portugal que completaron en línea la Escala de Actitudes del Público en General hacia las Directivas de Cuidados Anticipados (GPATACD); Estudio 3 -un estudio cualitativo exploratorio y descriptivo, se realizaron entrevistas abiertas a una muestra de conveniencia mayor de 18 años.

Resultados

La actitud de la población portuguesa hacia las IP es mayoritariamente positiva. Existe una buena receptividad, aunque el nivel de conocimiento sobre las IP es muy bajo, lo que se refleja en la falta de información, el escaso número de portugueses que la redactan y la escasez de información/formación y asesoramiento

para prepararlas. Además, existen una serie de factores que condicionan su redacción: el tabú de la muerte, las creencias religiosas, el contacto con la muerte y los moribundos y la aplicación de la ley.

Conclusión

La población portuguesa tiene una percepción muy positiva das IP. Los datos obtenidos nos permiten afirmar que es necesario introducir medidas para desarrollar el derecho de este ciudadano al libre ejercicio de la autonomía anticipada. Hay dos áreas fundamentales para mejorar el desarrollo de las IP en la población portuguesa: medidas para aumentar la alfabetización de la población y cambios en el marco jurídico.

Referencias

- Macedo, J. C., Castro, L., Nunes, R., 2024. Attitudes of the Portuguese population towards advance directives: an online survey. *BMC Medical Ethics*, 25(1): 40. <https://doi.org/10.1186/s12910-024-01043-x>
- Macedo, J. C., Macedo, E., Nunes, R., 2024. Advance Directives in Portugal: A Qualitative Survey. *Healthcare*, 12(2): 195. <https://doi.org/10.3390/healthcare12020195>
- Macedo, J. C., Rego, F., Nunes, R., 2023. Perceptions, Attitudes, and Knowledge toward Advance Directives: A Scoping Review. *Healthcare*, 11(20): 2755. <https://doi.org/10.3390/HEALTHCARE11202755>



EL PAPEL DEL FARMACÉUTICO HOSPITALARIO EN LA REDUCCIÓN DE ERRORES EN TRATAMIENTOS CON OPIOIDES EN CUIDADOS PALIATIVOS

ESTHER MATEO FOLGADO¹, JOSÉ LÓPEZ GUZMÁN²,
GUADALUPE BEITIA BERROTARAN²

1. Clínica Universidad de Navarra.

2. Universidad de Navarra.

emateofolga@unav.es / jlguzman@unav.es / gbeitia@unav.es

Introducción

Los errores de medicación son una de las principales amenazas para la seguridad del paciente, considerándose una mala praxis que puede derivar en daño debido a una acción equivocada, mal empleo de la técnica, impericia o desconocimiento. Representan aproximadamente el 20% de los errores hospitalarios. En cuidados paliativos se ha reportado una incidencia de errores con opioides del 32 al 70%. Los opioides son medicamentos de alto riesgo, capaces de causar daños graves o incluso mortales. En pacientes paliativos, este riesgo se incrementa por factores como la edad avanzada, comorbilidades, disfunción renal y hepática, deterioro cognitivo y polifarmacia. El 82% de errores con opioides en cuidados paliativos afectan al paciente, requiriendo monitorización o intervención en un 20–42% de los casos.

Material y métodos

Se ha realizado una revisión bibliográfica sobre errores relacionados con opioides en cuidados paliativos.

Discusión

Los pacientes en cuidados paliativos son especialmente vulnerables, por su situación personal y por la

complejidad de sus tratamientos. El respeto a su dignidad requiere un cuidado muy especial, que atienda tanto sus requerimientos personales como farmacológicos. El profesional sanitario debe evitar errores farmacológicos mediante la notificación, el análisis de errores y la mejora de sistemas. Sin embargo, llama la atención la baja tasa de notificación de errores con opioides en cuidados paliativos (32-70%). Desde una perspectiva ética y legal, es imperativo abordar la elevada tasa de errores en la administración de opioides a estos pacientes. Un enfoque bioético requiere la buena praxis profesional, implementando todas las medidas necesarias para evitar cualquier error de medicación.

Conclusión

La participación activa del farmacéutico hospitalario en los equipos interprofesionales de cuidados paliativos, podría ser una estrategia efectiva para reducir los errores relacionados con opioides, mejorando así la seguridad y la calidad de la atención al paciente.

Financiación

Este trabajo no ha sido financiado ni becado.



EMBRYO FUSION AND INDIVIDUATION: A WRONG FOUNDATION FOR THE 14-DAY RULE?

GEORGE L. MENDZ, FRANCIS J. O'KEEFE

School of Medicine, Sydney Campus, The University of Notre Dame, Australia.

george.menz@nd.edu.au

Introduction

In discussions on the Ethics of human embryo experimentation, individuation is a necessary criterion to afford them status as human beings. Currently, research on human embryos is allowed up to 14 days after fertilisation in most world jurisdictions. This approach has profound ethical implications on the status of the early embryo. The foundation of this rule is the assumption that human embryos lack individuality until 14 days post fertilisation owing to the existence of (i) twinning and (ii) tetragametic individuals, namely, human beings comprised of two genetically different types of cells. The first supposition has been demonstrated to be based on a wrong model of embryo development.

Aim

The present study investigated the premises supporting the hypotheses on the genesis of tetragametic individuals.

Results

The work evaluated the validity of the three models proposed to describe the origin of tetragametic humans: (i) the polar body hypothesis, (ii) the parthenogenetic hypothesis; and (iii) the embryo fusion hypothesis. Analyses conducted on the basis of contemporary knowledge of embryo development showed that these models were based on mistaken interpretations and implausible conjectures about the natural history of early human embryos. The occurrence of sesquizygotic twins provided a more cogent explanation than embryo fusion for the existence of tetragametic individuals.

Conclusion

An unproven capacity of two human embryos to fuse together cannot justify legislation permitting human embryo experimentation up to 14-days post-fertilisation, particularly when such an event is questioned by a body of evidence.



ROL DEL FARMACÉUTICO EN ATENCIÓN DE PACIENTES Y FAMILIAS EN PROGRAMAS DE CUIDADOS PALIATIVOS. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

JULIA MILLÁN GÓMEZ¹, GLORIA M^a TOMÁS Y GARRIDO²

1. Sociedad Andaluza de Investigación Bioética.

2. Universidad Católica de Murcia (UCAM).

gtomas@ucam.edu

Se señala la principal misión de una unidad de Cuidados Paliativos; se explica el papel del Farmacéutico en Atención Primaria y se realiza una revisión bibliográfica en los países que tienen más desarrollados estos temas fuera del ámbito español.

Desarrollo y resultados

La OMS define los CP como la prevención y el alivio del sufrimiento de los pacientes adultos y pediátricos y sus familias, que enfrentan los problemas asociados con enfermedades potencialmente mortales. Estos problemas incluyen sufrimiento físico, psicológico, social y espiritual de los pacientes y de los miembros de la familia. Destacamos que, aunque la OMS no tiene una declaración específica sobre los farmacéuticos comunitarios en los CP, sí se les reconoce como parte del equipo multidisciplinario.

Los artículos finalmente seleccionados para realizar este trabajo han sido ordenados en primer lugar, según el país en el que se centraba el estudio y el segundo criterio ha sido cronológico. Nos encontramos con tres

países: Australia, Reino Unido y Japón en que el tema está más desarrollado. Otros estudios son en Escocia, Francia, Estados Unidos y algunos países anecdóticos como Taiwán y Arabia Saudí.

Desarrollamos los resultados por países en la comunicación.

Conclusiones

En países con distintos modelos sanitarios, se ve como prioridad la atención paliativa domiciliaria.

Los FC están infrautilizados en la atención primaria y es necesaria su integración en equipos de CP para mejorar la calidad en la atención a los pacientes con necesidades paliativas.

En Atención Primaria es fundamental la formación de los farmacéuticos, la comunicación interprofesional y el acceso a la información de los pacientes. Es imprescindible la capacitación y acreditación para incluir a los FC en los Equipos de CP.

Papel clave del farmacéutico comunitario como agente sanitario accesible, por cercanía y disponibilidad.



HACIA UNA UTOPIA REALISTA DE LA MUERTE Y EL MORIR EN EL SIGLO XXI

NATALIA MULERO GALINDO

Centro de Salud Somosaguas. Servicio Madrileño de Salud. Madrid

natalia.mulero@salud.madrid.org

Introducción

La Comisión 'The Lancet' sobre el Valor de la Muerte publicó en 2022 un informe sobre devolver la muerte a la vida. La propuesta nace al observar un desequilibrio en nuestra relación con la muerte y la agonía al desplazarse del contexto familiar, comunitario, cultural y relacional para integrarse en el sistema sanitario.

Resultados

La historia de la muerte y el proceso de morir en el siglo XXI encarna una paradoja bioética fundamental: a pesar del notable avance científico-técnico, que ha permitido un manejo eficaz de los síntomas, el desarrollo de intervenciones psicológicas especializadas y una creciente comprensión del sufrimiento espiritual y existencial, muchas personas continúan enfrentando una mala muerte. Por ello, el Informe realizado por la Comisión establece cinco principios de una nueva visión sobre cómo podría ser la muerte, el morir y el duelo: abordar el papel de los determinantes sociales de la muerte; entender el morir como un proceso relacional y espiritual más que un simple evento fisiológico; las redes de atención comunitaria deben liderar el apoyo a las personas que mueren, cuidan y están en duelo; las conversaciones e historias sobre la muerte cotidiana, el morir y el duelo deben ser frecuentes; se reconoce el valor incalculable de la muerte.

Conclusiones

La manera en que las personas mueren ha experimentado una transformación significativa en las últimas décadas, pasando de ser un acontecimiento familiar y comunitario para convertirse en un fenómeno predominantemente clínico. Este cambio ha medicalizado el proceso de morir, desplazando a los pacientes hacia entornos hospitalarios, invisibilizando la muerte y relegando el papel de las familias y comunidades. En este contexto, el final de la vida se encuentra, con frecuencia, condicionado por las prácticas médicas que determinan en gran medida cómo, cuándo y dónde ocurre la muerte. Frente a esta realidad, es necesario recuperar la comprensión de la muerte como un proceso relacional y espiritual. Esta perspectiva permitiría revalorizar la calidad de los vínculos entre los profesionales sanitarios, el paciente y su familia.

Referencias

- Lancet Commission on the Value of Death, 2022. Report of the Lancet Commission on the Value of Death: bringing death back into life. *Lancet*, 399(10327): 837-884. DOI: 10.1016/S0140-6736(21)02314-X.
- WHO, 2017. Clinical criteria for the determination of death. WHO technical expert consultation. Geneva.



INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN CONSULTA EXTERNA: IMPACTO EN LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE Y CONSIDERACIONES ÉTICAS

PEDRO A. PACHECO-MARTÍNEZ, MARÍA HERRERA-ABIÁN,
FRANCISCO JAVIER RUÍZ-HORNILLOS, LUZ M. GONZÁLEZ-MORALES,
ADRIANA PASCUAL-MARTÍNEZ

Departamento de Bioética Clínica, Hospital Universitario Infanta Elena. Valdemoro. Madrid

pedro.pacheco@quironsalud.es

Introducción

La Inteligencia Artificial (IA) se aplica en distintos campos de la medicina. Uno de ellos es la atención al paciente en consulta, participando directamente en la relación médico-paciente (RMP). Esta situación genera cuestiones éticas en relación con la IA como nuevo elemento en la RMP.

Desde 2024, el Hospital Universitario Infanta Elena (Madrid) utiliza SCRIBE, un programa de IA de procesamiento de lenguaje natural (PNL). SCRIBE permite la transcripción e interpretación automática de las entrevistas médico-paciente mediante IA generativa.

Material y métodos

Describimos nuestra experiencia con SCRIBE, las principales cuestiones éticas identificadas y cómo se han abordado: consentimiento informado de su uso, la privacidad del contenido, custodia y explotación de los datos, o la potencial pérdida de control del médico en la transcripción de informes, entre otros.

Se analizaron las características y el objetivo de SCRIBE y las cuestiones éticas surgidas con su implantación, así como las medidas tomadas para su resolución. Se

revisaron sus datos de uso y su impacto en la satisfacción del paciente, comparando encuestas previas y posteriores a su implantación (NPS).

Resultados

La obtención del consentimiento informado del paciente, la utilización de herramientas de protección de datos y borrado de los mismos, la supervisión y modificación del informe por parte del médico, entre otros, permite dar respuesta a las principales cuestiones éticas planteadas. Los resultados de satisfacción del paciente (NPS > 70) tras la implantación de SCRIBE no son inferiores a los obtenidos previamente a su uso.

Conclusiones

El uso de la IA en consulta externa es un nuevo factor en la RMP. Para dar respuesta a las cuestiones éticas, son fundamentales un diseño adecuado de la IA, la formación en dicha herramienta de los profesionales y una información clara a los pacientes. Delegar tareas administrativas a la IA permite al médico enfocarse en la relación humana con el paciente.



GUÍA ÉTICA PARA ORIENTAR A LOS PROFESIONALES SANITARIOS EN LA TOMA DE DECISIONES RELACIONADAS CON LA PRESTACIÓN DE AYUDA A MORIR

ROSA MARIA PÉREZ-CAPELLADES¹, SERGIO RAMOS-POZÓN², ANNA FALCÓ-PEGUEROLES³

1. Programa Doctorat Infermeria i Salut Univ. de Barcelona.

Hospital Comarcal del Pallars (España).

2. Facultat d'Infermeria. Univ. de Barcelona (España).

3. Facultat d'Infermeria. Programa de Doctorat Infermeria i Salut. Univ. de Barcelona (España).

rperezca92@alumnes.ub.edu

Introducción

La Ley Orgánica 3/2021 de regulación de la eutanasia en España ha permitido vehicular la prestación de ayuda a morir y reconoce el derecho a la objeción de conciencia (OC). La literatura internacional muestra que a menudo se invoca OC sin una fundamentación moral clara, por lo que este hecho puede representar una incertidumbre jurídica y moral en su aplicación.

Objetivo

Confeccionar una guía de principios éticos para orientar al profesional a identificar motivaciones morales subyacentes en la decisión de participar o no en la prestación de ayuda a morir, a partir del análisis de la literatura científica sobre el tema.

Material y métodos

Se llevó a cabo un análisis del constructo "objeción de conciencia en el contexto de eutanasia y suicidio asistido" en más de 50 documentos científicos y normativas y se identificaron los principales enfoques bioéticos, normativos y profesionales presentes en la literatura.

Resultados

El análisis permitió distinguir la OC de otras formas de rechazo, como son el miedo, la falta de competencias técnicas o la presión del entorno. Se confeccionó una Guía ética para orientar a los profesionales en la toma de decisiones relacionadas con la prestación de ayuda a morir, para ayudar a identificar las motivaciones reales tras una OC. La guía considera que el profesional objetor debe asumir la responsabilidad ética de acompañar al paciente y garantizar una derivación adecuada, evitando el abandono o demoras injustificadas.

Conclusiones

La OC plantea retos relevantes en el marco de la eutanasia y el suicidio asistido, especialmente por la posible colisión entre derechos de pacientes y de profesionales. Resulta esencial identificar cuando es una auténtica OC y ofrecer herramientas éticas que permitan al profesional actuar de forma responsable, respetando tanto el derecho del objetor como el del paciente a acceder a la prestación.

Financiación

No hubo financiación.



BIOÉTICA Y USO DE TECNOLOGÍAS DIAGNÓSTICAS EN FORMACIÓN ACADÉMICA: DESAFÍOS EN EL MANEJO DE DATOS RETROSPECTIVOS EN INVESTIGACIONES DE PREGRADO EN TECNOLOGÍA MÉDICA

RONALD PÉREZ LOBOS

Escuela de Tecnología Médica, Facultad de Medicina, Universidad Andrés Bello. Santiago, Chile.

Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.

ronald.perez@unab.cl

Introducción

El uso de tecnologías diagnósticas emergentes, en el ámbito académico ha impulsado el desarrollo de investigaciones formativas en carreras de la salud, especialmente en Tecnología Médica donde se utilizan datos retrospectivos obtenidos de exámenes en operativos comunitarios, screenings o laboratorios universitarios. Estos datos, generados con fines docentes, no se incorporan a fichas clínicas oficiales, lo que plantea dilemas éticos vinculados al consentimiento informado, confidencialidad, protección de datos sensibles y justicia sanitaria.

Material y método

Se realizó un análisis ético del uso en investigaciones de pregrado, de exámenes no incorporados en fichas clínicas oficiales. El estudio se basó en los principios generales de la bioética, y normativas chilenas e internacionales vigentes, para proponer estrategias concretas y aplicables que orienten su uso responsable en contextos académicos.

Resultados

El análisis identificó siete áreas clave para garantizar la idoneidad ética en el uso de datos diagnósticos para

investigaciones biomédicas: delimitación del tipo de dato; trazabilidad, consentimiento informado, incluso en contextos formativos; revisión por comités de ética; medidas de anonimización; minimización de riesgos a la privacidad y dignidad; y mecanismos de rendición de cuentas. Estas acciones garantizan el respeto por los derechos de los participantes, el cumplimiento normativo y la transparencia en el uso académico de tecnologías diagnósticas, incluso cuando los sujetos no son pacientes formales del sistema sanitario.

Discusión

El uso de datos sensibles en contextos académicos debe regirse por principios éticos sólidos. En un escenario de creciente digitalización en salud, es esencial que la formación profesional promueva la responsabilidad en el manejo de información biomédica.

Conclusiones

Promover prácticas concretas y políticas institucionales robustas fortalece la práctica científica responsable y respetuosa de los derechos de los participantes, garantizando que la aplicación académica de tecnologías diagnósticas sea justa, segura y humanizada.



EL GADOLINIO DE AGENTES DE CONTRASTE PARA MRI EN AGUA FLUVIAL ¿UN TEMA DE BIOÉTICA AMBIENTAL?

RICARDO PREGO¹, GONZALO FARINANGO¹, MIGUEL ÁNGEL ÁLVAREZ VÁZQUEZ²

1. Instituto de Investigaciones Marinas (IIM-CSIC). Vigo, España.

2. Grupo GEAAT, Área de Xeografía Física, Universidade de Vigo. Ourense, España.

prego@iim.csic.es

Introducción

En el presente siglo se está haciendo énfasis en los compuestos químicos emergentes en el medioambiente. A nivel mundial se han listado unos 4000 productos farmacéuticos para uso humano y veterinario; no todos son orgánicos, el gadolinio es uno de los pocos inorgánicos. Desde la década de 1980, los agentes de contraste a base de quelatos estables de Gd^{3+} (GBCA) se han utilizado rutinariamente en resonancia magnética (MRI). Cinco complejos se administran comúnmente en la Unión Europea: Gd-HP-DO3A, Gd-BT-DO3A, Gd-DOTA, Gd-DTPA y Gd-BOPTA. Los GBCA se eliminan vía renal acabando en las aguas residuales urbanas, donde las depuradoras de aguas residuales (EDAR) no pueden retenerlos y se vierten al ecosistema acuático.

Material y métodos

Ninguna investigación ha abordado el transporte río-ría de gadolinio; por ello, se recogieron mensualmente, durante un año hidrológico (octubre-2018 – septiembre-2019), muestras de agua en la desembocadura del río Sar, que discurre por la comarca de Santiago de Compostela, en cuyo Hospital Clínico Universitario se realizan numerosas MRI, y desemboca en la ría de Arosa. Las muestras de agua se han recogido según los protocolos especiales para elementos traza, se procesaron en sala blanca y el gadolinio se analizó por ICP-MS.

Resultados

El rango de concentración de gadolinio fue 8-212 $ng \cdot L^{-1}$ y la media anual 46 $ng \cdot L^{-1}$, con el 58% atribuible a su uso como GBCA. A la ría de Arosa, el río Sar aporta 2,6 y 3,6 $kg \cdot año^{-1}$ de gadolinio litogénico y antropogénico (GBCA), respectivamente.

Discusión

Desde un punto de vista bioético, para los GBCA y, en general, para los fármacos orgánicos, es necesario determinar su destino ambiental y efectos ecotoxicológicos, además de ser prudentes al utilizar dichos compuestos emergentes. Además, para los GBCA conviene mejorar su eliminación en las EDAR, e incluso plantearse recolectar orina de los pacientes después de las MRI para recuperar este elemento tecnológicamente crucial.

Referencias

- aus der Beek T, Weber FA, Bergmann A, Hickmann S, Ebert I, Hein A, Küster A, 2016. Pharmaceuticals in the environment. Global occurrences and perspectives. *Environ. Toxicol. Chem.*, 35: 823–835.
- Brünjes R, Hofmann T, 2020. Anthropogenic gadolinium in freshwater and drinking water systems. *Water Res.*, 182: 115966.
- Muir DGC, Getzinger GJ, McBride M, Ferguson PL, 2023. How Many Chemicals in Commerce Have Been Analyzed in Environmental Media? A 50 Year Bibliometric Analysis. *Environ. Sci. Technol.*, 57: 9119–9129.
- Prego R., 2019. *Las tierras raras. ¿Qué sabemos de?* Editorial Catarata, 141 pp. ISBN 978-84-9097-632-6.

Agradecimientos

A la Lcda. Susana Calvo por su colaboración en los muestreos fluviales y pretratamiento de las muestras en sala blanca. Esta investigación fue financiada por el proyecto AMBARULLA (código CSIC 20181970).



EL SIGNIFICADO DEL VÍNCULO MATERNO FILIAL EN LAS MADRES BIOLÓGICAS QUE TIENEN LA INTENCIÓN DE ENTREGAR SU HIJO EN ADOPCIÓN

OLGA ISABEL RESTREPO CASTRO, MARÍA DE LA LUZ CASAS MARTÍNEZ,
MARÍA FERNANDA CRESPO ARRIOLA

Univ. Panamericana, México. Facultad de Medicina, Univ. de La Sabana, Bogotá, Colombia.

Olga.restrepo@unisabana.edu.co

Introducción

El vínculo materno-filial es de naturaleza multidimensional; el desarrollo de la relación afectiva depende de factores biológicos, sociales, culturales y personales que influyen en la capacidad de la mujer para comprometerse con el feto. El proceso de entrega en adopción no es un evento aislado, sino un proceso que está marcado por una serie de etapas emocionales que van desde la incertidumbre, la confusión, el miedo y la duda hasta, en algunos casos, la aceptación de la decisión como una alternativa a su propia vulnerabilidad.

Desde la bioética clínica, el estudio del vínculo materno-filial prenatal permite identificar cuestiones clave como el reconocimiento moral del feto, el respeto por la maternidad, el manejo interdisciplinar en el acompañamiento del embarazo para cuidar el binomio madre feto.

Objetivo

Comprender el significado que las madres biológicas, que tienen la intención de dar su hijo en adopción, otorgan al vínculo materno filial que se desarrolla durante su embarazo.

Metodología

El estudio es desde un punto de vista cualitativo, seleccionando como marco teórico la fenomenología in-

terpretativa; se emplearon entrevistas en profundidad de tipo semiestructuradas, abiertas e individuales.

Resultados

Se identificaron categorías que integran las dimensiones del ser humano y permiten comprender la importancia ética del significado del vínculo materno filial prenatal, principalmente desde los componentes socio-culturales de esta población de gestantes que tienen la intención de dar su hijo en adopción.

Conclusiones

El vínculo es inevitable y profundo; las madres biológicas, incluso cuando planean dar a su hijo en adopción, presentan un vínculo afectivo durante el embarazo. Este vínculo se manifiesta como instinto, amor, empatía y responsabilidad, y no puede ser desligado de la experiencia emocional del embarazo. El significado del vínculo materno-filial de las madres biológicas que tienen la intención de dar su hijo en adopción evidencia cómo los individuos vulnerables necesitan ser protegidos.

Financiación

Este trabajo no ha sido financiado por ninguna institución.



LA SALUD COMO DEBER, LA MUERTE COMO ERROR: RIESGOS BIOÉTICOS DEL IDEAL TRANSHUMANISTA

JAVIER RODRÍGUEZ COMELLAS

Universidad Nacional a Distancia

jrodriguezcomellas@gmail.com

Ante el temor a la muerte, la salud ha dejado de ser un bien deseable para convertirse en una obligación social, en consonancia con la lógica de la competencia y el perfeccionamiento promovida por el transhumanismo. Desde esta perspectiva, el transhumanismo combate lo que denomina “muerteísmo” (deathism), una supuesta ideología que acepta la muerte como parte inevitable de la vida y que, según sus defensores, fomenta la pasividad y la resignación. Para el transhumanismo, esta actitud es peligrosa, incluso fatal, por su negativa a desafiar a los límites biológicos del ser humano.

El ideal de postergar el envejecimiento implica un rediseño radical de la biología humana, orientado no solo a evitar la muerte, sino también a eliminar a sus “mensajeros”: el deterioro físico, la fragilidad y la vul-

nerabilidad. Sin embargo, esta lucha contra la finitud conlleva riesgos significativos, como la superpoblación o la creciente incapacidad de convivir con el otro, en especial con aquel que encarna la fragilidad: el vulnerable, el dependiente, el anciano.

Esta nueva noción de la salud da lugar a un nuevo tipo de sujeto: el homo sanitas, que erige la salud en valor supremo. Ya no se trata solo de curar enfermedades, sino de anticiparse a ellas y modificar comportamientos. El fin último del ser humano deja de ser la perfección moral para convertirse en perfección biológica. Se configura así una visión “medicalizada de la existencia”, donde la vida la existencia ya no posee valor en sí misma, sino en la medida en que permite desarrollar una vida sana.



LIDERAZGO TRANQUILO (BÚSQUEDA E IMPULSO DE UNA ANTROPOLOGÍA INTEGRADORA)

GLORIA MARÍA TOMÁS Y GARRIDO

Universidad Católica de Murcia UCAM.

gtomas@ucam.edu

Introducción

El acontecer histórico no es pacífico y casi puede afirmarse que nunca lo ha sido. Con la IA sobreviene un “cambio de era” y quizás una nueva forma de entender el mundo; en Bioética debe implicar un estudio renovado de las consecuencias de la intervención tecnológica en la vida biológica y particularmente en cada vida humana.

Material y métodos

No es un trabajo empírico, sino antropológico. Se pretende concienciar para comprender con luces nuevas quien es la persona y cuál es su dignidad ontológica.

Las referencias utilizadas son:

- a nivel de fundamentación: Antropología Transcendental (L. Polo); Redemptor Hominis (San Juan Pablo II). Autobiografía (Papa Francisco)
- a nivel social dos libros: “Líderes” (Richard Nixon, 1982) y “Liderazgo” (Henry Kissinger (2023). en que los probablemente sin transcendencia definen que el progreso necesita el desarrollo virtuoso de los políticos.

- a nivel cinematográfico: Barbie (Directora Greta Gerwing) y Materialistas (Directora Celine Song)

Resultados y discusión

- Aportar nuevos horizontes, respetando los existentes, para discernir mejor los significados y límites de la intervenciones tecnológicas en la persona y principalmente para concienciar y ayudar a los que la realizan y a los que la reciben.
- Reconocer que la intimidad es lo radical de la persona y, desde esa verdad trabajar la vida recibida —su cuerpo— y la vida añadida —su yo—.
- Estas aportaciones no son absolutamente nuevas, ya habla de ellas, desde el siglo II la Carta a Diogneto

Conclusiones

Puede intuirse de un poema de Jerzy Liebert: “Te estoy aprendiendo, hombre, / te aprendo despacio, despacio. /De este difícil estudio/goza y sufre el corazón./ Los expertos bioéticos, profesionales varios y todo hombre está llamado a reconocer de veras quienes somos.



BIOÉTICA DE LAS TECNOLOGÍAS EMERGENTES EN EL ÁMBITO DE LA SALUD

GABRIELA TRAVIESA

gabeetraviesa@gmail.com

Introducción

Las tecnologías emergentes en salud, como corazones artificiales y neuroprótesis, han transformado los límites entre lo biológico y lo artificial. Estos avances permiten prolongar la vida más allá de las capacidades naturales del cuerpo humano, pero plantean nuevos desafíos bioéticos sobre identidad, equidad y sentido existencial.

Material y métodos

Se realizó un análisis ético-conceptual sobre el caso de un paciente portador de un corazón artificial total, utilizando los principios de la bioética clínica (autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia) y el enfoque del humanismo médico, complementado con revisión bibliográfica selectiva.

Resultados

El caso analizado corresponde al testimonio personal de mi paciente Jacques Van Doorn, 65 años con corazón artificial total, quien expresó en entrevista clínica: "¿Sigo siendo humano?". Esta situación plantea una crisis de identidad vinculada a la sustitución de un órgano simbólicamente central. Asimismo, se identificaron dilemas sobre equidad en el acceso, debido al alto coste y dependencia tecnológica de este tipo de dispositivos. La prolongación de la vida biológica puede acompañarse

de una experiencia vital condicionada por vulnerabilidad tecnológica y dudas existenciales.

Discusión

El desarrollo de órganos artificiales no solo amplía la esperanza de vida, sino que redefine las nociones tradicionales de lo que significa estar vivo. Es necesario reflexionar sobre la calidad de vida y el acompañamiento integral que requieren estos pacientes, incluyendo dimensiones espirituales y psicosociales, y garantizar un acceso equitativo a estas tecnologías.

Conclusiones

La bioética de las tecnologías emergentes debe integrar un enfoque que respete la autonomía, promueva la equidad y contemple el sentido existencial de los pacientes que viven gracias a órganos artificiales, situándonos ante la necesidad de repensar lo que entendemos por ser humano.

Referencias

- Ten Have, H., 2013. Bioética global. UNESCO.
- Andorno, R., 2009. La dignidad humana como fundamento de la bioética. *Perspect Bioét*, 14(1): 99-116.
- Cohen, I.G. et al., 2017. The Future of Artificial Organs: Ethical and Regulatory Issues. *J Law Med Ethics*, 45(1): 7-16.



CASO CLÍNICO: DECISIONES DIFÍCILES ¿QUIÉN ASUME LA DECISIÓN CUANDO EL PACIENTE NO ES CAPAZ DE HACERLO?

MARÍA TERESA UNGRÍA GAYO, JOSÉ ANTONIO MARTÍNEZ MARTÍNEZ,
M. MAR MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, M. CARMEN VÁZQUEZ PEDRAZUELA
Hospital comarcal Medina del Campo.
mmartinezr@saludcastillayleon.es

Introducción

Cuando la conducta sexual inapropiada afecta a la seguridad de terceros y el paciente presenta una demencia, surge el conflicto de quién debe tomar decisiones para controlar estos comportamientos.

Caso: Varón de 71 años con antecedentes de alcoholismo grave, fractura invalidante y privación sensorial. Institucionalizado desde hace años por falta de apoyo familiar. Valorado por psiquiatría por conducta sexual inapropiada, masturbación y tocamientos a compañeras, llegando a arrastrar a otras residentes a su habitación. Se inició tratamiento con Olanzapina y seguimiento por geriatría.

Geriatría diagnostica demencia mixta (vascular y enólica), añadiendo Paroxetina y Clometiazol. Se recomienda gestionar medidas de apoyo en el ejercicio de su capacidad jurídica.

Tres años después, empeora la conducta sexual. Se plantea uso de medicación antiandrogénica. Urología advierte su no indicación en ficha técnica, generando un dilema ético, así como la cuestión sobre quién pue-

de autorizar su uso ya que el paciente no dispone de plena capacidad.

Conclusión

Ante pacientes incapacitados para decidir y cuyos familiares no asumen ni delegan esa responsabilidad, se genera una situación de desamparo que puede afectar a terceros. Es esencial equilibrar autonomía y protección, respetando la dignidad de la persona con demencia y capacitando a los cuidadores para intervenir ética y eficazmente.

Referencias

- Reuben, D.B., Kremen, S., Maust, D.T., 2024. Dementia prevention and treatment: a narrative review. *JAMA Intern Med.*, 184(5): 563–72. doi:10.1001/jamainternmed.2023.8522
- Lane, N.E., Ahuja, M., Hatch, S., Seitz, D.P., McGowan, J., Watt, J.A., 2025. Treatment of Inappropriate Sexual Behavior in Persons With Dementia: A Systematic Review. *J Am Geriatr Soc.* 2025 Apr 28. doi: 10.1111/jgs.19489. Epub ahead of print. PMID: 40292929.



ANÁLISIS DEL (POLI) CONSUMO DE ESTIMULANTES EN POBLACIÓN UNIVERSITARIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

YOLANDA, VALCÁRCEL¹, GEMA VERA¹, PABLO PALOMARES¹,
IRENE MORENO¹, LADY ESTEFANÍA¹,
NANCY PANIAGUA¹, YOLANDA SEGURA², MIGUEL ANGEL MARTÍNEZ¹

1. Facultad de Ciencias de la Salud.

2. Escuela Superior de Ciencias Experimentales y Tecnología.

Universidad Rey Juan Carlos.

Yolanda.valcarcel@urjc.es

Introducción

Existen pocos estudios que hayan analizado el consumo de estimulantes e identificado los factores de riesgo condicionantes en el ámbito universitario. Teniendo en cuenta que los periodos de exámenes finales resultan especialmente estresantes para el alumnado universitario, nos centraríamos en trabajar la epidemiología del consumo en dos tiempos: una "época de bajo estrés" y una "época de elevado estrés".

Objetivos

Estimar y cuantificar el consumo de estimulantes y bebidas energéticas, en la población universitaria de la Facultad de Ciencias de la Salud y la Escuela de Ciencia y Tecnología de la URJC. Analizar variaciones de consumo de estas sustancias en periodo de exámenes frente a periodos sin exámenes y conocer sus motivaciones.

Metodología

Se plantea una metodología cuantitativa cuya técnica sea la encuesta y el cuestionario como herramienta de recogida de datos. Previamente, el protocolo será enviado para su aprobación por el comité de Ética de la Universidad Rey Juan Carlos.

Resultados

Algunos resultados preliminares indican que de los 209 encuestados, 150 fueron mujeres y 58 hombres. 135 de la Facultad de Ciencias de la Salud y 70 de la ESCET. 169 alumnos indicaron haber consumido bebidas energéticas y 40 no. La principal alteración que notificaron fue alteración del ritmo cardíaco y adicción. Principalmente la tomaban porque les quitaba el sueño.

Conclusiones

A falta de analizar totalmente la encuesta, los alumnos no identifican el consumo de bebidas energéticas como de riesgo para su salud, a pesar de conocer sus principales efectos adversos, y las consumen en periodo de exámenes para rendir más, quitar el sueño principalmente. Desde la Universidad es necesario que se trabaje más la prevención de este consumo, y ayudar al alumnado a enfrentarse a los exámenes de una forma más sana.

Financiación

Este trabajo ha sido financiado por el Observatorio del Estudiante de la URJC.



MEDIOS DE SOPORTE BIOÉTICO EN ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD

ALAN IRVING VICENTEÑO LEÓN, CAROLINA CONSEJO Y CHAPELA

Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud,

Universidad Nacional Autónoma de México.

difropal@gmail.com

Los medios de soporte bioético (MSB) son recursos que ofrecen apoyo y recomendaciones al personal de salud, usuarios y pacientes que enfrentan problemas éticos en la práctica institucional (1). Usualmente, se conciben como órganos que participan explícitamente en la promoción de una cultura ética en establecimientos sanitarios (2).

Aunque se reconoce su necesidad, no hay uno ideal para todos los contextos (3), por su elección está influida por las estrategias de salud y circunstancias de un país.

Los MSB más conocidos son el modelo de consultores expertos en ética, los comités, la deliberación de casos morales, las rondas éticas, los grupos de discusión y los grupos de reflexión ética (1).

En Estados que persiguen la Atención Primaria a la Salud (APS), la implementación de MSB puede ser un reto, según los fines que se conciban.

Si entendemos la APS como el “cuidado integral de salud para todos y por todos” (4) y la bioética como un proyecto que puede fortalecer el desarrollo de agencia moral en salud en una comunidad, entonces, sería apropiado explorar el papel de los MSB en el análisis y manejo de problemas morales en la salud para el fortalecimiento de una estrategia APS.

Mediante un estudio cualitativo, teórico, observacional y analítico a partir de datos secundarios, este trabajo reflexiona en torno a posicionamientos teóricos y prácticos para el desarrollo de un ecosistema de medios de soporte bioético que respondan a las necesidades de promoción de agencia ciudadana mediante el fortaleci-

miento de una cultura bioética en el marco de la APS en su más amplio sentido.

Consideración final: los MSB podrían construirse como espacios sensibles a realidades contextuales, impulsar mayor autosuficiencia de las personas para la toma de decisiones en salud y fungir como vía de gobernanza a través de una bioética institucionalizada.

Referencias

1. Rasoal D., Skovdahl K., Gifford M., Kihlgren A., 2017. Clinical Ethics Support for Healthcare Personnel: An Integrative Literature Review. *HEC Forum*, 29: 313-346.
2. Dauwerse L., Abma T., Molewijk B., Widdershoven G., 2011. Need for ethics support in healthcare institutions: views of Dutch board members and ethics support staff. *J Med Ethics*, 37: 456-460.
3. Aulisio M.P., Arnold R.M., Youngner S.J., 2000. Health Care Ethics Consultation: Nature, Goals, and Competencies. A Position Paper from the Society for Health and Human Values–Society for Bioethics Consultation Task Force on Standards for Bioethics Consultation. *Ann Intern Med*, (1): 59-69.
4. Tejada, R., 2003. Alma-Ata: 25 años después. *Rev Persp Sal*, 8(2): 34-45.

Financiación

Este trabajo se desarrolló con apoyo de la beca Conahcyt de doctorado CVU 663746.



BIOÉTICA DE LA ECTOGÉNESIS HUMANA: SIMULACIÓN Y EXPERIMENTACIÓN

GIANINA ROSSANA VILLALOBOS SALAS

Universidad Francisco de Vitoria, Hospital Universitario de Móstoles. 28905 Madrid.

ross.villags@hotmail.com

Introducción

La ectogénesis humana, entendida como la gestación parcial o total fuera del útero, plantea profundas interrogantes bioéticas en su tránsito desde la experimentación animal a la aplicación clínica. A pesar de los avances tecnológicos alcanzados con dispositivos como Biobag (EE. UU.), EVE (Japón-Australia) o el Amniotic Fluid Incubator (Países Bajos), no existe evidencia clínica suficiente que justifique su implementación en humanos, ni como tratamiento estándar frente a la prematuridad extrema (de 22 a 28 semanas), ni como opción reproductiva. La extrapolación desde modelos animales a contextos humanos enfrenta importantes limitaciones: desarrollo pulmonar y cerebral disímil, riesgos técnicos (espasticidad vascular, hemorragia, funciones placentarias limitadas), falta de vínculo filial, consentimiento cuestionable y peligro de instrumentalización fetal.

Materiales y métodos

Esta investigación utiliza la metodología bioética de Sgreccia, integrando el análisis antropológico y científico-técnico. Se revisan ensayos preclínicos actuales y simulaciones clínicas en el marco de la dignidad y vulnerabilidad del sujeto de ectogénesis, además de documentación ética y científica relevante sobre el impacto sociofamiliar y el uso experimental en humanos.

Resultados

Los modelos animales utilizados (principalmente ovinos) no garantizan una transferencia segura del proceso en humanos. Los modelos de simulación física que repli-

can el tamaño y el peso de un recién nacido prematuro (Universidad de Eindhoven) buscan estandarizar procedimientos sin resolver aspectos críticos como la protección integral del feto, el consentimiento válido, el apego prenatal, ni el riesgo neuro-madurativo y el daño en el desarrollo psicoafectivo a largo plazo.

Discusión

El carácter experimental de la ectogénesis requiere una delimitación estricta en su umbral ético de aceptación. Las diferencias fisiológicas entre animales y humanos, la ausencia de protocolos claros de seguimiento posnatal, y el riesgo de consentimiento viciado en contextos de emergencia obstétrica, exigen precaución y vigilancia ética. El bienestar del futuro niño, las pruebas de seguridad requeridas, la privacidad de los datos, la responsabilidad profesional, y el estatus legal y moral del sujeto (persona) "nacido" de ectogénesis, son ejes aún sin regulación adecuada.

Conclusiones

La ectogénesis todavía no debe ser considerada una terapia innovadora sino un procedimiento experimental. Su avance, particularmente en su modalidad parcial, requiere condiciones estrictas: estándares éticos elevados, enfoque multidisciplinar que solvante las complejidades clínicas, consentimiento informado continuo y seguimiento longitudinal que permita una evaluación prudente de su proporcionalidad moral, incluso ante la eventual retirada de dicho soporte vital, y en escenarios de aplicación electiva o comercial.

Referencias

- Patridge E.A., Davey M.G., et al., 2017. «An extrauterine environment for neonatal development: extending fetal physiology beyond the womb». *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*, 22(6): 404-409.
- Romanis E.C., 2018. Artificial womb technology and the frontiers of human reproduction: conceptual differences and potential implications. *Journal of Medical Ethics*, 44(11): 751-755.
- De Bie F., Kim S., Bose S., et al., 2023. Ethics considerations regarding artificial womb technology for the fetonate. *National Library of Medicine- PubMed*. 2023; 23(5): 67-78.