

CUADERNOS DE BIOÉTICA

Revista Oficial de la Asociación Española de Bioética y Ética Médica

Volumen XXXVI, 2025

COMITÉ EDITORIAL / EDITORIAL BOARD

Editor Ejecutivo: Luis Miguel Pastor García: Catedrático de Biología Celular. Facultad de Medicina. Universidad de Murcia.

Editores Asociados: Prof^a. Dr^a Marta Albert Marquez. Profesora de Filosofía del Derecho. Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales. Universidad Rey Juan Carlos (Madrid). Prof. Dr. Emilio García-Sánchez. Profesor de Bioética en Ciencias de la Salud. Departamento de Ciencias Políticas, Ética y Sociología. Facultad de Derecho, Empresa y Ciencias Políticas. Universidad CEU Cardenal Herrera (Valencia). Prof^a. Dr^a. Natalia López Moratalla. Catedrática de Bioquímica y Biología Molecular. Universidad de Navarra. Prof. Dr. Alfredo Marcos Catedrático de Filosofía de la Ciencia. Departamento de Filosofía. Facultad de Filosofía y Letras. Universidad de Valladolid. Francisco Javier León Correa. Profesor de Bioética. Universidad Central. Chile.

Miembros Comité Editorial: Ana Aranda García: Doctora en Farmacia. Master de Bioética. Servicio de Gestión Farmacéutica. SMS. Murcia. Modesto Ferrer Colomer: Doctor en Medicina. Master de Bioética. Murcia. Urbano Ferrer Santos: Catedrático de Filosofía Moral. Universidad de Murcia. María Elena Martín Hortigüela: Cirujana Infantil. Master en Bioética. Hospital General de Alicante. Juan Martínez Hernández: Intensivista. Master de Bioética. Hospital Santa Lucía. Cartagena. Pedro José Sánchez Abad: Doctor en Biología. Master de Bioética. Fundación Diagrama. Murcia. Gloria María Tomás y Garrido: Catedrática Honoraria de Bioética. UCAM. Murcia.

Correspondencia y envío de manuscritos: Luis Miguel Pastor García. Departamento de Biología Celular e Histología. Facultad de Medicina. Campus Ciencias de la Salud. Avda. Buenavista nº32. 30120 El Palmar. Murcia. E-mail: bioetica@um.es

Editora de la revista On line y Novedades AEBI: Ana Aranda García: Doctora en Farmacia. Master de Bioética. Servicio de Gestión Farmacéutica. SMS. Murcia. Murcia. Web: www.aebioetica.org. anaaranda@redfarma.org.

Suscripciones y tesorería de la revista: Pedro José Sánchez Abad: pjsaabs@gmail.com

Intercambio con revistas: Ana Aranda García: anaaranda@redfarma.org.

EDITA: Iniciativas Bioéticas SL.

DEPÓSITO LEGAL: C-56-90.

IMPRIME: Compobell. C/ Palma de Mallorca, 4-bajo. 30009 Murcia.

En las bases de datos o de Revistas: CIRC, Compludoc, Cuiden, EthicShare, DICE, Dulcinea, EBSCO, Emerging Source Citation Index (ESCI), ERIH PLUS, Fisterra, Free medical Journals, freeMedicus, Globethics, Google Académico, IBECS, JOURNAL SEARCHES, LILACS, Index Copernicus, IN-RECJ, IN-RECH, ISOC, Journal TOCs, Latindex, Medline/PubMed, Medes, MIAR, Philosopher's Index, The Physican's Index for Ethics in Medicine, Psycodoc, Rebiun, RECOLECTA, REDALYC, REDIB, RESH, RCS, ResearchGate, Revicien, ROAD, SCI JOURNALS, Scopus, SJR, Ulrich's, Vlex, VU Library, WEB of Science, Worldcat.

ISSN: 1132-1989. **e-ISSN:** 2386-3773

Las opiniones expuestas en los trabajos publicados en la revista son de la exclusiva responsabilidad de sus autores.

COMITÉ ASESOR EDITORIAL DE LA REVISTA / EDITORIAL ADVISORY BOARD

José Carlos Abellán Salort, Profesor de Filosofía del Derecho, Teoría del Derecho y Bioética. Universidad Rey Juan Carlos. Madrid. Pau Agulles Simó. Profesor de Teología Moral. Università della Santa Croce. Roma. Marta Albert Márquez. Profesora de Filosofía del Derecho. Universidad Rey Juan Carlos. Madrid. Rogelio Altisent, Médico de Familia, Master en Bioética. Ángela Aparisi Miralles, Profesora Ordinaria de Filosofía del Derecho, Universidad de Navarra. Pilar Arrebola, Catedrática de Historia de la Farmacia y Legislación, Universidad de Granada. Javier Marco Bach, Catedrático de Fisiología. Jesús Ballesteros Llompert, Catedrático de Filosofía del Derecho, Universidad de Valencia. José María Barrio Maestre, Profesor Titular de Antropología Pedagógica, Universidad Complutense de Madrid. Vicente Bellver Capella, Catedrático de Filosofía del Derecho, Universidad de Valencia. Juan Manuel Burgos, Presidente de la Asociación Española de Personalismo. María Constanza Colchero Calderón, Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Servicio Andaluz de Salud. Eliseo Collazo Chaos. Comisión de Ética e Investigaciones Sanitarias, Hospital Reina Sofía. Córdoba. Manuel de Santiago Corchado, expresidente de AEPI, Madrid. José Luis del Barco, Profesor Titular de Filosofía Moral, Universidad de Málaga. M^a Cruz Díaz de Terán Velasco. Profesora Titular de Filosofía del Derecho. Universidad de Navarra. Guillermo Díaz Pintos, Profesor Titular de Filosofía del Derecho, Universidad Castilla la Mancha. Jose Antonio Díez Fernandez, Profesor de Derecho y Bioética en la Universidad internacional de la Rioja. María Elosegui Itaxo, Catedrática de Filosofía del Derecho, Universidad de Zaragoza. María Dolores Espejo Arias, Enfermera, Secretaria de la Sociedad Andaluza de Estudios Bioéticos. Pilar Fernández, Consejo General Enfermería, Madrid. Santiago Fernández-Burrillo, Profesor de Filosofía y Master en Bioética, Lérida. Joaquín Fernández-Crehuet, Catedrático de Medicina Preventiva, Universidad de Málaga. Sergio Fernández Riquelme. Profesor Titular de Trabajo y Servicios Sociales. Universidad de Murcia. Vicente Franch Meneu, Doctor en Biología, Murcia. Luis Franco Vera Catedrático de Bioquímica y Biología Molecular, Universidad de Valencia. Gilberto A. Gamboa Bernal. Jefe del Departamento de Bioética. Universidad de la Sabana. Colombia. Teresa García García, Oncóloga. Hospital Santa Lucía, Cartagena. Julio García Guerrero, Facultativo de Sanidad Penitenciaria. Castellón. Juan Carlos García de Vicente. Médico y Teólogo Moral. Roberto Germán Zuriarrain. Doctor en Filosofía. Licenciado en Teología. Master de Bioética. Master en Derecho. UCAM. Murcia. Enrique Gómez Gracia, Profesor Titular de Medicina Preventiva, Universidad de Málaga. Jesús González Cajal, Master de Bioética, Madrid. Dr. Gumersindo González Díaz, Ex Jefe de Servicio de la U. de Cuidados Intensivos del Hospital Morales Meseguer. Académico de Número de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia. Presidente Comisión Deontológica del CMRMU. Fermín Jesús González-Melado. Miembro del

Comité de Ética Clínica del Hospital Pediátrico "Bambino Gesù". Roma. Ángel Guerra Sierra, Profesor de Investigación del CSIC jubilado. Presidente de la Asociación Gallega de Bioética. José Hernández Yago, Valencia. José Jara Rascón, Presidente de la Asociación de Bioética de Madrid. Nicolás Jouve de la Barreda. Catedrático de Genética. Universidad de Alcalá. Pilar León Sanz, Profesora Agregada, de Historia de la Ciencia, Universidad de Navarra. Mónica López Barahona, Profesora-Investigadora Universidad Francisco de Vitoria. José López Guzmán. Profesor titular de Humanidades Farmacéuticas, Universidad de Navarra. Ángeles López Moreno, Catedrática de Filosofía del Derecho, Universidad Complutense de Madrid. Ignacio Macpherson Mayol, Profesor de Bioética, Universitat Internacional de Catalunya. Aurelio Luna Maldonado, Catedrático de Medicina Legal, Facultad de Medicina, Universidad de Murcia. Javier Marigorta, Teólogo. Antonio Luis Martínez-Pujalte López. Profesor Titular de Filosofía del Derecho. Universidad Miguel Hernández. José María Martín Sánchez, Profesor Titular de Pediatría. Francisco Moya Faz. Psicólogo. UCAM. Murcia. Eduardo Osuna Carrillo-Albornoz, Catedrático de Medicina Legal, Facultad de Medicina, Universidad de Murcia. Antonio Pardo, Unidad de Educación y Bioética de la Universidad de Navarra. José María Pardo Sáenz, Profesor de Teología moral. Universidad de Navarra. Aquilino Polaino Llorente, Catedrático de Psicopatología, Universidad CEU San Pablo, Madrid. Elena Postigo Solana, Facultad de Humanidades. Universidad Francisco de Vitoria. Francisco José Ramiro García, Teólogo. Pablo Requena Meana, Profesor de Teología Moral y Bioética en la Pontificia Universidad de la Santa Cruz (Roma). Miguel Ruiz-Canela López, Profesor Departamento de Medicina preventiva y salud pública. Universidad de Navarra. María Victoria Roque, Profesora de Bioética, Universidad Internacional, Barcelona. Jesús San Miguel, Catedrático de Hematología, Universidad de Salamanca. Álvaro Sanz, Hospital Universitario del Río Hortega, Valladolid. Luis Vicente Santamaría Solís, Catedrático de Histología, Universidad Autónoma de Madrid. José Miguel Serrano Ruiz-Calderón, Profesor Titular de Filosofía del Derecho, Universidad Complutense de Madrid. Bernardo Sopeña Pérez-Argüelles, Medicina Interna. Víctor Tambone. Università Campus Bio-Medico. Roma. Julio Tudela Cuenca. Director del Máster Universitario de Bioética de la UCV. Javier Vega Gutiérrez, Profesor Titular de Medicina Legal. José Luis Velayos Jorge, Catedrático de Anatomía y Embriología Humana. Oscar Vergara Lacalle, Profesor Titular de Filosofía del Derecho. Facultad de Derecho. Universidad de A Coruña. Joan Vidal-Bota, ACEB. Isabel Viladomíu, Psicóloga, Master en Bioética. Luis Vivanco Sierralta, Investigador Principal de la Plataforma de Bioética y Educación Médica (CIBIR). Director del Centro Nacional de Documentación en Bioética, Fundación Rioja Salud.

Últimos números publicados:

Vol. 12. 2001:

- nº 44, 1ª Eutanasia, ayuda al suicidio y profesionales de la salud
- nº 45, 2ª Métodos naturales de fertilidad o anticoncepción
- nº 46, 3ª En qué fundamentamos la bioética

Vol. 13. 2002:

- nº 47, 1ª, 48, 2ª 49, 3ª, Inicio de la vida y clonación

Vol. 14. 2003:

- nº 50, 1ª Cuestiones de bioética clínica
- nº 51, nº 52, 2ª, 3ª Reflexiones Metabioéticas

Vol. 15. 2004:

- nº 53, 1ª Biotecnología y derechos humanos
- nº 54, 2ª "Células-Madre": Un estudio científico, ético y jurídico
- nº 55, 3ª Condición y criopreservación del embrión humano

Vol. 16. 2005:

- nº 56, 1ª Filosofía y bioética
- nº 57, 2ª Bioética, Deontología y Derecho
- nº 58, 3ª Biojurídica

Vol. 17. 2006:

- nº 59, 1ª Autonomía del paciente
- nº 60, 2ª Respetar la vida humana
- nº 61, 3ª La bioética en la práctica profesional

Vol. 18. 2007:

- nº 62, 1ª Los efectos de la eutanasia
- nº 63, 2ª Farmacia y bioética
- nº 64, 3ª Fecundación in Vitro y clonación

Vol. 19. 2008:

- nº 65, 1ª Bioética fundamental
- nº 66, 2ª Vida humana, dignidad y calidad de vida
- nº 67, 3ª Bioética, política y sociedad

Vol. 20. 2009:

- nº 68, 1ª Bioética y tecnología
- nº 69, 2ª Respeto jurídico del embrión humano
- nº 70, 3ª Bioética y conciencia

Vol. 21. 2010:

- nº 71, 1ª Ética y bioética
- nº 72, 2ª Práctica clínica y bioética
- nº 73, 3ª Dilemas éticos en el aborto deliberado

Vol. 22. 2011:

- nº 74, 1ª Dignidad del embrión humano
- nº 75, 2ª Avances científicos sobre la transmisión de la vida
- nº 76, 3ª Excelencia en las profesiones sanitarias

Vol. 23. 2012:

- nº 77, 1ª Eugenesia y eutanasia en la sociedad actual
- nº 78, 2ª Vida humana embrionaria y bioética
- nº 79, 3ª Cuestiones de Bioética Clínica

Vol. 24. 2013:

- nº 80, 1ª Bioética personalista
- nº 81, 2ª El lenguaje universal de la bioética
- nº 82, 3ª Ética y profesión

Vol. 25. 2014:

- nº 83, 1ª El legado moral de Edmund D. Pellegrino
- nº 84, 2ª Dignidad humana y bioética
- nº 85, 3ª Posthumano, más que humano

Vol. 26. 2015:

- nº 86, 1ª Reflexión filosófica y bioética
- nº 87, 2ª Neonatología y bioética
- nº 88, 3ª Neuroética: yo vulnerable

Vol. 27. 2016:

- nº 89, 1ª Ética en la práctica clínica
- nº 90, 2ª Ética médica
- nº 91, 3ª El futuro de la ética ambiental

Vol. 28. 2017:

- nº 92, 1ª Vulnerabilidad
- nº 93, 2ª Maternidad subrogada o de alquiler
- nº 94, 3ª Cuidado de la vida humana

Vol. 29. 2018:

- nº 95, 1ª Bioética y persona
- nº 96, 2ª Fragilidad y bioética
- nº 97, 3ª Ética clínica

Vol. 30. 2019:

- nº 98, 1ª Morir con dignidad y eutanasia
- nº 99, 2ª Aspectos metodológicos en bioética
- nº 100, 3ª Fundamentos de Bioética

Vol. 31. 2020:

- nº 101, 1ª Atención sanitaria
- nº 102, 2ª Perspectiva Bioética de la pandemia por COVID-19
- nº 103, 3ª Bioética y sociedad

Vol. 32. 2021:

- nº 104, 1ª Ética en la asistencia sanitaria
- nº 105, 2ª Tecnologías emergentes, transhumanismo y futuro del hombre
- nº 106, 3ª Cuidado y salud

Vol. 33. 2022:

- nº 107, 1ª Promover la vida y su salud
- nº 108, 2ª Ética en la actividad clínica
- nº 109, 3ª Un maestro de la ética médica española

Vol. 34. 2023:

- nº 110, 1ª Profesionales sanitarios y ética
- nº 111, 2ª El nuevo Código Español de Deontología Médica
- nº 112, 3ª Bioética y sociedad

Vol. 35. 2024:

- nº 113, 1ª Actualidad social y bioética
- nº 114, 2ª Retos de la bioética actual
- nº 115, 3ª Bioética y educación en España

Vol. 36. 2025:

- nº 116, 1ª Humanidad y salud
- nº 117, 2ª Tecnologías emergentes en el ámbito de la salud
- nº 118, 3ª Final de la vida

CUADERNOS DE BIOÉTICA

Revista Oficial de la Asociación Española de Bioética y Ética Médica

Nº 116. Volumen XXXVI, 1ª 2025
enero - abril



REVISTA CUADERNOS DE BIOÉTICA

Nº 116. Volumen XXXVI, 1ª 2025
enero - abril

SUMARIO

TEMA DE ESTUDIO

HUMANIDAD Y SALUD

- Hacia una noción de narrativa desde la perspectiva del cuidado 13
Oscar Vergara
- El diálogo en la amistad terapéutica: estadística, riesgo y felicidad 29
Antonio Pardo Caballos
- Ética de las emociones ante el sufrimiento ajeno..... 47
Manuel Serrano Martínez

COLABORACIONES

- Eutanasia y medios de comunicación en España (2019-2021)..... 59
Rafael Amo Usanos, Mª Carmen Massé García, David Lorenzo Izquierdo, Montserrat Esqueda Aresté

INFORMACIÓN BIBLIOGRÁFICA

- Jaime Vilarroig Martín, Más allá de lo humano. Crítica al transhumanismo como soteriología científica y secular, Ed. Ceu Ediciones, Madrid, 2025, 95pp, ISBN 978-84-19976-60-4..... 71
Rocío López García-Torres

JOURNAL: CUADERNOS DE BIOÉTICA

Nº 116. Volume XXXVI, 1st 2025

January - April

SUMMARY

SUBJET OF STUDY

HUMANITY AND HEALTH

- Towards a notion of narrative from a care perspective 13
Oscar Vergara
- Dialogue in therapeutic friendship: Statistics, risk and happiness..... 29
Antonio Pardo Caballos
- Ethics of emotions in the face of other's suffering..... 47
Manuel Serrano Martínez

COLLABORATIONS

- Euthanasia and the media in Spain (2019–2021) 59
Rafael Amo Usanos, M^a Carmen Massé García, David Lorenzo Izquierdo, Montserrat Esqueda Aresté

BIBLIOGRAPHIC INFORMATION

- Jaime Vilarroig Martín, Beyond the human. Critique of transhumanism as a scientific and secular soteriology
Ceú Editions, Madrid, 2025, 95pp, ISBN 978-84-19976-60-4 71
Rocío López García-Torres

Tema de Estudio

HUMANIDAD Y SALUD

EDITORIAL

Como es bien sabido la práctica biosanitaria ha estado ligada y seguirá estándolo con el trato digno de los pacientes. Esta práctica es una relación de atención y ayuda que es realizada en y con las personas. Por esto se ha hecho énfasis en los últimos años en que debe realizarse con humanidad y muchos de los programas de mejora de ella se centran especialmente en desarrollar esta dimensión esencial: la humanización de la atención sanitaria. En este número se presentan tres artículos que reflexionan sobre exigencias éticas que interpelan al profesional de la salud en esta atención como son el papel de las emociones y sentimientos frente a los pacientes o que amplitud debe tener el dialogo en la relación de amistad terapéutica. Junto a ello, el tercer artículo profundiza en una de las aproximaciones éticas que más se han desarrollado estos últimos años en el campo de las ciencias de la salud como es el fenómeno narrativo. Esta vía de acceso para abordar las abundantes dudas éticas que se le plantean al profesional puede ser muy útil en la potenciación de la libertad del paciente si se realiza dentro de un cuidado que tenga un cierto carácter narrativo. Por último, recordar a los lectores que la revista de Cuadernos de Bioética cumple treinta y cinco años de existencia en este año 2025. Esperamos seguir siendo un referente dentro de la bioética internacional de los próximos años, manteniendo la confianza tanto de nuestros lectores como de los autores que ven en nuestra revista la forma de difundir sus investigaciones.



HACIA UNA NOCIÓN DE NARRATIVA DESDE LA PERSPECTIVA DEL CUIDADO¹

TOWARDS A NOTION OF NARRATIVE FROM A CARE PERSPECTIVE

OSCAR VERGARA <https://orcid.org/0000-0002-9219-429X>

Universidade da Coruña

Facultad de Derecho.-Campus de Elviña, s/n.-15071 La Coruña.- Telf. 981167000-1523

RESUMEN:

Palabras clave:

Ética narrativa,
Ética del cuidado,
Metodología para la
toma de decisiones,
Vulnerabilidad,
Narrativa de
enfermedad

Recibido: 02/11/2024

Aceptado: 15/12/2024

El fenómeno narrativo en bioética es muy amplio y a pesar de que se haya hablado de un giro o de una era narrativa no está muy claro, debido a dicha amplitud, en qué consista exactamente éste. Esta contribución se dirige a poner de relieve cómo una perspectiva de cuidado bien enfocada narrativamente está en condiciones de contribuir a mejorar las condiciones de libertad (y no sólo de autonomía) en que el paciente toma sus decisiones. Para ello, primero se esbozará una idea de narrativa compatible con esta perspectiva (ep. II). A continuación, se analizará cómo la enfermedad puede propiciar un encuentro profundo del enfermo consigo mismo, abriendo el camino a una narrativa de búsqueda, que le ponga en condiciones de integrar esta experiencia traumática en un horizonte nuevo de sentido (ep. III). Finalmente se pone de relieve que la potenciación de la libertad del paciente, a través de un cuidado, por así decirlo, narrativo, evita abandonar al paciente a su propia autonomía, al tiempo que limita la necesidad de interferir en sus decisiones (ep. IV).

ABSTRACT:

Keywords:

Narrative ethics,
Ethics of care,
Decision-making
methodologies,
Vulnerability, Illness
narrative

The narrative phenomenon in bioethics is remarkably broad, and although some have spoken of a turn or a narrative era, it is not very clear, due to this broadness, exactly what it entails. This contribution attempts to highlight how a narratively well focused care perspective is qualified to enhance the level of freedom (and not only autonomy) by which the patient makes his or her decisions. To this end, an idea of narrative consistent with this perspective will first be outlined (ep. II). Then we will examine how illness can arouse a deep encounter of the patient with himself/herself, opening the way to a quest narrative, enabling him/her to integrate this traumatic experience into a new meaning horizon (ep. III). Finally, it is emphasized that the empowerment of the patient's freedom, through a, so to speak, narrative care, prevents abandoning the patient to his own autonomy, while limiting the need to interfere in his decisions (ep. IV).

¹ Este trabajo es un resumen de la ponencia presentada por el autor a las II Jornadas Divulgativas "Bioética narrativa", UDC, Campus de Ferrol, 18 de octubre de 2024. Este artículo ha contado con financiación de la Xunta de Galicia, Axudas do Programa de Consolidación e Estruturación de Unidades de Investigación Competitivas, 2023-2025.

1. Planteamiento

Como ha señalado F. Breittkopf, las narrativas desempeñan un importante papel en el proceso de formación de identidades individuales y colectivas². Pero al mismo tiempo señala el peligro de que el sujeto se vea “atrapado en la narrativa equivocada”³. Varela y Aznar han señalado en este sentido que la palabra puede promover la curación o puede también aumentar el sufrimiento del paciente. Pero el modelo biomédico, centrado en la enfermedad y no en el enfermo no se hace cargo de esta dimensión. Consideran, en cambio, que el enfoque narrativo mejora la agencia al paciente⁴.

Beauchamp y Childress entienden la agencia como la capacidad para la acción intencional y consideran que es uno de los presupuestos de la autonomía del paciente⁵. El otro es la libertad. Pues bien, esta contribución va encaminada a mostrar cómo el enfoque narrativo coadyuva a mejorar las condiciones de libertad desde las que el paciente toma sus decisiones, estableciendo un puente entre el principio de autonomía y el principio de beneficencia. No hay espacio en estas líneas para desarrollar el conflicto entre ambos principios, pero adviértase que si, como se ha señalado acertadamente, el fundamento del principio de autonomía de Beauchamp y Childress se encuentra en el liberalismo político de Mill⁶, mientras que el de beneficencia se basa en la situación de vulnerabilidad del paciente⁷, los conflictos tenderán a ser frecuentes en todas aquellas situaciones en las que el paciente, sin dejar de ser autónomo, se halle condicionado por algún tipo de narrativa que le induzca a tomar decisiones que no contribuyen a su salud. Desde la ética del cuidado se afirma que en ocasiones hay que interferir, incluso oponiéndose activamente, en los planes

del paciente⁸. El enfoque narrativo, en un contexto de cuidado, está en condiciones de poner al propio paciente, sin forzar sus planes, en las condiciones existenciales adecuadas para que sea viable una toma de decisiones no sólo autónoma, sino también libre, contribuyendo a superar el conflicto entre los citados principios.

No es posible por razones de espacio profundizar en la distinción entre libertad y autonomía⁹. Queremos consignar brevemente el hecho de que es ciertamente posible que un sujeto siga conscientemente y sin interferencias de terceros un plan propio de vida¹⁰ (que es en lo que consiste la autonomía, según el principalismo norteamericano)¹¹ y que dicho plan sea muy coherente (que es en lo que consiste, en parte, la integridad, según el principalismo europeo)¹² y aun así no ser plenamente libre. En efecto, lo más arduo no es siempre ser libre de otros, sino en buena medida ser también libre *de uno mismo*. Hay dos casos generales en los que no se da esto último: 1) Cuando la capacidad de agencia está, por así decirlo, capitidismínuida. 2) Cuando la construcción narrativa está sesgada. Con el primer concepto se quiere hacer referencia al tema clásico del carácter moral del sujeto. Como señala Heráclito de Éfeso: “El carácter del hombre es su démon”¹³. El segundo problema hace referencia a las trampas narrativas que el sujeto se tiende a sí mismo, a las historias en las que se enreda. A través de esta noción nos adentramos en el enfoque narrativo de la ética. Pero hay que tener claro que esta noción y la anterior están estrechamente unidas, porque el sujeto con un carácter no bien formado tiende a justificarse a través de relatos.

2 Breittkopf, F., *El cerebro narrativo. Lo que nuestras neuronas cuentan*, trad. de J. Chamorro, México, Sexto Piso, 2023: 65, 160.

3 *Ibid.*, 38.

4 Varela, N., Aznar, J. “Competencia narrativa: una propuesta ética para la relación clínica”. *Eidon*. 2024; n.º 61 (junio): 49, 52-53.

5 Beauchamp, T. L.; Childress, J. F., *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford, Oxford Univ. Press, 2019: 100.

6 Genuis, Q. I.T. “A Genealogy of Autonomy: Freedom, Paternalism, and the Future of the Doctor-Patient Relationship”. *The Journal of Medicine and Philosophy*. 2021; 46: 330-349.

7 Pellegrino, E. D.; Thomasma, D. C., *Helping and Healing. Religious Commitment in Health Care*, Georgetown University Press, Washington D.C., 1997: 55.

8 Noddings, N., *Starting at Home. Caring and Social Policy*, Berkeley, University of California Press, 2002, 18.

9 Vid. Vergara, O. “Autonomía, Monomanía and Free Development of Personality in the Clinical Relationship: To What Extent can the Autonomous Person Be Protected?”. *Ramon Llull Journal of Applied Ethics*. 2022; 13: 27-51.

10 O más bien *pretenda* seguirlo, ya que, para Noddings, eso de decidir según un plan de vida viene a ser algo utópico, ya que la vida no puede ser descrita como un plan. Cfr. Noddings, *op. cit.* 78. la vida no puede ser reducida a un plan de vida

11 Beauchamp y Childress, *op. cit.* 99.

12 Kemp, P. “The Idea of European Biolaw: Basic Principles”. En Valdés, E., Lecaros, J.A., *Biolaw and Policy in the Twenty-First Century. Building Answers for New Questions*, Dordrecht, Springer. 2019: 31.

13 Fr. 119, Estobeo, Ant IV 40, 23. Se ha consultado Kirk, G.S y Raven, J.E. Los filósofos presocráticos. Historia crítica con selección de textos, trad. de J. García Fernández, Madrid, Gredos.1966: § 250.

Para Beauchamp y Childress no se debe interferir en las elecciones autónomas de los pacientes, incluso se debe cooperar con ellas¹⁴. Sin embargo, también afirman que uno de los presupuestos de la autonomía es la libertad¹⁵, concepto en el que no profundizan. Esto podría permitir la interpretación conforme a la cual un sujeto cuya libertad esté comprometida no tiene capacidad plena para tomar decisiones. Asimismo señalan que hay que proteger, y por tanto limitar la autonomía, de aquellas personas que pueden considerarse inmaduras, carecen de capacidad, están en un estado de ignorancia, o coaccionadas o explotadas, niños, individuos irracionalmente suicidas, drogodependientes, etc.¹⁶ ¿Cabría incluir bajo estos conceptos al paciente desubicado narrativamente? No es un tema que aborden. En cambio, es esencial tener en cuenta que la profesión médica entraña respetar y proteger al que está en la posición más débil¹⁷. El principio de beneficencia, en efecto, entraña hacer el bien incluso a costa de cierto sacrificio o riesgo personales¹⁸. Por ejemplo, tomándose un tiempo con el paciente para escucharle (ya que nadie duda de que la decisión tiene que ser del paciente). Si no tenemos en cuenta esto, se podría caer en lo que algún autor ha llamado “abandonar al paciente a su propia autonomía”¹⁹. En efecto, no se puede descartar que alguna vez el respeto de la autonomía, tomarle la palabra al paciente, pueda constituir el pretexto para quitarse un problema de encima. En este sentido, una afirmación como “a mí no me mire, la decisión fue suya” podría llegar a encubrir cierto cinismo. Bajo una visión fuertemente autonomista puede formarse la tendencia a descartar obligaciones básicas de humanidad, etiquetándolas como paternalismo. Pero al ser humano, como afirma Leon Kass, le corresponde *humanidad*, no sólo humanismo²⁰.

Se trata ahora de mostrar cómo un enfoque narrativo puede ayudar al paciente a liberarse de los enredos

narrativos que le impiden encontrarse a sí mismo y a dar sentido a su enfermedad, así como la manera en que los profesionales sanitarios pueden coadyuvar, desde una perspectiva de cuidado, a este fin.

Para mostrar esto se determinará, en primer lugar, una idea de narrativa que, en medio de la multiplicidad de sus manifestaciones conceptuales, sea compatible con este enfoque de cuidado y autocuidado (ep. II). A continuación (ep. III) se analizará cómo la enfermedad puede propiciar un encuentro profundo del enfermo consigo mismo, abriendo el camino de una narrativa de búsqueda que le ponga en condiciones de integrar esta experiencia traumática en un horizonte nuevo de sentido. Se concluye (ep. IV) que cierto tipo de labor benéfica de los profesionales sanitarios, orientada narrativamente, permite evitar el abandono del paciente a su propia autonomía, contribuyendo a que sus decisiones sean más libres, con lo que se genera un espacio para que los principios de autonomía y beneficencia armonicen naturalmente, alejando la necesidad de una intervención directa de corte paternalista.

2. El enfoque narrativo

Se ha destacado la dificultad para explicar en qué consista exactamente adoptar un enfoque narrativo²¹. Aunque la fenomenología de lo narrativo es amplia y difusa, creo que es ciertamente posible configurar una idea general que sea compatible con la función liberadora que se ha anticipado.

La etimología permite una primera aproximación. Como ha señalado Hayden White, las palabras “narración”, “narrar” y similares derivan, a través del latín *gnārus* (conocer, estar al tanto, ser experto, hábil, etc.) y *narrō* (relatar, contar), del sánscrito *gnā* (saber). La misma raíz genera la palabra griega γνῶριμος (cognoscible, conocido)²². Así, para White, la narrativa viene a

14 Beauchamp y Childress, *op. cit.* 105.

15 *Ibid.*, 100.

16 *Ibid.*, 105-106.

17 Pellegrino & Thomasma, *op. cit.* 55.

18 *Ibid.*, 93.

19 Loewy, E.H. “In Defense of Paternalism”. *Theoretical Medicine and Bioethics*. 2005; 26: 446.

20 Kass, L. “Neither for love nor money: why doctors must not kill”, *Public Interest*. 1989 Winter; No. 94: 44.

21 Genette, G., *Narrative Discourse. An Essay in Method*, tras. By J.E. Lewin, Ithaca, NY, Cornell University Press, 1983, 25; Brockmeier, J., Harré, R. “Narrative Problems and Promises of an Alternative Paradigm”. En J. Brockmeier, D. Carbaugh, *Studies in Narrative*, vol. 1, Amsterdam, Philadelphia, John Benjamins Publishing Co. 2001, 40; Brody, H. “What Is Narrative Ethics?” En Brody, H., *Stories of Sickness*, Nueva York. 2003: 174.

22 White, H. “The Value of Narrativity in the Representation of Reality”. *Critical Inquiry*. 1980; Vol. 7, No. 1 (Autumn): 5.

ser la solución al problema de cómo traducir el conocer (*knowing*) en contar (*telling*) (*ibidem*). El que narra es, podríamos decir, *alguien que tiene cierta autoridad que da la sabiduría*.

Para esbozar una idea algo más concreta creo que se puede señalar, sin pretensión de exhaustividad, una serie de rasgos del fenómeno narrativo, que se analizan brevemente a continuación.

a) *Un tipo de discurso*

Lingüísticamente, lo narrativo se puede caracterizar como un *tipo de discurso*. Un discurso es una agrupación de oraciones que produce un significado global que es más que el contenido en las oraciones tomadas independientemente²³. A diferencia del discurso argumentativo, el discurso narrativo no llega a la conclusión a partir de la conexión lógica entre una serie de razones. El discurso narrativo agrupa las oraciones de acuerdo con su contribución a una trama²⁴.

b) *Experiencia humana*

La narrativa tiene por objeto la experiencia humana. En palabras de Polkinghorne²⁵, la narrativa es la forma primaria por la que la *experiencia humana* se hace significativa. La experiencia humana temporal consiste en *sacar episodios* del flujo continuo de momentos sucesivos, señalando puntos de comienzo y final²⁶. Adicionalmente, se podría afirmar que las historias que merecen ser narradas son aquellas que entrañan un *nudo* en el camino de la vida, aquellas de las que se aprende, las que merece la pena conocer su desenlace (y por eso se entresacan). Estos nudos generan una tensión en el flujo de la vida que permite hablar de *arco narrativo*, el cual tiene una estructura de comienzo, nudo, desenlace.

Por eso puede afirmar Walter Benjamin que el narrador no es el que informa, sino el que tiene un *consejo*

que darnos²⁷. Benjamin, en efecto, realza la narración frente a la información, que es el modo de comunicación propio del capitalismo industrial. La información, señala Benjamin, sólo vive en el instante, tiene que entregarse totalmente al momento y explicarse en él sin perder tiempo²⁸. En cambio, la narración –Benjamin pone el ejemplo de la historia de Egipto de Heródoto– se asemeja a las semillas de grano que, milenariamente encerradas en las cámaras de las pirámides, han conservado su poder germinativo hasta nuestros días²⁹. Recientemente B.-Ch. Han ha hablado de la “crisis de la narración”, en la medida en que hoy se sustituye la narración, la *storytelling*, por la *storyselling*, que es vender sobre la base de emociones³⁰.

Donald Spence señala que el criterio de la verdad narrativa no es la verdad histórica, que considera inalcanzable, sino la utilidad terapéutica³¹. Es un fenómeno análogo, señala, a cuando un político dice “ganaré”. No pretende representar una realidad, sino *modular* la realidad. No tengo competencia en la ciencia psicológica, y es cierto que indudablemente es preciso que el terapeuta sea fiel al relato que cuenta el paciente sin falsearlo, pero es preciso no perder de vista la necesidad de que el propio paciente se encuentre con la verdad de sí mismo. Porque, si el criterio para adoptar determinado relato es la utilidad y no la verdad (o la veracidad más bien), la vida se convierte en un juego de espejos, en el que de lo que se trata es de escoger el espejo que haga la imagen más bella, aunque ésta no se corresponda exactamente con el sujeto, lo cual equivale en el fondo a afirmar que no hay modo de liberar al paciente (ni a nadie) de sus fantasías.

Para otros autores, el relato no construye la realidad de una representación fiable de lo que ocurre, sino más bien de una representación conveniente que da sentido

23 Polkinghorne, D. E., *Narrative Knowing and the Human Sciences*, Albany, New York State University Press, 1988, 31.

24 *Ibid.*, 36.

25 *Ibid.*, 1.

26 *Ibid.*, 79.

27 Benjamin, W., *El narrador*, trad. de P. Oyarzun, Santiago de Chile, Eds. Metales Pesados, 2016, 79.

28 *Ibid.*, 57.

29 *Ibid.*, 59.

30 Han, B.-Ch., *La crisis de la narración*, trad. de A. Ciria, Barcelona, Herder, 2023, 14, 106

31 Spence, D. D., *Narrative Truth and Historical Truth. Meaning and Interpretation in Psychoanalysis*, Nueva York, Norton, 1982, 271.

a lo que vivimos³². Lo que importa, afirma Vilarroya, es lo conveniente, no lo veraz³³. En cambio, pensamos que lo conveniente no puede ser sino lo veraz. Si el sujeto, en efecto, no se encuentra consigo mismo, si no está en la verdad que es él (p. ej., no se da cuenta de que es un hipocondríaco o alguien con personalidad narcisista), no está en condiciones de ser libre de su propia narrativa. Que hay la posibilidad de ser veraz lo muestra el citado autor, cuando señala la existencia de estudios empíricos que evidencian que los demás describen mejor que nosotros mismos nuestra personalidad y predicen mejor nuestra conducta³⁴.

El concepto de “verosimilitud”, que maneja J. Bruner³⁵ no parece suficiente, y parecería aplicarse mejor a la narrativa de ficción. En este último tipo de narrativa importa la verosimilitud precisamente porque falta la veracidad. En cambio, cuando es posible la veracidad, que el relato sea verosímil es secundario; incluso es mejor que no lo sea, a los efectos de poner de relieve la experiencia que recoge, suscitando respuestas del tipo “no te creo”. En efecto, un sujeto con personalidad narcisista puede ser muy coherente contando su historia vital (de tipo narcisista), y ésta puede ser muy verosímil, pero no es veraz, porque hay una selección interesada de los hechos. El narcisista puede engañar a todos, y eso no parece bueno, pero lo peor es que se engaña a sí mismo, con lo que se cierra las puertas a una eventual liberación de su falso relato.

Desde un punto de vista profesional la aproximación narrativa se muestra especialmente interesante, como es el caso, en el campo de la enfermería, de la aportación de P. Benner³⁶. Benner estudia los relatos del personal de enfermería como una manera de organizar y transmitir las experiencias profesionales. Es una aproximación muy útil basada en la noción de práctica comunitaria y vida

buenas que distingue varias tramas en las narrativas de enfermería. En España hay una tesis doctoral que analiza este tipo de narrativas de enfermería, destacando que son imprescindibles para entender bien las prácticas de cuidado y combatir el *burn out*. Se afirma ahí que el relato tiene una función terapéutica para los profesionales³⁷. Pero aquí nos centramos en las narrativas de enfermedad.

c) Forma de trama

Se articula en forma de trama. Jean M. Mandler, en efecto, define cuatro formas de organización del conocimiento³⁸: a) Categórica o taxonómica (p. ej., una manzana es una fruta). b) Matriz (no pone ejemplo, pero podría ser una lista de calificaciones). c) Serial (p. ej., abecedario). d) Esquemática. Esquemáticamente, el conocimiento se puede organizar de dos maneras: i) *Espacialmente*: un esquema espacial es una escena (p. ej., la ventana, la puerta, las paredes pertenecen a un cuarto). ii) *Temporalmente*: aunque Mandler no lo denomina así, un esquema temporal es una trama. Mandler realiza un análisis estructural de los cuentos tradicionales, en que ahora no es posible detenerse. Según Polkinghorne, el conocimiento narrativo es capaz de estructurar la información de acuerdo al formato esquemático³⁹.

Pero del mismo modo que una escena no es una mera yuxtaposición de objetos, sino una composición, una agrupación significativa, una trama tampoco es una mera sucesión de episodios. Como señala Ricoeur, la actividad de narrar entraña la construcción de *totalidades significativas*⁴⁰. Y en otro lugar define trama como el conjunto inteligible que rige una sucesión de hechos en una historia⁴¹.

32 Vilarroya, O., *Somos lo que narramos*, Barcelona, Ariel, 2019, 319.

33 *Ibid.*, 328.

34 *Ibid.*, 196.

35 Bruner, J. “Self-making and world making”. En J. Brockmeier, D. Carbaugh, *Studies in Narrative*, vol. 1, Amsterdam, Philadelphia, John Benjamins Publishing Co. 2001, 28.

36 Benner, P. “The role of experience, narrative, and community in skilled ethical comportment”. *Advances in Nursing Sciences*. Dec. 1991; Vol. 14, No. 2: 1-21.

37 Acebedo Urdiales, M. S., *Narrativa y conocimiento práctico. Experiencias y prácticas de las enfermeras “expertas” en UCI*, tesis doctoral, Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, 2012.

38 Mandler, J. M., *Stories, Scripts, and Scenes: Aspects of Schema Theory*, Hillsdale, NJ-London, Lawrence Erlbaum Associates, 1984, 1-17.

39 Polkinghorne, *op cit.* 111.

40 Ricoeur, P. “The narrative function”. En Ricoeur, P., *Hermeneutics and the Human Sciences*, ed. and trans. By John B. Thompson, París, Cambridge Univ. Press. 1998: 278.

41 Ricoeur, P. “Narrative Time”. En Mitchell, W.T. (ed.), *On Narrative*, Chicago, The University of Chicago Press. 1981: 167.

Para Aristóteles, una trama tiene que ser *completa*⁴²; esto significa que tenga principio, medio y fin. Esto no conlleva que tenga que ser larga. Hasta el relato más modesto cumple con ello. Una trama consiste nuclearmente, en efecto, en que hay una situación inicial que da un giro y no es posible prever cuál será el desenlace final. Este giro es lo que Aristóteles denomina *peripezia*. Περιπέτης, o *peripetés*, en griego, hace referencia a algo que cambia de manera rápida o imprevista. Aristóteles define la peripezia (περιπέτεια) como el “vuelco en el curso de los acontecimientos”⁴³. Para que haya una historia, afirma D. McAdams⁴⁴, el agente humano tiene que encontrar un obstáculo. Este obstáculo desencadena unos hechos bajo el signo de la incertidumbre, hasta que la historia para en un final.

La trama se llena de contenido a través de un argumento. P. ej., el argumento de la película *La muerte del señor Lazarescu* (Cristi Puiu, 2005) es, según el sitio web Filmaffinity el siguiente:

El señor Lazarescu es viudo y vive solo en un apartamento con sus tres gatos. Su hija Bianca se marchó a vivir a Canadá. Una noche, el solitario anciano se siente mal y llama a una ambulancia. Lo llevan a un hospital, y desde allí a otro y a otro más, pero en ninguno pueden atenderlo. Mientras tanto, su estado de salud se va agravando rápidamente...

Este argumento está estructurado según una trama en que el Sr. Lazarescu vive solo (comienzo), se pone enfermo (giro) y muere (fin). Ni la sinopsis de la película, para evitar el *spoiler*, ni la película misma terminan con la muerte del Sr. Lazarescu. El final está contenido en el título de la película. Se trata de un final conocido, debido a esta circunstancia, pero no inevitable, puesto que si el Sr. Lazarescu hubiera sido atendido a tiempo, se habría salvado. De ahí que la película mantenga la tensión hasta el final.

42 Aristóteles, *Poética*, trad. de T. Mnez. Manzano y L. Rguez. Duplá, Madrid, Gredos, 2011, 1450b.

43 *Ibid.*, 1452a11

44 McAdams, D. P. “First we invented stories, then they changed us: The Evolution of Narrative Identity”, *Evolutionary Studies in Imaginative Culture*. 2019; vol. 3, No. 1, Spring: 2.

Cuando un argumento es convencional se puede hablar, con R. Schafer, de “línea argumental”. La línea argumental viene a ser cualquier elemento que hace reconocible convencionalmente el contenido de una narración⁴⁵. Estas líneas pueden derivarse de símbolos, metáforas, símiles, imágenes, temas o escenas dramáticas o de una combinación de ellos. Las líneas argumentales de prisión, renacimiento, odisea, que son típicamente objeto del trabajo analítico⁴⁶. En particular, la línea argumental de “La muerte del Sr. Lazarescu”, podríamos decir, es la de un relato kafkiano. Más adelante, en el ámbito del cuidado, entraremos en contacto con las historias de renacimiento. En relación con las metáforas, Schafer considera que se trata de instrucciones latentes o reglas para contar cierto tipo de historia, como se desprende del libro *Metáforas de la vida cotidiana*, de Lakoff y Johnson⁴⁷.

d) Composición hermenéutica

Según J. Bruner, es esencial a la narrativa lo que denomina “composición hermenéutica”, por la cual las partes de un relato y su todo “viven juntos”⁴⁸. Esto es, los significados de las partes de un relato son función del relato total y, a la vez, el relato total depende para su formación de las partes constituyentes apropiadas, de modo que la interpretación de relatos parece ser inevitablemente hermenéutica⁴⁹. Esto ya lo puso de manifiesto Aristóteles en su *Poética*⁵⁰, al señalar que las partes del argumento están ensambladas de tal manera que si una de ellas se cambia de lugar o se suprime, el conjunto se altera y se trastorna. Feito y Domingo han hecho hincapié en esta dimensión hermenéutica, al subrayar que es propio de la aproximación narrativa el que no sea posible entender un problema al margen del contexto que proporciona el marco de sentido desde el que poder interpretarlo⁵¹.

45 Schafer, R. “Narratives of the Self”. En *Psychoanalysis: toward the second century*, ed. by Arnold M. Cooper, Otto F. Kernberg, Ethel Spector Person, Nueva York, Vail-Ballou Press. 1989: 161.

46 *Ibidem*.

47 Lakoff, G., Johnson, M., *Metáforas de la vida cotidiana*, trad. de C. González Martín, Madrid, Cátedra, 1980.

48 Bruner, J. “La construcción narrativa de la realidad”. En J. Bruner, *La educación, puerta de la cultura*, Madrid, Visor, 1997: 157.

49 *Ibidem*.

50 *Ibid.*, 1451a8.

51 Feito, L, Domingo, T., *Bioética narrativa y aplicada*, Madrid, Escolar, 2020, 8.

Si lo narrativo se sitúa en el ámbito del comprender, entonces puede ser descaminado atribuirle la función, fruto presuntamente del desarrollo evolutivo humano, de articular una *explicación* acerca de las causas de un fenómeno⁵². Entendida de esta manera, como mecanismo para una búsqueda heurística y provisional de las causas de un fenómeno, lo narrativo se hace conceptualmente compatible con el sesgo y la precipitación. Sin embargo, aquí vemos la narrativa como un ejercicio reflexivo por el que el saber de la experiencia, convenientemente reposado, con toda su autoridad, se traduce en una historia. Una historia entraña más que un explicar (*Erklären*), según la célebre distinción diltheyana, un comprender (*Verstehen*). El método adecuado no pasa tanto por dirigirse a las causas de un fenómeno, como por situar un texto (la historia) en el contexto adecuado. Lo narrativo probablemente se sitúe más que en el contexto de justificación, según la también célebre distinción de Reichenbach, en el contexto de descubrimiento⁵³.

e) Contenido moral

Lo narrativo presenta un contenido moral. Hay varias maneras de justificar esta afirmación, aquí se podrían destacar dos.

En primer lugar, por una razón *estructural*. Es habitual, en efecto, mencionar la distinción que esbozaron en su día Scholes y Kellogg entre los anales, la crónica y la historia⁵⁴. Ésta última, recuerda White, se caracteriza porque tiene un *final*, por lo que posee la estructura de trama. Pues bien, afirma White, la necesidad de un final es una necesidad *moral*⁵⁵: los hechos en sí mismos no tienen final. Es a la luz de un determinado orden moral que se seleccionan los hechos y su papel en la trama⁵⁶.

En segundo lugar, por una razón *hermenéutica*. Como han señalado Domingo y Feito: "Una historia vivi-

da y también narrada no habla sólo de la existencia individual y breve de una única persona, sino de las vidas de todos los hombres que han sido y serán"⁵⁷. Y añaden: Las historias particulares muestran algo universal de la naturaleza humana⁵⁸. En efecto, se ha afirmado antes que un discurso narrativo, una historia, un argumento, entraña un juego entre el conjunto y las partes. Pero ese argumento, esa historia, forma parte de un conjunto más amplio, como es la vida de una persona, su biografía, y la vida de una persona no se entiende al margen de lo que es vivir bien en general: τὸ εὖ ζῆν ὅλος⁵⁹. Por ejemplo, no podemos comprender el significado de un *accidente* sin comprender el significado de la salud en general y del papel de ésta en la vida humana.

f) Estructuras prototípicas

Las narrativas responden a *estructuras prototípicas*. En efecto, hay muchos tipos de narrativas: mitos, cuentos, historias, algunos textos jurídicos, políticos, religiosos, filosóficos y científicos⁶⁰. La cantidad de ellos es incontable. No es de extrañar que se hayan sucedido los planteamientos de tipo estructuralista, que han pretendido identificar sus estructuras prototípicas. Así, Vladimir Propp realiza una morfología de los cuentos fantásticos rusos, reduciéndolos a sus elementos constantes, que son las funciones de los personajes. Una función es la acción de un personaje definida desde el punto de vista de su significado en el desarrollo de la intriga⁶¹. El cuento fantástico en su base morfológica es un mito⁶² y sigue un esquema de 7 personajes⁶³.

A su vez, Claude Lévi-Strauss reduce los mitos a sus unidades constitutivas o mitemas⁶⁴. Así, por ejemplo, los mitos de tipo edípico, para Lévi-Strauss, asimilan siempre el descubrimiento del incesto a la solución de

52 Vilarroya, *op. cit.* 30, 190 ss.

53 Reichenbach, Hans, *Experience and Prediction*, Chicago, The University of Chicago Press, 1961, 6-7.

54 Scholes, R., Phelan, J., Kellogg, R., *The Nature of Narrative*, 40th. anniversary edition, revised and expanded, Oxford, Oxford University Press, 2006, 211.

55 White, *op. cit.* 24.

56 *Ibid.*, 26.

57 Feito y Domingo, *op. cit.* 7.

58 *Ibid.*, 102.

59 Aristóteles, *Ética a Nicómaco*, trad. de J. Marías y M. Araújo, Madrid, CEC, 1994, 1140a25-27.

60 Brockmeier y Harré, *op. cit.* 43.

61 Propp, V., *Morfología del cuento*, trad. de Lourdes Ortiz, Madrid, Fundamentos, 2000, 33.

62 *Ibid.*, 104.

63 *Ibid.*, 116.

64 Lévi-Strauss, C., *Antropología estructural*, trad. de E. Verón, Buenos Aires, Eudeba, 1973, 186-210.

un enigma viviente, personificado por el héroe⁶⁵. Por su parte, Joseph Campbell reduce los mitos a un monomito fundamental: separación del mundo; iniciación en una fuente de poder; vuelta a la vida ordinaria para vivir una vida más significativa⁶⁶.

Los relatos orales han sido estudiados por Labov y Waletzky, en los cuales distinguen 5 elementos⁶⁷: orientación, complicación, evaluación, resolución y coda. Destacan la evaluación, que se dirige a asegurar significatividad de la narración. Para Bruner, esto es típico de los episodios que se insertan en el marco de las “autobiografías espontáneas”: el yo no sólo narra, sino que también justifica⁶⁸. Se trata no de una justificación causal, sino de sentido: se justifica por qué (razón) se narra.

Por último, es interesante también el análisis de Kenneth y Mary Gergen, que distinguen entre narrativa progresiva, negativa o estacionaria⁶⁹.

No son los únicos análisis estructurales. Más adelante nos servirán de ayuda cuando tratemos de aplicar el enfoque narrativo a la situación de cuidado.

g) Expresión de identidad

Como se ha señalado arriba, las narrativas desempeñan un importante papel en el proceso de formación de identidades individuales y colectivas⁷⁰. Así, para R. Schafer, organizamos nuestras experiencias pasadas y presentes narrativamente⁷¹. En palabras de Alisdair McIntyre, la unidad del yo reside en la unidad de la narración que enlaza nacimiento, vida y muerte como comienzo, desarrollo y fin de la narración⁷². De un modo similar,

para Polkinghorne⁷³ damos unidad a nuestra existencia entendiéndola como la expresión de una historia que se despliega y desarrolla. Finalmente, señala D. McAdams, la identidad pretende en parte construir la unidad del sujeto a lo largo del tiempo: una de las formas de conseguirlo es a través de la identidad narrativa⁷⁴.

En particular, para Bruner, las “autobiografías espontáneas” tienden a condensarse en géneros más generales, como el relato de una víctima, un *Bildungsroman*, las formas del antihéroe, historias de *Wanderung*, comedia negra, etc.⁷⁵.

Este aspecto revela una circularidad hermenéutica, en el sentido de que las experiencias conforman la identidad, pero, a su vez, la identidad informa las experiencias.

McAdams y McLean distinguen varios tipos de narrativas de identidad⁷⁶: agencia; comunión; redención; contaminación; creación de significado; exploratoria; solución coherente positiva. La narrativa de “redención” es especialmente interesante para nosotros, porque es capaz de hacerse cargo de la negatividad que entraña la enfermedad, que de algún modo supera, transformándola en un proceso de aprendizaje.

h) Dimensión pragmática

En octavo lugar, la narrativa tiene una dimensión pragmática. J.L. Austin se planteaba cómo hacer cosas con palabras, y ponía de manifiesto la dimensión ilocucionaria del lenguaje⁷⁷. P ej., al decir “sí quiero”, los contrayentes se casan, se convierten en esposos. Se podría decir quizás que, al narrar, *tramamos*. Pero Austin también menciona la dimensión perlocucionaria del lenguaje, señalando que con palabras se *causan* cosas⁷⁸. Hemos visto cómo el sujeto se enreda con palabras, cómo se ve atrapado en historias que no le favorecen: la narrativa puede tener un efecto negativo. Ahora se trata de examinar el efecto positivo y liberador de la narrativa.

65 *Ibid.*, XL.

66 Campbell, J., *El héroe de las mil caras. Psicoanálisis del mito*, trad. de L.J. Hernández, México, FCE, 2000, 40.

67 Labov, W., Waletzky, J., “Narrative Analysis: Oral Versions of Personal Experience”. En J. Helm (ed.), *Essays on the Verbal and Visual Arts. Proceedings of the 1966 Annual Spring Meeting of the American Ethnological Society*, American Ethnological Society, University of Washington Press, Seattle and London, 1967, 32 ss.

68 Bruner, J., *Actos de significado. Más allá de la revolución cognitiva*, trad. de J.C. Gómez Crespo y J. L. Linaza, Madrid, Alianza, 1991, 119.

69 Gergen, K. J.; Gergen, M. M. “Narrative Form and The Construction of Psychological Science”. En T.R. Sarbin (ed.), *Narrative Psychology: The Storied Nature of Human Conduct*, Bloomsbury Publishing, Nueva York. 1986, 27.

70 Breitkopf, op. cit. 65, 160.

71 Schafer, op. cit. 165

72 McIntyre, A., *Tras la virtud*, trad. de A. Valcárcel, Barcelona, Austral, 2013, 254.

73 Polkinghorne, op. cit. 150.

74 McAdams, op. cit. 77.

75 Bruner, *Actos de significado*, cit. 119.

76 McAdams, D. P.; McLean, M. M. “Narrative Identity”. *Current Directions in Psychological Science*. 2013 (22/3): 234.

77 Austin, J. L., *Palabras y acciones. Cómo hacer cosas con palabras*, trad. de G.R. Carrió y E.A. Rabossi, Buenos Aires, Paidós, 1971, 46.

78 *Ibid.*, 145.

De lo anterior, y sin pretender agotar el concepto de lo narrativo, resultaría la siguiente idea de narrativa:

Aquella práctica discursiva por la que se da cuenta de una experiencia de aprendizaje o de una serie de ellas, reales o imaginarias, a través de una secuencia temporal y significativa de hechos, en forma de trama, estructurada según su género, en el contexto general de una vida buena.

3. Narrativas de enfermedad y cuidado

Si, como se ha dicho, la vida misma tiene una estructura narrativa, la cual se condensa significativamente en torno a determinadas experiencias, y éstas se articulan en torno a un nudo, indudablemente, la enfermedad, particularmente cuando ésta es grave, reviste todo el carácter de la experiencia, hasta el punto de que, a través de ella, se pone en juego, de una manera bastante directa, la misma identidad del sujeto. Con todo, mientras no concluye la vida, ésta es objeto de un ajuste narrativo permanente, de modo que una nueva narración siempre tiene la capacidad de acoger con sentido, integrándolas significativamente, hasta las experiencias más dramáticas.

Es un trabajo arduo. Las experiencias no se adquieren, sino que se ganan. No constituyen una pacífica acumulación, un acopio de informaciones, sino que entrañan una sustracción que puede en ocasiones llegar a ser dolorosa. La experiencia procede dialécticamente, a través de una merma, un daño en nuestros presupuestos, poniendo de manifiesto que las cosas no son como pensábamos. Son un golpe de realidad del que el sujeto ha de hacerse cargo, integrando la experiencia en una unidad superadora. No se trata de sustituir maquinalmente el saber anterior, como un mecánico sustituye una pieza por otra, sino de ajustarlo, modularlo, compaginarlo, integrarlo en el conjunto de lo que sabemos, lo que entraña un trabajo. Por eso puede decir Gadamer que la formación es un ascenso a la generalidad⁷⁹.

La enfermedad grave o persistente es un golpe de realidad que pone de manifiesto la vulnerabilidad

del sujeto. Es lo que Jaspers denomina una "situación límite"⁸⁰. El enfoque fenomenológico es especialmente lúcido para dar cuenta de esta experiencia. Cosas como sentarse, acostarse, ducharse, anudarse los zapatos se convierten en auténticos desafíos⁸¹. "Me encontré [escribe Carel] con que tenía reinventar mi vida"⁸². La esencia de esta situación es que la enfermedad está siempre ahí (Frank, 2007: 21). "¿Qué está Vd. haciendo ahora mismo?—Sufriendo"⁸³. Cuando alguien sufre se disocia el sujeto entre un cuerpo y un ego, experimentando una sensación de finitud y vulnerabilidad⁸⁴.

Afirma Melanie Thernstrom que la enfermedad cambia al sujeto: *Para bien*: puede sacar a la luz lo mejor del sujeto, incluso convertirlo en un ser heroico⁸⁵. *Para mal*: puede convertir al sujeto en un ser irreconocible que colabora con el dolor en lugar de combatirlo⁸⁶. Si aplicamos el esquema de Gergen y Gergen⁸⁷, en ambos casos la noticia de la enfermedad introduciría una inflexión en la dirección del hilo argumental. Se pasaría de un patrón progresivo, regresivo o estacionario —en función de la capacidad del sujeto para alcanzar sus objetivos—, a otro netamente regresivo. Cuanto más progresivo fuera el patrón inicial y más regresivo el patrón posterior, mayor parecido encontraríamos con el esquema de la tragedia. La diferencia está en lo siguiente: Cuando el cambio es para mal, el paciente se estanca en la fase regresiva. Pero cuando el cambio es para bien, a la fase regresiva, sigue, a través de una segunda inflexión, una tercera fase netamente positiva.

Se pueden definir un poco más ambas situaciones. La situación de estancamiento (cuando el cambio es para mal) se corresponde con lo que McAdams y McLean denominan narrativa de contaminación y Frank narrativa de caos. McAdams y McLean caracterizan este relato

80 Jaspers, K., *La filosofía*, trad. de J. Gaos, México, Fondo de Cultura Económica, 1991, 17-23.

81 Toombs, K. "The Lived Experience of Dissability". *Human Studies*. 1995; 18: 19.

82 Carel, H., *Illness. The Cry of the Flesh*, Londres, Routledge, 2013, 8.

83 Daudet, A., *En la tierra del dolor*, Barcelona, Alba, 2003, 23

84 Pellegrino y Thomasma, *op. cit.* 45.

85 Thernstrom, M., *Las crónicas del dolor*, trad. de C. Ceriani, Barcelona, Anagrama, 2012, 22.

86 *Ibid.*, 23.

87 Gergen y Gergen, *op. cit.*

79 Gadamer, H.-G., *Verdad y método*, trad. de A. Agud y R. de Agapito, Salamanca, Sígueme, 2012, 38 ss.

como aquel en que una situación buena se torna mala, de tal manera que el afecto negativo destruye los efectos de la positividad anterior⁸⁸. Por tanto, se podría decir que entraña instalarse, o más bien encastillarse, en la negatividad de la enfermedad. Pareciera que sigue un patrón fenomenológico, pues se limita a lidiar con lo que aparece en cada momento o se le presenta a la conciencia. Según Frank tiene un esquema narrativo “y entonces... y entonces...”⁸⁹. “Pero basta esa gota de sangre, ese quejido mudo de mi cuerpo, ese goteo rojo de la vida, para que todo se borre y yo me reduzca a mi dolor.”, escribe F. Umbral⁹⁰.

La situación positiva (cuando el cambio es para bien) requiere, como digo, una nueva inflexión que dé lugar a una tercera fase *superadora*. Esta inflexión entraña, no una contaminación, sino, habría que decir más bien, una *purificación*, una auténtica catarsis. Esta purificación es necesaria para que sea hacedero encajar la enfermedad en la historia vital del sujeto, a fin de que tenga un sentido⁹¹. Se correspondería con la narrativa “de redención” de McAdams y McLean, según la cual una situación mala se convierte, es “redimida” o salvada, por el bien que viene después. También se correspondería con la narrativa “de búsqueda”, de A.W. Frank.

Afirma Virginia Woolf en *On being ill* que la enfermedad, provoca un cambio espiritual tremendo⁹². Es, como también sucede a través de la ascesis que estudia Foucault⁹³, una auténtica *ethopoiesis*, un cambio en la manera de ser. Pero, aquí el maestro espiritual es la propia enfermedad: “Dolor, sé mi filosofía, sé mi ciencia”, escribe Daudet⁹⁴, y rotula su escrito con el aforismo griego μαθήματα παθήματα: los sufrimientos son enseñanzas. Pero, así como el maestro debe ejercer la parresía, la franqueza, con el discípulo, es importante advertir que el médico también debe hacer lo propio con el paciente,

lo que excluye la denominada conspiración de silencio (que no es lo mismo que dosificar prudentemente la información).

Aristóteles señala tres partes en un argumento: peripecia, reconocimiento y sufrimiento. En una buena tragedia, enseña Aristóteles, la peripecia se da al tiempo del reconocimiento o anagnórisis⁹⁵. P. ej., en el caso del *Edipo rey*, se daría cuando el protagonista reconoce, se da cuenta de que ha matado a su padre y se ha casado con su madre: con este reconocimiento se produce el giro. Pero, como se ha dicho antes, una narrativa de redención consiste en una *superación* de la tragedia. En este tipo de narrativa están separados peripecia y reconocimiento. Ya no será una *tragedia* hermosa, pero no por ello dejará de ser una *historia* hermosa. La peripecia sobreviene con la noticia de la enfermedad. La anagnórisis tiene lugar cuando el paciente se reconoce *a sí mismo*.

Por eso es importante que el paciente narre su propia peripecia, y el profesional sanitario puede ayudar mucho en este paso. A.W. Frank señala que contar una historia genera una *distancia* entre lo que se vive y lo que se cuenta: sólo a esta distancia pueden las acciones, incluyendo las interpretaciones, ser percibidas como teniendo alternativas, haciendo así el cambio imaginable⁹⁶. La muerte es un espejo en el que vemos la propia vida, señala Hennezel. La angustia no se sigue tanto de enfrentar la muerte, como de enfrentarse con uno mismo, con la propia vida⁹⁷. Escribe A. Broyard que “el médico debería sangrar al paciente todo lo que tenga que decir, de la conciencia de su enfermedad, tal como los médicos de antaño sangraban a sus pacientes para dar salida al calor excesivo o a los humos peligrosos y dañinos”⁹⁸.

El efecto de este proceso de purificación es el siguiente: En virtud de él, el sujeto llega a ser *uno* consigo

88 McAdams y McLean, *op. cit.* 234.

89 Frank, A. W., *The Wounded Storyteller, Body, Illness, and Ethics*, Chicago, The University of Chicago Press, 2013, 97-114.

90 Umbral, F., *Mortal y rosa*, Barcelona, Austral, 2022, 108.

91 Vergara, O. “To Be Alive When Dying: Moral Catharsis and Hope in Patients with Limited Life Prognosis”. *Medicine, Health Care and Philosophy*. 2021; 24: 517-527.

92 Woolf, V., *On being ill*, Londres, Renard Press, 2022, 7.

93 Foucault, M., *Hereméutica del sujeto*, trad. de F. Álvarez-Uría, Madrid, Eds. de la Piqueta, 1994, 77.

94 Daudet, *op. cit.* 58.

95 Aristóteles, 2011, *cit.* 1452a11

96 Frank, A. W. “Just Listening: Narrative and Deep Illness”. En Krippner, Stanley; Bova, Michael; Gray, Leslie (eds.), *Healing Stories: The Use of Narrative in Counselling and Psychotherapy*, Charlottesville, VA, Puente Publications. 2007, 34

97 Hennezel, Marie de, *La muerte íntima*, trad. de J. Giménez, Barcelona, Plaza y Janés, 1996, 127.

98 Broyard, A., *Ebrio de enfermedad*, trad. de M. Martínez-Lage, La Uña Rota, Segovia, 2013, 84.

mismo, deja de estar disociado el sujeto que es y el sujeto que cree que es: encuentra su verdad; se asienta en el ser, renuncia a su viejo yo y da de mano a su antiguo relato; se abre a encontrar un nuevo sentido.

Cuando un relato es veraz, como se ha dicho arriba, los hechos narrados son significativos desde el punto de vista del carácter moral del sujeto, de tal manera que los que le conocen le identifican como el sujeto de su relato. Como señalan Kellogg, Phelan y Scholes, el biógrafo mira aquellos episodios que revelan el carácter del sujeto⁹⁹. Esta regla también vale para el que produce una autobiografía, so pena de no ser significativa. P. ej., si un avaro se detiene en los ocasionales actos gratuitos que ha llevado a cabo, evitará dar el paso que podría liberarle del verdadero papel que cumple en el relato veraz que sus conocidos pueden elaborar libremente. Conocerse a uno mismo en la Antigüedad se consideraba un paso previo a la solución del problema del sentido de la vida¹⁰⁰.

Según Patrick C. Hogan, hay tres estructuras narrativas universales: la romántica, la heroica y la sacrificial¹⁰¹. Es interesante advertir que el relato de búsqueda o de redención se corresponde con la figura del mito *heroico*. Según Campbell, el mito heroico tiene un esquema que consta de las siguientes partes: Separación del mundo; iniciación en una fuente de poder; vuelta a la vida ordinaria para vivir una vida más significativa¹⁰². Este patrón presenta analogías con el de los cuentos fantásticos analizados por Propp, lo que no es sorprendente, ya que el propio Propp enlaza cuentos y mitos¹⁰³. L. Polo, tomando un cuento clásico, distingue cuatro elementos¹⁰⁴: a) el sujeto; b) la pugna; c) el adversario, y d) el encargo.

Lo que hace significativa la vida no es la cantidad de episodios, sino su significado. En consecuencia, lo que importa no es una vida llena, sino una vida *colmada*. Una vida colmada es la que entraña un *cumplimiento*,

y ésta es compatible con una vida corta. Es lo que elige Aquiles, cuando le dan a escoger entre una vida larga y anodina o una vida corta y heroica. Pero, como expone Max Scheler, un héroe puede habitar un cuerpo débil¹⁰⁵. La experiencia M. de Hennezel, que trabajó como psicóloga en la primera unidad francesa de cuidados paliativos es muy elocuente acerca de la intensa felicidad que cabe experimentar en los últimos compases de la vida. Hennezel habla del milagro que supone encontrar vida cuando reinan la tristeza y el sufrimiento¹⁰⁶. “Se agostaba, pero su corazón ardía”, escribe¹⁰⁷. Un cumplimento no es una realización, como nota bien Viktor Frankl¹⁰⁸. Los últimos momentos de la vida, en efecto, no son momentos para la autorrealización, sino para el heroísmo. En última instancia, la misión que abraza el enfermo es la de dar un testimonio, el cual puede consistir en una pequeña acción o en una palabra, nada que no esté al alcance de muchos enfermos. En este sentido cabe matizar el principio estoico de que para morir bien hay que vivir bien, con virtud. Sin duda es lo mejor, pero en última instancia son muchos los que pueden salvar su biografía, aunque no hayan sido virtuosos. Esta segunda esperanza permite al enfermo, tras un proceso duro, reponerse de la pérdida de la primera esperanza (de restitución)¹⁰⁹.

Para Benjamin, el moribundo, que hoy hemos apartado de la vista, está en la posición de haberse encontrado a sí mismo, por lo que tiene autoridad para contar-nos algo que deberíamos escuchar¹¹⁰. El narrador tiene cabida junto al maestro y el sabio: tiene un consejo que dar¹¹¹. Pero no como el proverbio, para algunos casos, sino como el sabio: para muchos: es que le está dado remontarse a una vida entera¹¹². Nadie, afirma Benjamin citando a Pascal, muere tan pobre que no deje algo tras

99 Kellogg, Phelan y Scholes, *cit.*, 212.

100 Vilarroya, *op. cit.* 185.

101 Hogan, Patrick C., *The Mind and Its Stories. Narrative Universals and Human Emotion*, Cambridge, Cambridge University Press, 2003, 15, 101 ss.

102 Campbell, *op. cit.* 40.

103 Propp, *op. cit.* 104.

104 Polo, Leonardo, *Quién es el hombre. Un espíritu en el tiempo*, Madrid, Rialp, 2003, 245.

105 Scheler, Max, *El héroe y el genio. Modelos y valores*, trad. de E. Taberning, Buenos Aires, Vola, 2020, 87.

106 Hennezel, *op. cit.* 15.

107 *Ibid.*, 170.

108 Frankl, V., *El hombre doliente. Fundamentos antropológicos de la psicoterapia*, Barcelona, Herder, 2006, 37.

109 Vergara, O., “Dialéctica de la esperanza en pacientes con pronóstico de vida limitado. Aspectos éticos y narrativos”, *Cuadernos de Bioética*. 2021; 32 (104): 49-59.

110 Benjamin, *op. cit.*, 63.

111 *Ibid.*, 79.

112 *Ibidem*.

de sí. También, ciertamente, recuerdos, sólo que éstos no siempre encuentran heredero¹¹³. El que escucha una historia, a diferencia del que lee una novela, que está a solas, ése, el que escucha una historia, está en compañía del narrador. En consecuencia, la primera tarea que se desprende para el profesional sanitario es aparentemente sencilla: *acompañar al paciente y escuchar su historia*. Sin embargo, nota B.-Ch. Han, hoy apenas se cuenta nada al médico; en cambio, afirma, la narrativa sana¹¹⁴.

La siguiente es una cita del libro de Job (2, 13): “Después [sus amigos] se sentaron con él en el suelo y estuvieron siete días con sus noches, pero ninguno le decía nada, viendo lo atroz de su sufrimiento.” A.W. Frank parte de esta cita para señalar que lo mejor que se puede dar a alguien es tu atención¹¹⁵. N. Noddings también insiste, desde la óptica del cuidado, en que una característica esencial del encuentro de cuidado es la atención¹¹⁶. Ahora bien, Frank advierte que esta atención no puede convertirse en una tarea, porque entonces pierde su carácter de *don* y con ello su eficacia terapéutica¹¹⁷. En la literatura de la enfermedad se aprecia justamente, señala Frank, agradecimiento a la enfermedad, bajo el esquema general “ahora puedo...”, es decir, “ahora sé qué es lo importante”, “he aprendido a ser más empático”, etc.¹¹⁸. Supone superar el “ahora no puedo”¹¹⁹, propio de la segunda fase. No se aspira a la restitución, sino al *aprendizaje* y a cómo se puede transmitir a los que no han hecho ese viaje: los enfermos, dice Frank, son como viejos marineros que regresan para contar un cuento que los demás necesitan oír, aunque se resistan a ello¹²⁰. Como han señalado Pellegrino y Thomasma, casi todos los médicos de una edad han aprendido así a decir adiós: el sanador herido es también sanado en este proceso¹²¹. El enfermo grave ha dejado atrás su viejo yo y ahora, señala Frank, es *otro*¹²². Aunque más bien habría que decir que ahora es *él mismo* otra vez, una

vez deshecho de sus enredos narrativos. De un modo general, independientemente de cómo sea en cada caso, el paciente tiene la misión de *dar un testimonio desde su posición de autoridad*.

Qué pueden aportar los profesionales sanitarios: En esta situación, nota Frank, los amigos suelen desaparecer y tienden a querer que regrese el *antiguo* amigo. En cambio, el profesional sanitario no tiene este problema: no espera la historia que *quiere* oír, sino que está en condiciones de *abrirse* a la que el paciente tiene que contarle. Como ha señalado J.C. Bermejo: Ayudar a curarse no significa sólo suministrar fármacos, sino también ayudar a reinventarse a sí mismo, a ser protagonista de la propia película¹²³.

4. Conclusión

En conclusión, partimos de una situación en la que un paciente autónomo se encuentra enredado en una narrativa equivocada, la cual entraña un menoscabo en su libertad. El principio de autonomía, en un sentido liberal, invita al profesional a limitarse a proporcionar al paciente la información clínica necesaria, pero a no interferir en sus decisiones. En cambio, el principio de beneficencia, atendiendo a su situación de vulnerabilidad, invita a realizar algún tipo de intervención adicional, con lo que entra en conflicto con el principio de autonomía. Se ha tratado de mostrar que el enfoque narrativo capacita al paciente para encontrarse consigo mismo y reenfocar su narrativa en un sentido más auténtico y más libre. Los profesionales sanitarios están en condiciones de promover respetuosamente este proceso, contribuyendo a superar el conflicto entre ambos principios.

En efecto, uno de los achaques más habituales del principalismo tiene que ver con el carácter potencialmente conflictivo de los principios que forman su contenido. Un conflicto recurrente se plantea en aquellas situaciones en que la decisión autónoma de un paciente se vuelve, a los ojos de los profesionales sanitarios y de otros potenciales observadores externos, con-

113 *Ibid.*, 68.

114 Han, *op. cit.*, 89.

115 Frank, “Just Listening...”, *cit.* 22.

116 Noddings, *op. cit.*, 17.

117 Frank, “Just Listening...”, 23.

118 *Ibid.*, 31.

119 Daudet, *op. cit.*, 84.

120 Frank, “Just Listening...”, *cit.* 31.

121 Pellegrino y Thomasma, *op. cit.* 24.

122 Frank, “Just Listening”, *cit.* 32.

123 Bermejo, José C., *Apuntes de relación de ayuda*, Maliaño, Sal Terrae, 2022, 56.

tra aquél mismo, planteándose la opción de interferir paternalistamente (con un paternalismo duro), en aquélla. En cambio, contribuir a través de una escucha activa, a que el paciente se encuentre consigo mismo y dote de sentido a su experiencia de enfermedad, tiende a asegurar que la decisión del paciente brota libremente del centro de sí mismo, lo que evita la necesidad de interferir directamente en ella, alejando la necesidad de abordar el problema en términos conflictivos.

Referencias

- Acebedo Urdiales, M. S., *Narrativa y conocimiento práctico. Experiencias y prácticas de las enfermeras "expertas" en UCI*, tesis doctoral, Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, 2012.
- Aristóteles, *Ética a Nicómaco*, trad. de J. Marías y M. Araújo, Madrid, CEC, 1994.
- Aristóteles, *Poética*, trad. de T. Mnez. Manzano y L. Rguez. Duplá, Madrid, Gredos, 2011
- Austin, J. L., *Palabras y acciones. Cómo hacer cosas con palabras*, trad. de G.R. Carrió y E.A. Rabossi, Buenos Aires, Paidós, 1971.
- Beauchamp, T. L.; Childress, J. F., *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford, Oxford Univ. Press, 2019
- Benjamin, W., *El narrador*, trad. de P. Oyarzun, Santiago de Chile, Eds. Metales Pesados, 2016.
- Benner, P. "The role of experience, narrative, and community in skilled ethical comportment". *Advances in Nursing Sciences*. Dec. 1991; Vol. 14, No. 2: 1-21.
- Bermejo, José C., *Apuntes de relación de ayuda*, Maliaño, Sal Terrae, 2022.
- Breitkopf, F., *El cerebro narrativo. Lo que nuestras neuronas cuentan*, trad. de J. Chamorro, México, Sexto Piso, 2023.
- Brockmeier, J., Harré, R. "Narrative Problems and Promises of an Alternative Paradigm". En J. Brockmeier, D. Carbaugh, *Studies in Narrative*, vol. 1, Amsterdam, Philadelphia, John Benjamins Publishing Co. 2001: 39-58.
- Brody, H. "What Is Narrative Ethics?" En Brody, H., *Stories of Sickness*, Nueva York. 2003: 172-192.
- Broyard, A., *Ebrio de enfermedad*, trad. de M. Martínez-Lage, La Uña Rota, Segovia, 2013.
- Bruner, J. "La construcción narrativa de la realidad". En J. Bruner, *La educación, puerta de la cultura*, Madrid, Visor, 1997.
- Bruner, J. "Self-making and world making". En J. Brockmeier, D. Carbaugh, *Studies in Narrative*, vol. 1, Amsterdam, Philadelphia, John Benjamins Publishing Co. 2001: 25-37.
- Bruner, J., *Actos de significado. Más allá de la revolución cognitiva*, trad. de J.C. Gómez Crespo y J. L. Linaza, Madrid, Alianza, 1991.
- Campbell, J., *El héroe de las mil caras. Psicoanálisis del mito*, trad. de L.J. Hernández, México, FCE, 2000.
- Carel, H., *Illness. The Cry of the Flesh*, Londres, Routledge, 2013.
- Daudet, A., *En la tierra del dolor*, Barcelona, Alba, 2003.
- Feito, L, Domingo, T., *Bioética narrativa y aplicada*, Madrid, Escolar, 2020
- Foucault, M., *Hermenéutica del sujeto*, trad. de F. Álvarez-Uría, Madrid, Eds. de la Piqueta, 1994.
- Frank, A. W. "Just Listening: Narrative and Deep Illness". En Krippner, Stanley; Bova, Michael; Gray, Leslie (eds.), *Healing Stories: The Use of Narrative in Counselling and Psychotherapy*, Charlottesville, VA, Puente Publications. 2007: 21-40
- Frank, A. W., *The Wounded Storyteller, Body, Illness, and Ethics*, Chicago, The University of Chicago Press, 2013.
- Frankl, V., *El hombre doliente. Fundamentos antropológicos de la psicoterapia*, Barcelona, Herder, 2006.
- Gadamer, H.-G., *Verdad y método*, trad. de A. Agud y R. de Agapito, Salamanca, Sígueme, 2012.
- Genette, G., *Narrative Discourse. An Essay in Method*, tras. By J.E. Lewin, Ithaca, NY, Cornell University Press, 1983.
- Genuis, Q. I.T. "A Genealogy of Autonomy: Freedom, Paternalism, and the Future of the Doctor-Patient Relationship". *The Journal of Medicine and Philosophy*. 2021; 46: 330-349.
- Gergen, K. J.; Gergen, M. M. "Narrative Form and The Construction of Psychological Science". En T.R. Sar-

- bin (ed.), *Narrative Psychology: The Storied Nature of Human Conduct*, Bloomsbury Publishing, Nueva York. 1986: 22-44.
- Han, B.-Ch., *La crisis de la narración*, trad. de A. Ciria, Barcelona, Herder, 2023.
- Hennezel, Marie de, *La muerte íntima*, trad. de J. Giménez, Barcelona, Plaza y Janés, 1996.
- Hogan, Patrick C., *The Mind and Its Stories. Narrative Universals and Human Emotion*, Cambridge, Cambridge University Press, 2003.
- Jaspers, K., *La filosofía*, trad. de J. Gaos, México, Fondo de Cultura Económica, 1991.
- Kass, L. "Neither for love nor money: why doctors must not kill", *Public Interest*. 1989 Winter; No. 94: 25-46.
- Kemp, P. "The Idea of European Biolaw: Basic Principles". En Valdés, E., Lecaros, J.A., *Biolaw and Policy in the Twenty-First Century. Building Answers for New Questions*, Dordrecht, Springer. 2019: 19-32.
- Kirk, G.S y Raven, J.E. Los filósofos presocráticos. Historia crítica con selección de textos, trad. de J. García Fernández, Madrid, Gredos. 1966.
- Labov, W., Waletzky, J., "Narrative Analysis: Oral Versions of Personal Experience". En J. Helm (ed.), *Essays on the Verbal and Visual Arts. Proceedings of the 1966 Annual Spring Meeting of the American Ethnological Society*, American Ethnological Society, University of Washington Press, Seattle and London, 1967.
- Lakoff, G., Johnson, M., *Metáforas de la vida cotidiana*, trad. de C. González Martín, Madrid, Cátedra, 1980.
- Lévi-Strauss, C., *Antropología estructural*, trad. de E. Verón, Buenos Aires, Eudeba, 1973.
- Loewy, E.H. "In Defense of Paternalism". *Theoretical Medicine and Bioethics*. 2005; 26: 445-468.
- Mandler, J. M., *Stories, Scripts, and Scenes: Aspects of Schema Theory*, Hillsdale, NJ-London, Lawrence Erlbaum Associates, 1984.
- McAdams, D. P. "'First we invented stories, then they changed us': The Evolution of Narrative Identity", *Evolutionary Studies in Imaginative Culture*. 2019; vol. 3, No. 1, Spring: 1-18.
- McAdams, D. P.; McLean, M. M. "Narrative Identity". *Current Directions in Psychological Science*. 2013 (22/3): 233-238.
- McIntyre, A., *Tras la virtud*, trad. de A. Valcárcel, Barcelona, Austral, 2013.
- McKinstry, B. "Paternalism and the doctor-patient relationship in general practice". *British Journal of General Practice*. 1992; 42: 340-342.
- Noddings, N., *Starting at Home. Caring and Social Policy*, Berkeley, University of California Press, 2002.
- Pellegrino, E. D.; Thomasma, D. C., *Helping and Healing. Religious Commitment in Health Care*, Georgetown University Press, Washington D.C, 1997.
- Polkinghorne, D. E., *Narrative Knowing and the Human Sciences*, Albany, New York State University Press, 1988.
- Polo, Leonardo, *Quién es el hombre. Un espíritu en el tiempo*, Madrid, Rialp, 2003.
- Propp, V., *Morfología del cuento*, trad. de Lourdes Ortiz, Madrid, Fundamentos, 2000.
- Reichenbach, Hans, *Experience and Prediction*, Chicago, The University of Chicago Press, 1961.
- Ricoeur, P. "The narrative function". En Ricoeur, P., *Hermeneutics and the Human Sciences*, ed. and trans. By John B. Thompson, Paris, Cambridge Univ. Press. 1998: 274-296.
- Ricoeur, P. "Narrative Time". En Mitchell, W.T. (ed.), *On Narrative*, Chicago, The University of Chicago Press. 1981: 165-186.
- Schafer, R. "Narratives of the Self". En *Psychoanalysis: toward the second century*, ed. by Arnold M. Cooper, Otto F. Kernberg, Ethel Spector Person, Nueva York, Vail-Ballou Press. 1989: 153-167.
- Scheler, Max, *El héroe y el genio. Modelos y valores*, trad. de E. Taberning, Buenos Aires, Vola, 2020.
- Scholes, R., Phelan, J., Kellogg, R., *The Nature of Narrative*, 40th. anniversary edition, revised and expanded, Oxford, Oxford University Press, 2006.
- Spence, D. D., *Narrative Truth and Historical Truth. Meaning and Interpretation in Psychoanalysis*, Nueva York, Norton, 1982.

- Thernstrom, M., *Las crónicas del dolor*, trad. de C. Ceriani, Barcelona, Anagrama, 2012.
- Toombs, K. "The Lived Experience of Dissability". *Human Studies*. 1995; 18: 9-23.
- Umbral, F., *Mortal y rosa*, Barcelona, Austral, 2022.
- Varela, N., Aznar, J. "Competencia narrativa: una propuesta ética para la relación clínica". *Eidon*. 2024; n.º 61 (junio): pp. 46-57.
- Vergara, O., "Dialéctica de la esperanza en pacientes con pronóstico de vida limitado. Aspectos éticos y narrativos", *Cuadernos de Bioética*. 2021; 32 (104): 49-59.
- Vergara, O. "To be alive when dying: moral catarsis and hope in patients with limited life prognosis". *Medicine, Health Care and Philosophy*. 2021; 24: 517-527.
- Vergara, O. "Autonomía, Monomanía and Free Development of Personality in the Clinical Relationship: To What Extent can the Autonomous Person Be Protected?". *Ramon Llull Journal of Applied Ethics*. 2022; 13: 27-51.
- Villarroya, O., *Somos lo que narramos*, Barcelona, Ariel, 2019
- White, H. "The Value of Narrativity in the Representation of Reality". *Critical Inquiry*. 1980; Vol. 7, No. 1 (Autumn): 5-27.
- Woolf, V., *On being ill*, Londres, Renard Press, 2022.



EL DIÁLOGO EN LA AMISTAD TERAPÉUTICA: ESTADÍSTICA, RIESGO Y FELICIDAD

DIALOGUE IN THERAPEUTIC FRIENDSHIP: STATISTICS, RISK AND HAPPINESS

ANTONIO PARDO CABALLOS

Unidad de Humanidades y Ética Médica, Universidad de Navarra

Irunlarrea, 1

31008 Pamplona

Tf. 948425600 ext. 806203

Correo: apardo@unav.es

RESUMEN:

Palabras clave:

Diálogo médico-
paciente, estadística,
comunicación de
riesgos, felicidad

Recibido: 27/04/2024

Aceptado: 25/05/2024

Es casi universal expresar los efectos preventivos o perniciosos para la salud de una conducta o de un medicamento como porcentaje de variación entre la situación de partida y la que considera ese factor añadido. Esta cifra de variación relativa, aislada, no permite hacerse cargo de la relevancia de dicho cambio, que puede ser cuantitativamente exiguo. En la difusión de las ciencias de la salud, y especialmente en el diálogo con el paciente, base de todo consejo preventivo o terapéutico, apoyarse en o emplear sólo dicha cifra relativa es desorientador. Al hablar con el enfermo, éste debe poder hacerse cargo de los beneficios esperados o de los riesgos que corre, sin referencia porcentual a otra situación, es decir, de las ventajas o peligros absolutos, de modo que se pueda tomar una decisión conjunta bien fundamentada. En este diálogo deben aparecer, con las debidas medidas de prudencia, cuestiones relativas al “estilo de vida” del paciente: su omisión sólo puede impedir posibles beneficios al paciente.

SUMMARY:

Keywords:

Doctor-patient
dialogue, statistics,
risk communication,
happiness

It is almost universal to express the preventive or harmful health effects of a behavior or a medication as a percentage of variation between the starting situation and the one that considers this added factor. This figure of relative variation, isolated, does not allow us to take into account the relevance of said change, which may be quantitatively small. In the dissemination of health sciences, and especially in the dialogue with the patient, the basis of all preventive or therapeutic advice, relying on or using only this relative figure is misleading. When talking to the patient, he or she must be able to take into account the expected benefits or the risks he or she runs, without percentage reference to another situation, that is, the absolute advantages or dangers, so that a well-founded joint decision can be made. In this dialogue, issues related to the patient's “lifestyle” must appear, with due precautionary measures: omission of this can only prevent possible benefits for the patient.

1. Introducción

Al analizar cómo se comunica la utilidad de tomar estatinas, aparecen enseguida los conceptos de reducción absoluta de riesgo y reducción relativa de riesgo, y cómo ambas cifras de reducción son muy diferentes para expresar el mismo hecho. Esta posible descripción doble aparece también cuando se estudia el aumento de la frecuencia de cáncer de mama en las mujeres que toman contraceptivos, que también se expresa del mismo modo. A pesar de tratar el asunto con la misma frialdad objetiva (variaciones del riesgo), en numerosas ocasiones las actitudes de los médicos y las reacciones de los pacientes ante estos datos son radicalmente opuestas según se trate de un caso u otro. ¿Cuál es el motivo? Para encontrarlo, deberemos remontarnos a las personas, protagonistas de lo que sucede, a sus relaciones (entre las que está la relación médico-paciente) y a sus actitudes ante la vida.

Al hilo de este desarrollo encontraremos algunas cuestiones bioéticas “menores”, es decir, que no se refieren directamente a temas radicales de la ética médica, como el respeto a la vida. Pero que podemos considerar cuestiones “mayores” pues, dependiendo de cómo se enfoquen, modulan toda la acción del médico.

Para poder desarrollar la argumentación que vendrá a continuación, deberemos introducirnos en primer lugar en algunas cuestiones de estadística, y aclarar someramente lo que se quiere decir al hablar de significación, relevancia, y de aumento o reducción absoluta o relativa del riesgo, para posteriormente emplear estos conceptos en el discurso.

2. Significación y relevancia

Para una experimentación animal realizada de modo éticamente correcto, además de las medidas pertinentes para minimizar el sufrimiento de los animales empleados, es necesario emplear el número de animales correcto¹. El suficiente para que los resultados sean significativos y extrapolables al conjunto general, pero no tan

grandes que se emplee un número ingente sin necesidad. El motivo consiste en que, si medimos el sufrimiento que se genera en los animales, debe multiplicarse la afectación individual por el número empleado. Por esta razón, es importante emplear una cantidad adecuada como para minimizar su número, pero no tan pocos que los resultados no sean significativos: el fatídico $p < 0,05$ que buscan los estudios experimentales².

En alguna ocasión, una vez terminado un experimento que no ha llegado por poco al valor de $p < 0,05$, los investigadores solicitan al comité de ética de experimentación animal la posibilidad de repetir los experimentos en algunos animales más: son conscientes de que, manteniendo la proporción de los resultados, si la muestra fuera algo mayor, las diferencias entre el grupo de animales control y el grupo experimental sí serían significativas.

La respuesta que se les suele aportar en estas ocasiones consiste en hacerles apreciar la diferencia entre significación y relevancia. Efectivamente, aumentando el tamaño de la muestra se podría conseguir que las diferencias entre los grupos empleados fueran significativas. Simultáneamente, dicho aumento haría que se apreciaran diferencias pequeñas entre los grupos como significativas. Pero esas diferencias pequeñas, significativas, pueden carecer de utilidad práctica, por ser irrelevantes.

En Medicina conocemos bien esto, que sería una aplicación del principio de Pareto³: existen diversos tratamientos que pueden conseguir realmente que el paciente mejore en una patología que padece. Ahora bien, entre estos, algunos pueden conseguir unos resultados muy sustanciales, mientras otros sólo pueden aportar

¹ Planteo un ejemplo de experimentación animal para guiar el argumento, aunque sería igualmente válido un caso de experimentación clínica.

² Entre los investigadores está muy arraigada la equiparación de significación con el valor de $p < 0,05$, a pesar de que esta simplificación no es correcta: una cifra superior a 0,05 no implica que no haya diferencias. Cf. Amrhein V, Greenland S, McShane B. “Scientists rise up against statistical significance”. *Nature*. 2019; 567: 305-307. doi: 10.1038/d41586-019-00857-9. Una búsqueda sobre este tema en los últimos años de esta revista proporciona bastantes resultados, que coinciden en matizaciones importantes al modo simplificado como se suele entender.

³ Dependiendo del campo al que se aplique, dicho principio se formula de un modo u otro. Es algo muy frecuente de considerar en ámbitos como la planificación o la ingeniería: eficacia (conseguir un resultado) no es lo mismo que eficiencia (esfuerzo mínimo necesario para conseguirlo).

beneficios marginales: el principio de Pareto afirma que el 20% de las medidas, que podríamos considerar básicas, consiguen el 80% de los resultados, mientras que el 20% restante exige un esfuerzo muchísimo mayor. Obviamente, compensa poner primero en marcha el remedio que puede conseguir el 80% del beneficio, en vez del que sólo puede aportar el 20%⁴.

3. Variación absoluta y relativa del riesgo

Los estudios observacionales son un punto de partida obligado a la hora de plantearse explicaciones científicas de los fenómenos. Normalmente, estas explicaciones parten de unas observaciones aparentemente asociadas que nos hacen pensar si estamos ante una posible causa. El primer paso es comprobar que dicha observación de aparente relación no es una casualidad, por lo que es necesario un estudio estadístico de una muestra suficientemente amplia que compruebe si realmente existe conexión entre ambas observaciones. Si se consigue demostrar dicha conexión, se puede entrar en el penoso proceso de buscar el nexo causal entre ambas. Este último paso, por su dificultad, se da proporcionalmente en pocos casos, dejando a la Medicina muchas veces en las meras asociaciones comprobadas, que muchas veces se toman incorrectamente como causas, especialmente en cuestiones como la conexión entre nutrición y enfermedad⁵.

Los resultados de los estudios que corroboran la asociación suelen aportar datos como “los fumadores tienen un riesgo de cáncer de pulmón 150 veces mayor que los no fumadores” (por mencionar una cifra aproximada y plausible)⁶. Esto supone un aumento de 3 casos por

100.000 personas a 450, y está claramente expresado sin confusión posible.

Sin embargo, en otros casos, las cifras no son tan brutales, y no se expresan adecuadamente diciendo que el riesgo de “a” es *n* veces el de “b”, pues saldría un número fraccionario bastante poco indicativo. Para esas otras situaciones, las más frecuentes, se prefiere hablar de la variación del riesgo de padecer una enfermedad por medio de un tratamiento, con afirmaciones del tipo “este medicamento baja el riesgo un 7%”.

Ahora bien, dicha variación se puede expresar de modo absoluto y de modo relativo. Así, si nos referimos a la disminución de riesgo de infarto gracias a la ingesta de estatinas, y la describimos en términos relativos (reducción relativa de riesgo), podemos afirmar que producen una reducción del riesgo de enfermedad cardiovascular del 20 al 30%⁷. Pero cuando examinamos dicha reducción de riesgo de modo absoluto (reducción absoluta de riesgo), comprobamos que baja de un 3% a un 2,25%. Una disminución bastante exigua, pero que cumple lo dicho anteriormente con la descripción en términos relativos: si quitamos el 25% a 3, nos quedamos con 2,25%.

En ese orden de magnitudes, expresar estos resultados en términos relativos es propagandístico, pues da una impresión de eficacia mucho mayor que la real. Pero ya entraremos más adelante en esta cuestión.

4. El caso de la contracepción

La difusión contemporánea de la contracepción hormonal es amplísima. Como todos los productos far-

4 Es muy frecuente que los pacientes no enfoquen adecuadamente las cosas desde este punto de vista; se ve mucho en la obesidad, en que pretenden solventar el problema con un detalle (una infusión, un suplemento, un alimento *light*), olvidando el 80%: disminuir la ingesta total de calorías de modo sostenible y hacer entrenamiento de fuerza 2-3 veces por semana. Obviamente, no consiguen resultados. También es frecuente este error en las indicaciones médicas, como veremos más adelante.

5 Ioannidis, JPA. “The Challenge of Reforming Nutritional Epidemiologic Research”. *JAMA*. 2018; 320(10): 969-970. doi:10.1001/jama.2018.11025 Asociaciones que, además, muchas veces parten de datos muy errados. Al respecto, puede verse Archer, E. Lavie, C.J. Hill, J.O. “The Failure to Measure Dietary Intake Engendered a Fictional Discourse on Diet-Disease Relations”. *Frontiers in Nutrition*. 2018; 5: 105. doi: 10.3389/fnut.2018.00105

6 Esto no quiere decir que hoy no se sepa el papel etiológico del tabaco en el cáncer de pulmón. En este caso, se sabe fehacien-

temente. Véase, por ejemplo, un resumen de la cuestión en Zinser-Sierra, JW. “Tabaquismo y cáncer de pulmón”. *Salud pública México*. 2019; 61: 303-307. doi: 10.21149/10088. Disponible en <https://scielosp.org/pdf/spm/2019.v61n3/303-307/es> [Consulta: 23 de mayo de 2023]. Aportamos el dato sólo como muestra de lo que puede afirmar un estudio meramente observacional.

7 La cifra exacta depende, entre otras cosas, de qué tipo de enfermedad consideremos (ictus, infarto), de los valores iniciales de colesterol del sujeto al que se administra, la edad y otros factores, pero podemos aceptar esas cifras de modo general: para el presente argumento, no se precisa afinarlas especialmente. Cf., por ejemplo, Chou, R. Cantor, A. Dana, T. Wagner, J. Ahmed, A. Fu, R. Ferencik, M. US Preventive Services Task Force, et al. “Statin Use for the Primary Prevention of Cardiovascular Disease in Adults: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement”. *JAMA*. 2022; 328(8): 746-753. doi: 10.1001/jama.2022.13044

macéuticos, tiene efectos secundarios. Entre ellos se encuentra el aumento de riesgo de padecer cáncer de mama⁸. Es un dato poco divulgado, pero fácil de encontrar en la literatura. Por mencionar alguna cifra, se habla de un aumento de riesgo de padecerlo de un 50%⁹. Se oye hablar incluso de que estamos asistiendo a una auténtica epidemia de tumores de mama¹⁰.

Cuando este dato, científico y objetivo, se somete a la consideración de quienes consideran la contracepción como un avance que ayuda a la liberación de la mujer, las cifras de aumento se consideran irrelevantes o poco relevantes. En efecto, ese 50% de aumento es relativo. Si se traduce a aumento absoluto, de una cifra de aproximadamente 0,75 por 1000 habitantes, sube a 1/1000 habitantes¹¹, cifra que, en efecto, puede ser asumible por la mujer que los solicita.

Ambas cuestiones, el cambio de riesgo de infarto con las estatinas y el cambio de riesgo de cáncer de mama con los contraceptivos, comparten el hecho de ser claramente significativos, pero posiblemente irrelevantes para el paciente concreto. Significación y relevancia, como vimos al comienzo, son cuestiones muy distintas.

No deja de ser sorprendente el empleo de la misma técnica propagandística de la publicidad de las estatinas al referirse al aumento de prevalencia del cáncer de mama: hablar sólo o preponderantemente del aumento

relativo de riesgo y esquivar las cifras absolutas, que dan una imagen más realista de la situación, es claramente desorientador. Pero necesitamos más reflexiones previas antes de poder aclarar esta extraña coincidencia en el procedimiento de comunicación.

5. Ciencia y salud

Vivimos en un mundo modulado por planteamientos científicos. En el imaginario colectivo actual, éstos tienen la fama de ser el modo de conocimiento más seguro, el que proporciona más certeza. Esto puede provocar confusiones: la ciencia actual, y en particular y especialmente la ciencia biomédica, se basa en análisis estadísticos de estudios de distinto tipo para obtener, en primer lugar, relaciones que levanten pistas sobre las causas de los fenómenos observados, causas que a continuación se deben probar, también con métodos estadísticos, empresa nada fácil en muchas ocasiones. El resultado es que estamos seguros de una afirmación con un cierto margen de error, que podemos intentar disminuir, pero que siempre existirá (y dejamos aparte errores de planteamiento que pueden sesgar completamente afirmaciones presuntamente seguras desde el punto de vista científico¹²). Esto es el polo opuesto a la certeza total de la percepción común de la realidad. Por poner algunos ejemplos rudimentarios: “estoy en casa”, “mi madre me quiere”, “es de día”. Pero, aunque convivimos diariamente con esta certeza total de la percepción común, y desarrollamos nuestra vida de acuerdo con ella, paradójicamente no la asociamos con un conocimiento seguro.

La idea de salud que circula entre médicos y pacientes suele estar arraigada en la noción de que ésta admite

8 Además de éste, la contracepción se asocia a otros efectos secundarios. Aunque pueden haber dudas de que la asociación de algunos de dichos efectos con la contracepción realmente responda a causalidad, es interesante tener en cuenta estos datos. Cf. Segarra, I. Menárguez, M. Roqué, MV. “Women’s health, hormonal balance, and personal autonomy”. *Frontiers in Medicine*. 2023; 10 (30 June 2023). doi: 10.3389/fmed.2023.1167504

9 Nuevamente, no tratamos de afinar aquí este dato, sino simplemente de apuntar una cifra plausible que nos pueda servir de orientación para la reflexión posterior. Cf. Segarra I, et. al., cit.

10 Como testimonio de la difusión de esta idea, puede verse Millet A. [Publicación en línea]. “Un poco de sensatez entre tanta desinformación. Cáncer de mama”. <<https://clinicamillet.es/blog/poco-sensatez-tanta-desinformacion/>> Julio 2017. [Consulta: 2/4/2024]. En este aumento de incidencia también influyen otros factores, como los disruptores hormonales de efecto estrogénico, como ya divulgaba El País el 18 de enero de 1995: Anónimo. [Publicación en línea]. “Los estrógenos artificiales, sospechosos de causar la epidemia de tumores de mama”. <https://elpais.com/diario/1995/01/18/sociedad/790383615_850215.html> [Consulta: 2/4/2024].

11 Cf. Anónimo. [Publicación en línea]. “El cáncer de mama en España, en gráficos”. <<https://www.epdata.es/datos/cancer-mama-espana-graficos/619/espana/106>> [Consulta: 8/8/2023]. Seguimos interesados sólo en unas cifras orientativas para el razonamiento que sigue.

12 Por continuar con el ejemplo de las estatinas, está comprobada desde hace años la asociación de determinados tipos de colesterol sanguíneo con el riesgo de infarto, pero la explicación fisiopatológica que habitualmente se baraja como causa de dicha asociación es más que cuestionable. Quizá el colesterol sanguíneo sea solamente un indicador del factor realmente causal. Puede que estemos haciendo algo como “¡La caldera está a punto de explotar! ¡Rápido, enfriemos el termómetro!”. Y las estatinas producen más efectos aparte del descenso del colesterol sanguíneo, como la disminución de la inflamación endotelial, que pueden explicar la disminución de problemas cardiovasculares... del mismo modo que tienen efectos secundarios que hacen que no disminuyan la mortalidad por cualquier causa, como veremos.

una descripción puramente científica. Lo más habitual es que se piense que consiste en la integridad orgánica¹³. Dada la profusión de datos y enfoques técnicos en medicina, termina calando esa versión de salud que podríamos llamar científica o, con más propiedad, cientifista. Se trataría de tener ciertos parámetros fisiológicos dentro de rangos normales.

Dentro de esta tónica, cuando el paciente acude al médico, se le escucha para poder identificar qué va mal en su organismo y, según esa identificación preliminar, se solicitan análisis y otras pruebas complementarias. Los resultados de estos estudios determinan la indicación final del médico: un medicamento, una intervención quirúrgica, etc. La queja del paciente ha quedado enterrada en toda esta parafernalia (innecesaria en bastantes casos), y en muchas ocasiones no ha sido adecuadamente atendida, cuando era lo que se debía tener en mente en primer lugar. Esto no quita que este modo de proceder identifique a veces una causa seria que se impone tratar, pero esta situación no es lo habitual en las consultas corrientes al médico de cabecera por parte de personas de edad, por ejemplificar mediante una situación muy frecuente y bien conocida.

Como reflexión marginal, esto permite entender el desenfoque con que se aborda habitualmente la medicina paliativa. En la atención al paciente, primero se intenta el enfoque “científico” que hemos descrito y, cuando “ya no hay nada que hacer” (desde este punto de vista), entra la rama de la medicina que se ocupa de aliviar síntomas (exageramos esta dicotomía para que quede más clara). En realidad, la medicina paliativa tiene su papel desde el primer momento, pues todo médico debe preocuparse en primer lugar de la queja del paciente, y no limitarse a marginar este aspecto básico hasta después de haber resuelto el problema que le sugieren las analíticas¹⁴.

En realidad, la salud no es la integridad orgánica, que nadie tiene. Y menos todavía el bienestar, como

propugna la OMS. Estar sano es poder vivir la vida humana concreta y personal¹⁵. Un enfermo acude al médico cuando no puede desarrollar las actividades habituales de su vida cotidiana: le duelen los riñones tras estar un rato trabajando, no puede comer por un dolor de muelas, etc. En algunos casos, una sensibilidad mayor puede hacer pensar en exageración por su parte, pero eso es su vivir: si no hay tolerancia a ciertas molestias, su vivir se ve afectado y no puede desarrollarse adecuadamente. Aunque el médico piense inicialmente que el paciente es un melindroso. Es el auténtico significado de “el paciente siempre tiene razón”: lo que a él le impide vivir es lo que a él le impide vivir, no lo que el médico piense al respecto¹⁶.

Cuestión distinta es si ese modo de vivir contiene elementos más o menos discutibles por el motivo que sea. Habitualmente se piensa que, al aceptar modos de vivir diversos, el médico actúa con pura tolerancia indiferente, como un mero técnico que aplica sus conocimientos para que el paciente vea satisfechas sus pretensiones. Como veremos luego, en el diálogo con el paciente existe influencia mutua, y hay posibilidad de diálogo y de animar al paciente a cambiar, en cualquier campo¹⁷.

6. Los grandes números

El paso prácticamente automático que se suele realizar del análisis o prueba complementaria a la prescripción, que hemos descrito en el apartado anterior, exige alguna reflexión adicional.

Detrás del olvido del paciente se oculta muchas veces la estadística. Hemos mencionado su papel para poder confirmar primeras impresiones. El estudio estadístico

15 Pardo, A. “¿Qué es la salud?” *Revista de Medicina de la Universidad de Navarra*, 1997; 41(2): 4-9. Disponible en línea: <https://www.academia.edu/7150548/_Qu%C3%A9_es_la_salud> [Consulta: 8/8/2023].

16 Aquí tratamos de cuestiones que tienen que ver con la idiosincrasia del paciente, y no con intentos de satisfacción de aspiraciones, cuyo cumplimiento ve factible mediante la técnica médica, como puede suceder con el deseo de cambiar de sexo físicamente (sin entrar al problema que provoca dicho deseo), o las pretensiones de mejora transhumanista.

17 Aquí caben cosas muy heterogéneas, que van desde intentar fomentar una mayor actividad física y menor sedentarismo al consejo de mejorar las relaciones personales o de modificar las actitudes ante situaciones causantes de estrés o ansiedad con la consiguiente implicación de replantear las metas de la vida.

13 De aquí el dicho que, aunque penoso por su trasfondo, no deja de tener cierta gracia: “No vayas al médico, que seguro que te encuentra algo”.

14 En muchos casos, además, dicho aspecto básico se obvia con afirmaciones como “son cosas de la edad”.

nos asegura si existe o no asociación real entre las enfermedades y sus causas potenciales, aunque esta asociación inicial no pruebe causalidad. Actualmente, sin embargo, muchas veces la asociación demostrada se toma como causalidad, omitiendo el obligado “puede que”, especialmente a la hora de divulgar o resumir.

De esta confusión se deriva la recomendación directa de un “tratamiento” para el factor asociado a la patología que, teóricamente, evitará su aparición posterior¹⁸. En gran medida, este “tratamiento” suele consistir en medicamentos¹⁹. En realidad, este tipo de indicación no es atención a la salud, sino Medicina preventiva. El paciente llegó a la consulta con alguna molestia, se descubrió un análisis alterado (colesterol alto, por seguir con ese ejemplo), recibió una medicación²⁰ ... y, si no aquejaba ningún síntoma derivado de este último, sigue exactamente igual que antes, pero con un medicamento para tomar de modo crónico.

Es plausible que estas recomendaciones preventivas estén también influidas por la mezcla entre estadística y psicología: si se calcula el número de vidas salvadas con ellas en la población general, salen cifras muy elevadas. Estas cifras, de indudable interés, pueden desviar la atención del

médico y hacerle pensar que, en la atención del paciente concreto, están recomendando lo mejor cuando, en realidad, visto el asunto desde el punto de vista del paciente individual, puede que prolonguen su vida, pero a costa de que padezcan los efectos secundarios de los medicamentos prescritos. El médico ignora muchas veces estos efectos, porque se le ocultan gracias a las maniobras de las compañías farmacéuticas²¹. Por mencionar algunos de estos efectos, no banales: estatinas y el cansancio y problemas musculares y articulares²², betabloqueantes y la languidez y depresión²³, psicofármacos recetados innecesariamente a largo plazo y la obesidad –con sus complicaciones– y la prolongación de los síntomas psiquiátricos por el medicamento mismo²⁴, etc. Este lado oscuro de la industria farmacéutica se encuentra bien contrastado desde hace años²⁵. Actualmente continúa y ha dado resultados aterradores con la oxycodona²⁶. No deja de ser llamativo el dineral que se dedica a medicamentos que podrían sustituirse con enorme ventaja por deporte bien pautado y comida sana, cosas en las que todavía pocos médicos saben asesorar.

Muchas veces, además, aunque la medicación preventiva consigue disminuir la frecuencia del evento que

18 Habitualmente, el número de muertes que se evita es significativo pero ínfimo. Cf. Kristensen, ML. Christensen, PM. Halas, J. “The effect of statins on average survival in randomised trials, an analysis of end point postponement”. *BMJ Open* 2015; 5: e007118. doi: 10.1136/bmjopen-2014-007111 Existen trabajos que afirman un aumento sustancial de la supervivencia con las estatinas (como Chang, SC. Wang, M. Beckerman, JG. Sanz, M. Gluckman, TJ. Grunkemeier, GL. “A method to estimate the mean lifetime survival increase of statin therapy”. *Future Cardiology*. 2016; 12(5): 539-44. doi: 10.2217/fca-2016-0016. Disponible en <<https://www.futuremedicine.com/doi/epub/10.2217/fca-2016-0016>> [Consulta: 11/4/24]), que obtienen este resultado extrapolando a partir de estudios de relativamente poca duración; además, no tienen en cuenta la situación de los pacientes por los efectos secundarios, dato vital como veremos más adelante.

19 En otras ocasiones, se trata de dietas, como la dieta mediterránea, de tanto predicamento actualmente, aunque se apoya en una mera asociación y quizá sus efectos benéficos se deban solamente al aceite de oliva. Cf. Flynn, MM. Tierney, A. Itsiopoulos, C. “Is Extra Virgin Olive Oil the Critical Ingredient Driving the Health Benefits of a Mediterranean Diet? A Narrative Review”. *Nutrients*. 2023; 15(13): 2916 (Jun 27). doi: 10.3390/nu15132916.

20 Esto no es un ataque cerrado contra las estatinas. El problema se da también, quizá de modo menos llamativo, en bastantes otros campos. Cf., por ejemplo, Sheppard, JP. Stevens, S. Stevens, R. et al. “Benefits and Harms of Antihypertensive Treatment in Low-Risk Patients with Mild Hypertension”. *JAMA Internal Medicine*. 2018; 178(12): 1626-1634 (December 2018) doi:10.1001/jamainternmed.2018.4684, y podríamos añadir cuestiones sobre los betabloqueantes, los antidepresivos o los ansiolíticos; y hay muchos más ejemplos.

21 Cf. Gøtzsche, PC. *Medicamentos que matan y crimen organizado: Cómo las grandes farmacéuticas han corrompido el sistema de salud*. Copenhagen, Institute for Scientific Freedom, 2022.

22 Cf., entre muchos, Patel, KK et al. “Molecular targets of statins and their potential side effects: Not all the glitter is gold”. *European journal of pharmacology*. 2022; 922: 174906. doi:10.1016/j.ejphar.2022.174906

23 Revisiones recientes no encuentran asociación entre la administración de betabloqueantes y la aparición de depresión (Riemer TG, Villagomez Fuentes LE, Algharably EAE, et al. “Do β -Blockers Cause Depression?: Systematic Review and Meta-Analysis of Psychiatric Adverse Events During β -Blocker Therapy”. *Hypertension*. 2021 May 5; 77(5): 1539-1548. doi: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.16590), aunque la cuestión todavía no está clara (Andrade C. “ β -Blockers and the Risk of New-Onset Depression: Meta-analysis Reassures, but the Jury Is Still Out”. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2021 Jun 1; 82(3): 21f14095. doi: 10.4088/JCP.21f14095). Sin embargo, estas revisiones reconocen que era algo admitido durante los últimos decenios, probablemente por confusión diagnóstica con otros efectos secundarios frecuentes, como fatiga o cansancio y también pesadillas, insomnio y trastornos del sueño. A efectos prácticos, desde el punto de vista de la salud del paciente, la situación es la misma, sólo cambia el rótulo diagnóstico.

24 Cf. Whitaker, R. *Anatomía de una epidemia: medicamentos psiquiátricos y el asombroso aumento de las enfermedades mentales*. Madrid, Capitán Swing, 2015.

25 Cf. Angell, M. *The Truth about the Drug Companies: How They Deceive Us and What to Do about It*. New York, Random House, 2004.

26 Abramson, J. *Sickening: How Big Pharma Broke American Health Care and How We Can Repair It*. New York, HarperCollins Publishers, 2022.

se intenta evitar, no consigue cambiar las cifras de mortalidad por cualquier causa²⁷. En revisiones específicas, cada vez más numerosas, se encuentra este dato sobre el efecto mínimo en la prevención primaria, junto con la observación de la influencia negativa de la investigación financiada por la industria farmacéutica²⁸.

En esta misma línea, aunque a la inversa, los análisis estadísticos que asocian mortalidad con ciertas conductas sólo consideran algunos factores, no toda la realidad. Esto es muy frecuente en estudios nutricionales, como los que afirman la mayor mortalidad de quien no desayuna (hay cientos), sin considerar cosas como la ansiedad, una vida desordenada, con estrés excesivo, o trastornos de la conducta alimentaria que se intentan compensar ayunando, etc.²⁹.

Esta cuestión de los grandes números debe ser preocupación de los responsables de políticas sanitarias; el médico de a pie atiende a su paciente, no es un mejorador de estadísticas de sanidad pública... a costa de

su paciente. Pero el problema ético principal de esta prevención no reside en que se debe buscar el bien del paciente concreto que se atiende, sino precisamente en los grandes números que se barajan: para evitar una muerte en *n* años, se somete a un medicamento a una cincuentena de sujetos (por mencionar una cifra cualquiera) durante ese periodo. Que sufren los efectos secundarios de dicho medicamento³⁰, aunque a ellos no les va a beneficiar. Se olvida de este modo que, aunque las intenciones y decisiones médicas sean buenas, debe existir proporción entre lo que se intenta y lo que se tolera. Y no existe proporción entre el aumento exiguo de esperanza de vida de un paciente (suponiendo que exista) y tener a muchos sufriendo los problemas de un medicamento que no les reportará beneficios.

Aparecen también otras alianzas que llevan al mismo resultado, como la que se da con las directivas profesionales. Algunas son de tipo puramente administrativo, como las que menciona Herranz que pueden suponer un peligro para la independencia profesional³¹. Pero otras, presuntamente orientadas a un mejor tratamiento del paciente, terminan también en prescripciones inadecuadas, pues su confección está lastrada también por el espejismo de los grandes números que acabamos de mencionar, y hace que el médico se limite a aplicarlas, sin reflexionar las peculiaridades de su paciente concreto ni los efectos indeseados con que lastra al resto de quienes reciben esa indicación. Por estos motivos, este comportamiento a la hora de prescribir es un error serio.

Suponemos razonablemente que, en su fuero interno, el médico busca el bien del paciente. En el ejercicio de la Medicina, este bien es la salud. Es poder vivir, lo

27 Cf., entre otros artículos posibles, Diamond, DM. Ravnskov, U. "How statistical deception created the appearance that statins are safe and effective in primary and secondary prevention of cardiovascular disease". *Expert Review of Clinical Pharmacology*. 2015; 8(2 Mar): 201-10. Este artículo no trata específicamente de la prolongación de la vida, pero menciona el dato de campo, y no las extrapolaciones sesgadas de la mayoría de los artículos, que se fijan sólo en la mortalidad cardiovascular, omitiendo mirar la mortalidad por cualquier causa (cuestión que los laboratorios ocultan cuidadosamente).

28 La página The NNT (Number-Needed-to-Treat) [Publicación en línea] <<https://thennt.com>> [Consulta: 20/6/2024], que evalúa independientemente diagnósticos y tratamientos expresando su eficacia como número de pacientes que es necesario tratar para obtener utilidad para uno, sólo valora las estatinas como beneficiosas cuando se emplean en pacientes que ya han padecido un infarto o ictus: Abramson, J. [Publicación en línea] "Statins in Persons at Low Risk of Cardiovascular Disease". 2017. <<https://thennt.com/nnt/statins-persons-low-risk-cardiovascular-disease/>> [Consulta: 2/4/2024]. En todo caso, las cifras que aportan para valorar como positiva la prevención secundaria no son muy diferentes a las de la prevención primaria, y se podrían valorar de modo distinto si nos fijamos en el paciente concreto, como veremos más adelante. Llama la atención que las lesiones musculares que cuentan como efecto secundario se dan en 1 de cada 10 pacientes.

29 Cf. como ejemplo reciente buscado al azar Rong, S. Snet-selaar, L.G. Xu, G, et al. "Association of Skipping Breakfast With Cardiovascular and All-Cause Mortality". *Journal of the American College of Cardiology*. 2019; 73(16): 2025-2032. doi:10.1016/j.jacc.2019.01.065, que no contempla los factores que mencionamos, y que remite a otros muchos artículos de esa índole (en sus notas 2 a 13). Son abundantísimos los artículos con este tipo de errores de fondo. Cf. Archer, E. Lavie, C.J. Hill, J.O. *op. cit.* Este tipo de omisiones no es necesariamente un fallo de los investigadores o promotores de la investigación, sino que se trata de algo inevitable en ciencia: la formalización científica no puede abarcar toda la realidad, siempre deja cosas fuera.

30 Cf. nota 21. Aquí se debe tener en cuenta que la atención médica a los pacientes no es Salud pública. Mientras que la primera tiene como objeto el paciente concreto y su salud, la salud pública se ocupa de las grandes cifras y de las medidas oportunas para mejorarlas, pero éstas no deben interferir en la atención sanitaria del paciente individual.

31 Hablando de conflictos entre derechos de los médicos y los derechos fundamentales, el Dr. Herranz señala entre los factores para tener en cuenta "La obsesión burocrática por la uniformidad, no por la justicia; el riesgo siempre presente de aliarse el médico con la maquinaria administrativa en perjuicio del enfermo": Herranz, G. [Publicación en línea] "Los derechos humanos de los médicos". <<https://www.unav.edu/web/unidad-de-humanidades-y-etica-medica/material-de-bioetica/conferencias-sobre-etica-medica-de-gonzalo-herranz/los-derechos-humanos-de-los-medicos>> [Consulta: 2/11/2023].

que implica un mínimo bienestar, pero que no permite igualar bienestar y salud. Estar sano es un bien útil, un medio necesario para vivir la vida humana, que varía de persona a persona. Y acabamos de ver cómo la indicación preventiva del médico consigue dificultar la vida del paciente (o del resto de la población) por los efectos secundarios de lo que receta, justo lo contrario de lo que debería ser. Al final, en este planteamiento “científico” existe cierta indiferencia por el paciente: yo le doy los medios para funcionar (no hay tal, por los errores mencionados, no pocos), usted luego, con su vida haga lo que quiera. Ahora bien, estos consejos y prescripciones son generalmente admitidos, y los pacientes los encuentran justificados, por tratarse de algo “fundamentado científicamente”. Y la vitola actual de la ciencia como sabelotodo hace pensar que son razonables.

7. Estilo de vida

Hemos partido de dos ejemplos distintos de aplicación del hincapié en la reducción relativa del riesgo. Uno de naturaleza “científica”, por decirlo de alguna manera, y otro que podríamos considerar derivado del “estilo de vida”, por emplear una frase sencilla. Se trata ahora de glosar este segundo motivo.

El actual Código de Deontología Médica³², en su artículo 62, prescribe taxativamente que “En materia de sexualidad y reproducción, el médico no debe interferir desde su ideología en la conciencia de las personas”. Cualquier idea sobre el modo adecuado de vivir la sexualidad es tachada, sin más, de ideología. La racionalidad queda reservada para los aspectos físicos y científicos, que se explicitan a continuación: “Debe intervenir informando lealmente, o recomendando aquellas prácticas o medidas que redunden en un beneficio para ellas o para su futura descendencia”³³.

32 Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. *Código de Deontología Médica. Guía de Ética Médica*. Madrid: Organización Médica Colegial Española, 2022. 162 pp. Disponible en línea: <<https://www.cgcom.es/sites/main/files/minisite/static/a8774a7d-9930-469e-8753-eb9e51d29318/codigodeontologia/2/index.html>> [Consulta: 18/10/2023].

33 Siguen algunas prescripciones más bien legales: “Está obligado, si se solicita, a informar acerca de todas las prestaciones a las que tengan derecho en materia de procreación, embarazo, parto,

Tras leer este texto, se plantea una duda: ¿qué es beneficio de las pacientes en este contexto? Dado que un contraceptivo no trata ni previene ninguna enfermedad, no estamos hablando de un beneficio de salud, como en el apartado anterior. Es simplemente que esas pacientes desean mantener relaciones sexuales, pero evitando la descendencia. De modo sencillo: beneficio es lo que la paciente desea.

Esto encaja perfectamente con el significado más coherente de los principios de la bioética de la Beauchamp y Childress, bien conocidos: beneficencia es proporcionar al paciente lo que él desea “autónomamente”³⁴. Es el planteamiento ilustrado de la sociedad: una unión por mera conveniencia de individuos *per se* asociales, en que el nexo de unión se limita al intercambio de bienes y servicios. Sus reglas, dentro del ámbito biomédico, son los principios de la bioética.

El médico, según este planteamiento, queda reducido a un mero técnico. Posee una técnica que puede ser deseable, y debe proporcionarla a quien la solicita, sin entrar en cuestiones “ideológicas”. Con lo que terminamos encontrándonos con algo muy parecido a la conclusión del apartado anterior. En él, el bien quedaba definido por motivos científicos que apuntan, en último término, a que el cuerpo funcione. Pero lo que haga el paciente con su vida no forma parte del proceso de decisión que lleva a la indicación de un medicamento preventivo. En el caso actual, el modo de vivir de la paciente tampoco entra en el proceso de indicación del contraceptivo, que está regido, no por datos científicos, sino por su voluntad. En ambas situaciones, la práctica de la medicina queda reducida a una mera actuación técnica.

puerperio e interrupción voluntaria del embarazo”. Aquí no cabría argumentar sobre riesgos para la salud contrastados científicamente para que el médico se muestre reticente al aborto, la contracepción, etc.: el código considera que esa actitud es ideología. Y, en todo caso, hablar de riesgos en el contexto de la contracepción es algo que la mujer puede asumir, dado que el aumento absoluto de riesgo no es grande, como ya vimos anteriormente.

34 La argumentación que permite llegar a esta conclusión se puede encontrar en Pardo, A. “La ambigüedad de los principios de la bioética”. *Cuadernos de Bioética*. 2010; 21(1): 39-48. Disponible en línea: <<http://aebioetica.org/revistas/2010/21/1/71/39.pdf>> [Consulta: 15/11/2022]. Ponemos las comillas a la palabra autónomamente porque la pretensión de que podemos tomar decisiones genuinamente autónomas se demuestra persistentemente ilusoria.

8. Salud y amistad terapéutica

Se ha alegado, con motivo, que la atención clínica clásica, que partía de una relación de tú a tú del médico con el paciente, hoy es poco viable. En efecto, el contexto de cadena de médicos, desde la atención primaria hasta el especialista, la complejidad de la atención hospitalaria, y la multitud de personas que interviene en la atención a un solo paciente hace muy difícil esa relación clásica de tú a tú³⁵. Ésta queda reducida a una conexión, muchas veces bastante anónima, con el sistema sanitario.

Sin embargo, si examinamos la situación con cierto detalle, vemos que esto no es tan radical: siempre, en este sistema complejo, con muchos intervinientes, el paciente encuentra momentos de auténtico diálogo, unas veces con su médico de familia, otras veces con el especialista o los especialistas que atienden sus problemas concretos, cuyas consultas se repiten en el tiempo. Con ellos, se vuelve a abrir el panorama clásico: el médico, un hombre bueno experto en cuidar³⁶, dialoga con el enfermo para conducirlo hacia la salud; aunque hoy no toma la forma del médico único que atiende al paciente, sino que se ha fraccionado en diversos dialogantes³⁷.

Vimos anteriormente que la salud consiste en estar en condiciones de desarrollar las actividades de la vida humana, que van desde las cuestiones orgánicas más básicas, pasando por las lúdicas, familiares, laborales, hasta las intelectuales más elevadas. De hecho, los enfermos piden la ayuda del médico cuando no pueden desarrollar esas actividades diarias por problemas físicos o psíquicos³⁸. El diálogo con el paciente es vital para conocer

dichas actividades y, sobre todo, para poder entender el grado de importancia que el enfermo atribuye a cada una. Sólo así estará el médico en condiciones de adaptar su esfuerzo terapéutico de modo que sea verdadera ayuda a la vida del paciente. Porque la atención sanitaria debe tener siempre ese objetivo. Otros planteamientos más organicistas de la salud pueden, con mucha facilidad, dejar el problema principal del paciente sin tocar, como ya vimos.

9. El bien del paciente

El médico, por compromiso vocacional, intenta desarrollar dicha ayuda del mejor modo posible. Intentará aconsejar al paciente lo mejor. Y aquí empiezan los problemas: ¿qué es “lo mejor”?

Lo mejor no es lo técnicamente más avanzado o más eficaz, por mencionar ideas que se vienen enseguida a la cabeza. Esta idea coincide con la visión ilustrada que nos impregna y que termina afectando de raíz a la atención sanitaria: el médico es sólo un técnico que ofrece sus servicios, y es el paciente quien pone los fines de dicha intervención, o presta su aquiescencia a alguna propuesta del médico mediante el consentimiento informado³⁹. Pero el médico no sería quién para influir en su toma de decisión.

cante. Es una idea que se encuentra desde hace años en Pellegrino. Cf. Pellegrino, ED. “Toward reconstruction of medical morality”. *American Journal of Bioethics*. 2006; 6(2): 65-71. Y también Pellegrino ED, Thomasma DC. *A Philosophical Basis of Medical Practice. Toward a Philosophy and Ethic of the Healing Professions*. New York: Oxford University Press, 1981. 341 pp. Un artículo mío, algo más desarrollado que el de Pellegrino, también parte de esta idea para conseguir una visión conjunta de la ética de la actividad médica: Pardo A. “La ética en la Medicina”. *Persona y bioética*. 2011; 15(2): 166-183. Disponible en línea: < <https://personaybioetica.unisabana.edu.co/index.php/personaybioetica/article/view/2158> > [Consulta: 18/7/2024].

39 Una consecuencia perversa, muy real, de este planteamiento ya fue denunciada por Marcia Angell en 2007: Angell, M. [Publicación en línea] “Longing for days when doctors still advised”. *The Boston Globe digital*, 5 de marzo de 2007. <http://archive.boston.com/news/globe/editorial_opinion/oped/articles/2007/03/05/longing_for_days_when_doctors_still_advised/> [Consulta: 22/8/2023]. Se puede encontrar una versión resumida traducida al castellano en Angell, M. [Publicación en línea] “Del paternalismo al abandono del paciente (o sobre la perversion del consentimiento informado)”. *Bioética y Derecho Sanitario*, 6 de marzo de 2007. <<http://bioetica-yderechosanitario.blogspot.com/2007/03/del-paternalismo-al-abandono-del.html>> [Consulta: 22/8/2023]. En este artículo de opinión, esta profesora de la Facultad de Medicina de la Universidad de Harvard y ex directora del *New England Journal of Medicine* explica cómo es muy difícil conseguir hoy que un médico estadounidense dé al paciente su opinión sobre qué haría en su caso; sólo ofrece un menú. El paciente, que decida lo que quiera.

35 Herranz, G. [Publicación en línea] “Instituciones sanitarias y médicos: tensiones éticas”. <<https://www.unav.edu/web/unidad-de-humanidades-y-etica-medica/material-de-bioetica/conferencias-sobre-etica-medica-de-gonzalo-herranz/instituciones-sanitarias-y-medicos-tensiones-eticas>> [Consulta: 23/10/2023].

36 Es la definición clásica, *vir bonus medendi peritus*.

37 De ahí la insistencia de Herranz en que, en un equipo médico, debe haber un médico concreto que presente al paciente las cuestiones y que hable con él sobre lo que se ve y se decide en el equipo, de modo que se establezca este diálogo, imprescindible en la práctica. Cf. capítulo 3, artículo 13 de Herranz, G. *Comentarios al código de ética y deontología médica*, EUNSA, Pamplona, 1992. Disponible también en <<https://www.unav.edu/web/unidad-de-humanidades-y-etica-medica/material-de-bioetica/comentarios-al-codigo-de-etica-y-deontologia-medica/capitulo-3>> [Consulta: 23/10/2023]. Esto, además, es una exigencia de la ley española de sanidad.

38 La idea de partir del concepto de salud, y de la naturaleza de la actividad médica dirigida a recuperarla, permite ver las exigencias éticas de la actividad médica desde una perspectiva abar-

En realidad, la respuesta a qué es “lo mejor” sólo se puede encontrar cuando se concibe la relación con el paciente como un encuentro entre personas. El enfermo refiere sus cuitas y el médico intenta hacerse cargo de ellas para ponerles remedio, si está en su mano, aconsejando lo que piensa más adecuado⁴⁰. Ahora bien, “lo más adecuado” en este caso no es “lo más adecuado técnicamente” para resolver el problema de salud (“orgánica”). Es “lo más adecuado” en sentido global. El médico es una persona que intenta ayudar a otra persona. Precisa hacerse cargo del vivir de la persona ayudada para ver cuál es su problema. Y, según de lo que se trate, propondrá un consejo u otro. Estos consejos pueden referirse a cuestiones técnicas (“sus dolores se solventarán operándose de vesícula”, por ejemplo) o a cuestiones humanas de la vida del paciente (“sus dolores de cabeza se aliviarían si usted no intentara controlar su entorno para aliviar su ansiedad; esto no es cuestión de una pastilla sino de un cambio de actitud ante las cosas”, por ejemplo).

Como puede inferirse con facilidad, este consejo sanitario es paralelo al que aparece espontáneamente en las relaciones sociales. En ellas, existen cuestiones técnicas y los consejos técnicos correspondientes (“—¿Cómo se monta un tensor de cadena en una bicicleta de piñón fijo? —Mira, lo tienes explicado en este vídeo de YouTube. Pero te puedo ayudar a hacerlo si no lo entiendes.”). Pero también aparecen cuestiones humanas y consejos sobre la vida (“No te agobies, todos hemos tenido hijos adolescentes. No intentes controlarlo, sólo conseguirás hacerte antipático. Déjalo estar por ahora, ya acudirá a pedirte consejo si no es tonto.”). Estos últimos no se limitan a aportar una ayuda técnica, sino que parten de un juicio sobre el modo de vivir del otro y aportan un consejo para cambiar esa manera vivir.

Hoy, la mentalidad de liberación radical hace que, en bastantes casos, el consejo de tipo humano sea visto como una intromisión inaceptable en la vida personal. Sólo sería admisible la ayuda de tipo técnico o material; los fines y organización de la vida personal serían asunto privado. Pero un mundo sin esta interacción real entre

personas con influencias mutuas, en que cada uno establece sus propios fines, de modo presuntamente autónomo, es una utopía. Que, además, es profundamente deshumanizadora.

10. Los fines de la vida

Pero debemos profundizar más en los consejos sanitarios. Hemos mencionado que pueden ser de tipo “técnico” y de tipo “humano”. Sin embargo, realmente ambos tienen siempre un trasfondo de consejo sobre los aspectos humanos de la vida del paciente. En algunos casos, esto se percibe con facilidad, aunque en otros se encuentran entreveradas cuestiones técnicas que pueden hacer pensar que el consejo se refiere solamente a un aspecto técnico, pero no contiene una precisión sobre la necesidad de cambiar de vida, cuando en realidad sí la contiene. “Debería usted hacer ejercicio” —dentro de que así formulado no significa casi nada— es visto como algo saludable (orgánicamente saludable), pero sin relación estricta con el modo de vivir, cuando, en realidad, apunta también a fomentar hábitos morales, como desechar la pereza de iniciar la actividad física o fomentar la fortaleza y paciencia necesarias para llevar una vida más activa⁴¹.

Además, cuando el médico aporta un consejo que se puede rotular sobre todo de “técnico”, está apuntando a una ayuda a un problema orgánico que repercutirá en un vivir del paciente más pleno, que le dará más facilidad para el desarrollo de vida diaria; en suma, se trata de una ayuda humana a su vida cotidiana. Recordemos: salud es poder vivir, desarrollar las actividades habituales.

Cuando aporta un consejo que se podría rotular de “humano”, la correlación con el vivir del paciente es más clara: está apuntando directamente al motor de esas actividades diarias, aportando una idea que puede convertirlas en más adecuadas para la persona, que puede ver así enriquecida su vida⁴².

41 Lo que no quita que, en este ejemplo, y en otros similares, existan multitud de factores orgánicos o psicológicos. Así, si este consejo se dirigía a combatir la obesidad, ésta no es un mero problema de falta de fuerza de voluntad, aunque puede incluirla.

42 Esto no implica que el médico sea simultáneamente un consejero espiritual; el tema merece muchas matizaciones, que expresa muy bien Herranz. Cf. artículos 8.1 y 8.2 de Herranz, G. *Comentarios...*, op. cit.

40 Siempre dentro de que las intervenciones que decidan entre médico y paciente deben ser eficaces y estar en sintonía con los conocimientos científicos asentados.

Existe un aspecto de la ética que, aunque clásico, no se considera muchas veces: el motor de las acciones viene dado por los fines. Estos tienen diversa profundidad: puedo estudiar para aprender algo (un fin más inmediato), pero también lo hago para ser más culto (un fin más amplio y lejano), para ayudar mejor a mis pacientes (también entraría en esa categoría) y, en el fondo, para alcanzar una vida humana plena⁴³ (esto sería el fin último, que llamamos felicidad), o lo que yo, tras la adecuada reflexión, considero que lo es⁴⁴.

La filosofía ha identificado acertadamente este fin último con la felicidad desde la antigüedad pagana. En la reflexión occidental cristiana se ha continuado con esta idea, pero asumiendo que dicha felicidad completa se da por la redención; pasa a ser la bienaventuranza eterna⁴⁵, aunque el planteamiento de fondo es el mismo: debe haber un fin al que apunta la vida humana, que no depende de otros fines ulteriores.

Esta consideración del fin de la vida contrasta radicalmente con el planteamiento ilustrado actual, que pretende que no existe un fin único al que deba apuntar en último término el ser humano en sus acciones, sino que cada cual se debe plantear lo que quiere, sin ningu-

na cortapisa de ideas preconcebidas⁴⁶. Dejando aparte lo titánico de la empresa de diseñar la propia vida partiendo de cero⁴⁷, al final esas vidas "autodiseñadas" se revelan pasmosamente vulgares. Terminan adscribiéndose a vivir una vida placentera⁴⁸.

Por otra parte, si no existe un fin último, que incluye una vida virtuosa por la que debemos luchar, se da un vacío de sentido de la vida. Esto se manifiesta en muchas conductas contemporáneas bien conocidas, como las alarmantes cifras de suicidio en nuestro "Mundo feliz" o los fines de semana de borrachera sistemática en algunos países nórdicos entre jornadas de trabajo. Trabajo que es visto como una losa que no se puede evitar. John Locke, uno de los introductores del pensamiento ilustrado en la sociedad, se da cuenta de esta consecuencia, que hoy llamaríamos vacío existencial, y que intenta solventar con la posesión de bienes; Strauss resume la postura de Locke diciendo que "la vida es la triste búsqueda de la alegría"⁴⁹.

11. Los consejos médicos

En el acto médico, a la vez que damos un consejo técnico, estamos indicando al paciente, de modo más o menos directo, un modo de plantearse el fin de su vida. Cuál es el bien y la felicidad. Es absolutamente inevitable esta "contaminación" de cuestiones "ideológicas".

43 Aristóteles. "Ética a Nicómaco". En: *Aristóteles. Obras*. Aguilar, Madrid, 1977, p. 1172. (Libro I, capítulo 2º, BK 1094a-b): "Si es verdad que existe algún fin de nuestros actos que nosotros queremos por sí mismo, mientras que los demás fines no los buscamos más que orden a este mismo fin, si también es verdad que no en todas las circunstancias nos determinamos a obrar subiendo de un fin particular a otro –pues procederíamos hasta el infinito y nuestras tendencias se vaciarían de su contenido y quedarían sin efectividad–, es evidente que este último fin puede ser el bien e incluso el bien supremo". Aquí se limita a mostrar que debe haber un fin último, cuya naturaleza necesita muchas más precisiones: la felicidad es una actividad (cf. Libro X, capítulo 6) que se desarrolla conforme a la virtud y a la sabiduría (cf. id, capítulos 7 y 8).

44 Aristóteles recoge la variedad de ideas sobre la felicidad, muy influidas por las circunstancias de cada persona: "Acerca de la naturaleza misma de la felicidad no hay inteligencia ni unanimidad entre los sabios y la multitud. Unos creen que es un bien evidente y visible, como, por ejemplo, el placer, la riqueza, los honores; para otros es distinta la respuesta a esta cuestión; y aun a menudo varía en el mismo individuo; por ejemplo, cuando está enfermo, da sus preferencias a la salud; si es pobre, las da a la riqueza. Los que tienen conciencia de su ignorancia escuchan con admiración a los que hablan bien sobre sus pretensiones; algunos, por el contrario, creen que, por encima de todos estos bienes, hay otro que existe por sí mismo y que es la causa de todos los demás". Aristóteles, *op. cit.*, p. 1173 (Libro I, capítulo 4º, BK 1095a).

45 Cf. Tomás de Aquino. *Suma de teología*, Biblioteca de Autores Cristianos, Madrid, 1989, pp. 37-89. (Iª-IIª, qq. 1-5).

46 La existencia de un fin último común no significa que todos los seres humanos debamos tener los mismos fines personales intermedios: la variedad de caminos que lleva a la felicidad es inacabable. Pero, en todos los casos, como condición necesaria para la felicidad, deben implicar la actividad conforme a la virtud y a la sabiduría, que es el común denominador de todos esos caminos aparentemente dispares. Cf. nota 43.

47 Aparte del serio problema humano subyacente, siempre me han provocado cierta hilaridad todos los movimientos contra corriente, que intentan ser rompedores con lo establecido, pretendiendo una novedad radical de vida. Al final, terminan siendo profundamente uniformadores, además de dependientes del planteamiento al que se quieren oponer.

48 "La mayoría y la gente más burda ponen la felicidad en el placer": Aristóteles, *op. cit.*, p. 1174 (Ética a Nicómaco, Libro I, capítulo 5º, BK 1095b).

49 Al final del capítulo sobre Locke, Leo Strauss resume su salida hedonista y economicista: "The painful relief of pain culminates not so much in the greatest pleasures as «in the having those things which produce the greatest pleasures». Life is the joyless quest for joy" ("El doloroso alivio del dolor culmina no tanto en los mayores placeres como «en tener aquellas cosas que producen los mayores placeres». La vida es la triste búsqueda de la alegría"). Strauss, L. *Natural Right and History*, University of Chicago Press, Chicago, 1953, 251. La traducción es nuestra.

La discusión sobre las estatinas exagerando su efecto al expresar su variación en cifras relativas en vez de absolutas es, a este respecto, exactamente igual a la exageración de los cánceres de mama mencionando cambios relativos y no absolutos. Y las discusiones en estos ámbitos, dejando aparte las mentiras de los laboratorios por intereses económicos⁵⁰ son, en el fondo, discusiones sobre la felicidad humana y cómo alcanzarla.

Muchas veces asombra lo agresivas que pueden ser algunas reacciones a los comentarios que hemos denominado “de tipo humano”. No hay más que ver cómo se discute sobre el aborto. O las reacciones de algunas personas cuando se pone en tela de juicio algo relativo a “estilos de vida”, como la vida sexual (quizá lo más fácil de encontrar, por hacer acto de presencia con el uso de la contracepción), u otras cuestiones que tocan vicios personales (pereza, avaricia, etc., aunque para incidir en esto en una conversación hay que conocer más a fondo a las personas).

En ese ámbito, no caben argumentos desapasionados, pues la propia vida de quienes discuten está implicada en ellos. A no ser que se haga renuncia a la racionalidad de modo que se establezca una indiferencia hacia todas las opiniones sobre la vida buena, rasgo deshumanizador muy típico de la sociedad actual. Pero, si queremos que la medicina siga siendo atención a las personas, no nos pueden ser indiferentes sus fines vitales, que serán, desde nuestro punto de vista, aceptables o rechazables, pero siempre dignos de diálogo para poder aportar nuestra mejor ayuda⁵¹. Y esto, bien mirado, es igualmente cierto con respecto a los consejos “técnicos” que, aunque no suelen desatar pasiones del mismo modo, también implican en mayor o menor medida la vida personal del paciente, muchas veces olvidada por arte de la fisiopatología.

Desechar de la atención médica el diálogo sobre los fines de la vida o sobre “las primeras cosas” por considerarlo superfluo, o por ser potencialmente irritante para el paciente, es hacerle un flaco servicio. Necesitamos la ayuda y los consejos de los demás para poder llegar a la

madurez humana⁵². Esta madurez implica un desarrollo adecuado de la virtud⁵³, lo único que garantiza la felicidad.

El desarrollo de la virtud exige, entre otras cuestiones, la interacción con los consejos y la influencia de otras personas. Estas relaciones sociales, que tienen como telón de fondo la benevolencia mutua⁵⁴, no son necesariamente positivas con respecto a dicha meta. Vivimos inmersos en una telaraña de interacciones personales que influyen de modo muy variable en nuestra vida, en ocasiones para bien y en ocasiones para mal. Como la experiencia indica, hay sociedades en las que esta influencia mutua apoya mejor el avance en la virtud que otras; las hay que incluso pueden calificarse de corrompedoras. No se puede pretender, por tanto, que la interacción mutua en sociedad produzca automáticamente el buen resultado del correcto desarrollo personal. Pero sin estas relaciones que tocan realmente el núcleo de la persona y sus planteamientos vitales más profundos, es imposible aproximarse a la perfección personal antedicha. No podemos prescindir de la comunicación y los consejos de los demás sobre lo que parece más adecuado, o sea, consejos “humanos”. No hay felicidad plena en un mundo individualista⁵⁵.

No hablamos sólo de consejos del médico al paciente. También caben los consejos del paciente al médico. Aunque su relación no sea equilibrada (el médico se encuentra necesariamente en una posición dominante), la comu-

52 Hoy escasa, aunque muchas veces se opine que abunde, pues se confunde con poseer conocimientos técnicos para poder desarrollar un trabajo. En realidad, hoy es muy frecuente en los adultos jóvenes la inmadurez de no dar importancia debida a los valores más elevados; muchas veces no han abandonado la casa de sus padres y su horizonte vital no tiene la perspectiva de servicio que debe aportar una persona de criterio.

53 Cf. nota 43, entre otros muchos textos clásicos posibles.

54 Jaliff, A. *La amistad como vínculo político en Aristóteles*, Tesis doctoral, Pamplona, 1996. Excerpta en Jaliff Zeligueta, A. “La amistad como comunicación personal y consenso político en Aristóteles”. *Cuadernos de Filosofía. Excerpta e dissertationibus in philosophia*. 1999; 9: 179-267. Disponible en <<https://dadun.unav.edu/handle/10171/9704>> [Consulta: 15/11/2023].

55 “El justo necesita personas en que poder manifestar su sentido de la justicia; lo mismo hay que decir del hombre sobrio y del valiente y de todos los demás representantes de las virtudes morales; pero el sabio, aun abandonado a sí solo, puede aún entregarse a la contemplación, y cuanto mayor es su sabiduría, más se consagra a ella. Sin duda lo haría todavía de una manera muy superior, si pudiera asociar a otras personas a su contemplación”. Aristóteles, *op. cit.*, p. 1304 (Ética a Nicómaco, Libro X, capítulo 7, BK 1177a).

50 Cf. nota 21.

51 Quizá más importante todavía en psiquiatría. Cf. Frankl, VE. *El hombre en busca de sentido*, Herder, Barcelona, 2022.

nicación es siempre bidireccional, porque el paciente no sólo habla para expresar una queja de salud. Es algo que los médicos prepotentes deberían tener en cuenta, prestando más oído a lo que les dicen los pacientes.

En el contexto sanitario, los consejos que se reciben son tan dispares como en las relaciones sociales. Así, en el caso de la atención a una embarazada con problemas económicos, laborales o familiares, podemos encontrar propuestas opuestas. En unos casos, el profesional sanitario apunta a la práctica del aborto como solución. En otros, a proporcionar ayuda para dichos problemas, evitando a la futura madre el trauma por la pérdida de su hijo, y la culpabilidad adjunta. ¿Por qué esos contrastes? Porque cada persona tiene unos fines en su vida, y aconseja de modo acorde a ellos. Según como vivan su vida personal, orientarán a sus pacientes.

12. Mundo ideal y mundo real

Las reflexiones filosóficas sobre la conducta humana que hemos visto pueden parecer irreales y descarnadas muchas veces. Parece describirse un mundo inexistente e inalcanzable, sobre el que no merece la pena detenerse excesivamente. La vida real está hecha de otras actuaciones humanas, muy lejanas a dichas reflexiones. Según muchos, habría que partir de ese mundo “duro” y “crudo” para intentar establecer cómo comportarnos en él. Los “idealismos” pintarían ahí muy poco.

Efectivamente, para lidiar con un mundo nada ideal es menester plantearse cuestiones muy pragmáticas que llevan a que las personas se comporten de un modo más civilizado⁵⁶. Pero esto significa que, al observar esas conductas “poco civilizadas”, que no conducen al bien o a la virtud, estamos juzgándolas como realmente negativas.

⁵⁶ “Para la vida entera en general tenemos necesidad de leyes. La multitud, en efecto, obedece a la necesidad más que a la razón, y a los castigos más que al honor. [...] Los que desobedecen y se manifiestan rebeldes por naturaleza a la virtud deben ser castigados. [...] El malo, que no persigue más que su placer, será tratado y castigado como una bestia más. Por la misma razón, las penas infligidas deben ser las que más se oponen a los placeres que tanto ama el culpable”. Aristóteles, *op. cit.*, p. 1308 (Ética a Nicómaco, Libro X, capítulo 9, BK 1179b). Está obviamente casi ausente el componente cristiano de rehabilitación por la penalidad, aunque un poco antes se sugiere la reeducación en la virtud: “Trabajar el alma del oyente para hacerle concebir sentimientos de alegría y de aversión, igual que se revuelve la tierra que debe alimentar las semillas”: Aristóteles, *op. cit.*, p. 1307.

Esto lo podemos hacer sólo cotejándolas interiormente con un baremo ideal, no escrito, que todos alcanzamos por medio de la reflexión y la conciencia⁵⁷. Sin claridad en ese baremo, las medidas pragmáticas no serían posibles, pues no podríamos saber hacia dónde deberíamos dirigir las.

Como se puede deducir de aquí, la teoría, o la versión ideal, como queramos denominarla, es fundamental para poder regular la vida práctica y elaborar las normativas necesarias para poner orden y rectitud en ella. Es mirar la naturaleza de las cosas, para intentar ajustarse a ella cuando la conducta real de los hombres se aparta de lo que los hombres rectos descubren que debería ser. No es una utopía, es la regla a la que debemos ajustarnos, aunque pocas veces la alcancemos plenamente debido a la debilidad o a la malicia del ser humano. Si se prescinde de esa idea “teórica”, no hay una meta a la que apuntar para intentar ser felices.

Cada persona tiene una visión personal de la vida buena. La visión perfecta de ese ideal no está a nuestro alcance, pues está matizada por los hábitos personales, distintos para cada cual. Pero, por incompleta o defectuosa que sea, nadie puede prescindir mentalmente de ella. La visión presuntamente “objetiva”, sin contaminación por las ideas personales, es un planteamiento actual muy típico, pero es inviable: al final, el ser humano es una unidad, y termina actuando y hablando según sus hábitos.

13. Consejos sobre el fin

De lo dicho se deduce que, en la atención médica, no sólo planteamos consejos técnicos, sino también consejos que atañen a replantearse el fin de la vida, a veces de modo directo, otras veces de modo indirecto, incluidos dentro de una indicación aparentemente sólo técnica. Esto es inexorable, no se puede esquivar. La práctica de la medicina indiferente a la persona, que sólo aporta tecnología, es irreal e imposible. Nuestra respuesta a la pregunta “Doctor, ¿qué haría usted en mi caso?” está

⁵⁷ Esta es una idea muy clásica en ética: ¿cómo podemos llamar injusta una conducta que no está tipificada como tal por la ley? Porque la justicia (ideal) no es sólo algo legal, sino que la percibimos en nuestro contacto con la realidad, y podemos juzgar la realidad a partir de ella.

siempre impregnada de nuestra visión de la salud y la felicidad, por mucho que intentemos meternos en la persona del paciente para ajustarnos lo mejor posible a su modo de ver el mundo.

Pero, si el diálogo con el paciente versa, de un modo u otro, sobre la felicidad y el fin de la vida, sobre lo más fundamental para orientarla, entonces las cuestiones de fondo deben hacer acto de presencia.

En este contexto, el recurso a la argumentación científica, hablar de los riesgos que tiene para la salud una determinada conducta, sea de tipo técnico (como el colesterol alto) o de tipo humano (como la cuestión de la contracepción), oculta al paciente, y puede que también a nosotros mismos, el concepto de salud o de vida buena que estamos aconsejando en el fondo. En el primer caso, pensamos en salud como integridad orgánica, pero ¿con las estatinas hacemos bien a los pacientes desde el punto de vista de mejorar su vivir? (por seguir con este ejemplo, uno posible entre muchos). En el segundo caso, como es un estilo de vida personal, el prurito actual nos lleva a no entrar en materia; si acaso, mencionamos el riesgo aumentado de cáncer de mama y abandonamos a la consultora a su albur. En ambas situaciones, la objetividad de las cifras relativas de variación riesgo nos lleva a defraudar la confianza del paciente, que se ve llevado hacia una versión concreta de la atención que precisa sin haber tratado propiamente sobre ella.

Además, si se puede y se debe dialogar sobre las cuestiones vitales de fondo, la aparición de lo religioso en la atención médica es posible, necesario (sobre todo en ciertos contextos), y en general muy útil (sobre todo desde el punto de vista psicológico). El diálogo humano es un intercambio de ideas que busca la cooperación para conseguir aproximar a los demás a lo que consideramos lo mejor para ellos, el fin pleno que es la felicidad. Pero esto, planteado por un médico cristiano⁵⁸,

58 Probablemente no se pueda aplicar este razonamiento a médicos de cualquier religión, pues no todas se encuentran en un marco de consecución de la felicidad. Así, hay planteamientos religiosos negativos que se limitan a intentar evitar el sufrimiento, de meras prácticas que crean una cohesión social, de sometimiento temeroso a un poder superior irracional, etc. Sólo el planteamiento judeo-cristiano parece contener potencia humana y racionalidad suficientes como para descubrir un ámbito real de felicidad.

implica mostrar al otro lo buena que es la vida cristiana, no sólo después de la muerte, sino también ahora⁵⁹.

Evidentemente este diálogo sobre cuestiones de orientación vital requiere un contexto adecuado para no provocar repulsa antes de entrar en materia. En el desarrollo del acto médico, esta conversación no se puede poner en marcha sin que haya habido cierto tiempo de trato. Pero esto no implica que no deba aparecer. Así, reducir el diálogo sobre los contraceptivos a los “riesgos para la salud”, que es escuchado y no causa rechazo fácilmente (se oye como “bueno, es lo que hay”), es una manera de evitarse un potencial mal rato (que no tiene por qué darse). Pero implica desconectar la relación médico-enfermo de su base, una relación humana en la que se comunican ideas. Y entre ellas está la versión de la vida buena⁶⁰.

El caso del diálogo con la paciente que solicita contracepción hormonal permite ver con nuevas luces la argumentación sobre el aumento de riesgo de cáncer de mama (que, como vimos, es pequeño y asumible). El tema clave aquí es el diálogo sobre el modo de vivir la sexualidad y su conexión con la felicidad humana. Esto es una cuestión de mucho más calado que el riesgo de enfermedad futura. Con el argumento epidemiológico este punto clave no se toca ni por asomo. Esto no impide que, en el diálogo sobre el punto crucial, puedan aparecer cuestiones más o menos técnicas o de oportunidad y circunstancias, como la objeción de conciencia (de poca entidad en este caso) o de conciencia (que se daría sólo tras un ultimátum de la paciente), la existencia del contexto de comunicación personal, el modo de comunicar respetuoso, etc.⁶¹

Limitarse a hacer indicaciones médicas sin el diálogo que nos permita conocer la vida del paciente (que intentamos fomentar) es lo que Platón describía como

59 Es desgraciadamente muy frecuente la idea de que la vida cristiana sólo logra la felicidad tras la muerte. No es así. Véase una muestra significativa: “Y serás feliz aquí y felicísimo luego, en la Vida”. Escrivá de Balaguer, J. *Camino*, Madrid, 2022. Disponible en <https://escriva.org/es/camino/255/> [Consulta: 20/11/2023]. Cf. Mt. 19,39.

60 En toda esta argumentación sólo hemos tocado las consecuencias de la contracepción relativas al modo de vivir la sexualidad. Hay otras, más serias, como el efecto antiimplantatorio, abortivo precoz, de estos productos.

61 Cf. como primera aproximación lo que menciona a propósito de esto el Dr. Herranz, nota 42.

medicina de esclavos: la que, sin diálogo, practicaban los esclavos de los médicos con sus compañeros de esclavitud, simplemente por imitación empírica de lo que veían prescribir a sus amos, pero sin conocimiento suficiente del arte médico ni del enfermo⁶². Ese modo de actuar sería descrito hoy como paternalismo, aunque esta denominación es un desacierto, pues un padre se preocupa por sus hijos teniendo en cuenta sus peculiaridades individuales, con lo que un sano paternalismo incluye el diálogo personal. Este término se ha convertido casi en un mantra para descalificar un consejo que no agrada. Propiamente, la conducta no dialogante del médico se debería calificar de prepotencia⁶³ o de abuso de la confianza del paciente.

14. Resumen conclusivo

El consejo de tomar estatinas y el de dejar de tomar contraceptivos, presionando al paciente subliminalmente mediante el argumento del aumento relativo de riesgo en vez de absoluto, no hace justicia a la naturaleza de la relación médico-paciente. En el primer caso, es una manera de subrayar que lo bueno, lo mejor, es que el organismo funcione bien (según parámetros que nos parecerán ridículos dentro de una generación) para vivir como se quiera; en el segundo, es un intento de que la paciente viva la castidad, olvidando que la virtud nace de dentro de la persona y no consiste en la mera conducta externa. Puede que esos datos sean propedéuticos de un diálogo más profundo, y esto no es nada desdeñable, pero, sin este diálogo, argumentar con los datos “científicos” es marrullería.

Ambos son una manifiesta falta de honradez con los pacientes, pues se les intenta llevar por un camino sin que haya habido una comunicación personal que sugiera racionalmente que dicha conducta es la más adecuada.

En el primer caso, además, suele darse un penoso déficit de conocimiento de las cuestiones fisiopatológicas y farmacológicas de las que se está hablando, de modo que las normativas y guías profesionales ocupan el primer plano, mientras que el paciente y sus problemas de salud reales pasan inadvertidos⁶⁴. Deberíamos preocuparnos ante todo por el vivir del paciente, no por su análisis del colesterol (por ejemplo) que, en comparación, es muy irrelevante, como hemos visto.

En el segundo caso también se da un eclipse del paciente: parece que interesa su conducta cuando lo que realmente nos debe importar es su persona y su felicidad. Hacerle un comentario que apunte a lo nuclear puede causar indignación por tocarle la fibra ética, pues le recuerda un asunto que ya ha llamado a su conciencia y ha sido rechazado. Pero no podemos esquivar este tipo de contacto si queremos que nuestra relación con los enfermos sea verdaderamente humana: con oportunidad, hay que tocar los motivos que llevan al paciente a obrar así.

15. Recomendaciones éticas

De todo lo antedicho cabe deducir algunas consecuencias éticas para el médico durante su actividad clínica; algunas también son aplicables al científico que trabaja en cuestiones de salud y a otros profesionales sanitarios.

- Expresar los beneficios o perjuicios de un medicamento, dieta, conducta, etc., sólo en términos relativos de cambio es profundamente desorientador, a no ser que se acompañe, de modo claro, de las cifras absolutas de cambio, aunque sean solamente aproximadas.
- Los consejos o indicaciones médicas que parten sólo de las cifras relativas de beneficio o daño corren el riesgo de estar perjudicando al pa-

62 Puede verse un resumen de esta descripción platónica en Pardo, A. “Salud y calidad de vida”. En: *Medicamentos, placebos y fraudes*. Formación Alcalá, Alcalá la Real, 2008, 31-48. Disponible en <https://www.academia.edu/36593329/Salud_y_calidad_de_vida> [Consulta: 13/11/23].

63 Debo esta interesantísima precisión a un comentario de la Dra. María Purificación de Castro, que fue directora del Comité de Ética Asistencial de la Clínica Universidad de Navarra.

64 Las discusiones sobre la inteligencia artificial en medicina tienen este problema de fondo: aunque los algoritmos consigan una aproximación diagnóstica muy correcta, basada en todos los datos orgánicos que poseemos del paciente, sin la visión de la felicidad que se obtiene en el diálogo médico-paciente, que no se puede formalizar, la atención médica queda reducida a generalidades despersonalizadas. Como sucede en los casos de atención médica descuidada y superficial mencionados antes (cf. texto y nota 62).

ciente, pues, si se trata de cambios absolutos de riesgo bajos, que se intentan prevenir de algún modo, es fácil que los efectos secundarios de dicha prevención desborden los beneficios previstos.

- Las indicaciones médicas deben darse en diálogo con el paciente, de modo que se conozca su modo de vida y el consejo pueda, realmente, estar dirigido a mejorar los problemas sanitarios en su vida cotidiana (o sea, su salud real).
- El diálogo con el paciente que aparentemente versa sobre cuestiones técnicas también alcanza su vida personal. Actuar sin dicho diálogo es más bien prepotencia y abuso del paciente, aunque no es paternalismo, propiamente hablando, pues un buen padre se ocupa de sus hijos teniendo en cuenta sus peculiaridades.
- Es obligado dialogar con el paciente sobre los pros y los contras de los tratamientos, especialmente de los que ofertan sólo prevención sin beneficio real ahora.
- El diálogo con el paciente también debe plantearse para tratar cuestiones directamente personales, con las medidas de prudencia que señala Herranz y con otras muchas que sería fácil explicitar, entre las que figura en primer lugar que exista un grado de conocimiento personal y amistad que permita este tipo de diálogo.
- Emplear argumentos técnicos para convencer en cuestiones humanas puede ser retóricamente eficaz, pero no deja de ser un modo de engañar al paciente si la conversación no termina tocando también el plano humano.
- Toda indicación médica es conjunta de médico y paciente. No se puede alcanzar sin el diálogo personal, tanto sobre las cuestiones técnicas como humanas.
- El diálogo humano, en el fondo, siempre versa sobre la felicidad. Y el diálogo médico-paciente, que origina la amistad terapéutica, no es una excepción. Caben todos los temas de la vida humana. Por ambas partes.

Referencias

- Abramson, J. [Publicación en línea] "Statins in Persons at Low Risk of Cardiovascular Disease". 2017. <<https://thennt.com/nnt/statins-persons-low-risk-cardiovascular-disease/>> [Consulta: 2/4/2024]
- Abramson, J. *Sickening: How Big Pharma Broke American Health Care and How We Can Repair It*. New York, HarperCollins Publishers, 2022.
- Amrhein V, Greenland S, McShane B. "Scientists rise up against statistical significance". *Nature*. 2019; 567: 305-307. doi: 10.1038/d41586-019-00857-9
- Andrade C. "β-Blockers and the Risk of New-Onset Depression: Meta-analysis Reassures, but the Jury Is Still Out". *Journal of Clinical Psychiatry*. 2021 Jun 1; 82(3): 21f14095. doi: 10.4088/JCP.21f14095
- Angell, M. [Publicación en línea] "Longing for days when doctors still advised". The Boston Globe digital, 5 de marzo de 2007. <http://archive.boston.com/news/globe/editorial_opinion/oped/articles/2007/03/05/longing_for_days_when_doctors_still_advised/> [Consulta: 22/8/2023]. Versión resumida en español en Angell, M. [Publicación en línea] "Del paternalismo al abandono del paciente (o sobre la perversión del consentimiento informado)". *Bioética y Derecho Sanitario*, 6 de marzo de 2007. <<http://bioeticayderechosanitario.blogspot.com/2007/03/del-paternalismo-al-abandono-del.html>> [Consulta: 22/8/2023]
- Angell, M. *The Truth about the Drug Companies: How They Deceive Us and What to Do about It*. New York, Random House, 2004.
- Anónimo. [Publicación en línea]. "El cáncer de mama en España, en gráficos". <<https://www.epdata.es/datos/cancer-mama-espana-graficos/619/espana/106>> [Consulta: 8/8/2023]
- Anónimo. [Publicación en línea]. "Los estrógenos artificiales, sospechosos de causar la epidemia de tumores de mama". <https://elpais.com/diario/1995/01/18/sociedad/790383615_850215.html> [Consulta: 2/4/2024]
- Archer, E. Lavie, CJ. Hill, JO. "The Failure to Measure Dietary Intake Engendered a Fictional Discourse on Diet-Disease Relations". *Frontiers in Nutrition*. 2018; 5: 105. doi: 10.3389/fnut.2018.00105

- Aristóteles. *Obras*, Aguilar, Madrid, 1977.
- Chang, SC. Wang, M. Beckerman, JG. Sanz, M. Gluckman, TJ. Grunkemeier, GL. "A method to estimate the mean lifetime survival increase of statin therapy". *Future Cardiology*. 2016; 12(5): 539-44. doi: 10.2217/fca-2016-0016
- Chou, R. Cantor, A. Dana, T. Wagner, J. Ahmed, A. Fu, R, Ferencik, M. US Preventive Services Task Force, et al. "Statin Use for the Primary Prevention of Cardiovascular Disease in Adults: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement". *JAMA*. 2022; 328(8): 746-753. doi: 10.1001/jama.2022.13044
- Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. *Código de Deontología Médica. Guía de Ética Médica*. Madrid: Organización Médica Colegial Española, 2022. 162.
- Diamond, DM. Ravnskov, U. "How statistical deception created the appearance that statins are safe and effective in primary and secondary prevention of cardiovascular disease". *Expert Review of Clinical Pharmacology*. 2015; 8(2 Mar): 201-10.
- Escrivá de Balaguer, J. *Camino*, Rialp, Madrid, 2022.
- Flynn, MM. Tierney, A. Itsiopoulos, C. "Is Extra Virgin Olive Oil the Critical Ingredient Driving the Health Benefits of a Mediterranean Diet? A Narrative Review". *Nutrients*. 2023; 15(13): 2916 (Jun 27). doi: 10.3390/nu15132916
- Frankl, VE. *El hombre en busca de sentido*, Herder, Barcelona, 2022.
- Gotzsche, PC. *Medicamentos que matan y crimen organizado: Cómo las grandes farmacéuticas han corrompido el sistema de salud*. Copenhagen, Institute for Scientific Freedom, 2022.
- Herranz, G. [Publicación en línea] "Instituciones sanitarias y médicos: tensiones éticas". <<https://www.unav.edu/web/unidad-de-humanidades-y-etica-medica/material-de-bioetica/conferencias-sobre-etica-medica-de-gonzalo-herranz/instituciones-sanitarias-y-medicos-tensiones-eticas>> [Consulta: 23/10/2023]
- Herranz, G. [Publicación en línea] "Los derechos humanos de los médicos". <<https://www.unav.edu/web/unidad-de-humanidades-y-etica-medica/material-de-bioetica/conferencias-sobre-etica-medica-de-gonzalo-herranz/los-derechos-humanos-de-los-medicos>> [Consulta: 2/11/2023]
- Herranz, G. *Comentarios al código de ética y deontología médica*, EUNSA, Pamplona, 1992.
- Ioannidis, JPA. "The Challenge of Reforming Nutritional Epidemiologic Research". *JAMA*. 2018; 320(10): 969-970. doi:10.1001/jama.2018.11025
- Jaliff Zeligueta, A. "La amistad como comunicación personal y consenso político en Aristóteles". *Cuadernos de Filosofía. Excerpta e dissertationibus in philosophia*. 1999; 9: 179-267. Disponible en <<https://dadun.unav.edu/handle/10171/9704>> [Consulta: 15/11/2023].
- Jaliff, A. *La amistad como vínculo político en Aristóteles*, Tesis doctoral, Pamplona, 1996.
- Kristensen, ML. Christensen, PM. Hallas, J. "The effect of statins on average survival in randomised trials, an analysis of end point postponement". *BMJ Open* 2015; 5: e007118. doi: 10.1136/bmjopen-2014-00711
- López Guzmán, J, ed. *Medicamentos, placebos y fraudes*, Formación Alcalá, Alcalá la Real, 2008.
- Millet A. [Publicación en línea]. "Un poco de sensatez entre tanta desinformación. Cáncer de mama". <<https://clinicamillet.es/blog/poco-sensatez-tanta-desinformacion/>> Julio 2017. [Consulta: 2/4/2024]
- Pardo, A. "¿Qué es la salud?" *Revista de Medicina de la Universidad de Navarra*, 1997; 41(2): 4-9. Disponible en línea: <https://www.academia.edu/7150548/Qu%C3%A9_es_la_salud> [Consulta: 8/8/2023]
- Pardo, A. "La ambigüedad de los principios de la bioética". *Cuadernos de Bioética*. 2010; 21(1): 39-48. Disponible en línea: <<http://aebioetica.org/revistas/2010/21/1/71/39.pdf>> [Consulta: 15/11/2022]
- Pardo A. "La ética en la Medicina". *Persona y bioética*. 2011; 15(2): 166-183. Disponible en línea: <<https://personaybioetica.unisabana.edu.co/index.php/personaybioetica/article/view/2158>> [Consulta: 18/7/2024].
- Pardo, A. "Salud y calidad de vida". En: *Medicamentos, placebos y fraudes*. Formación Alcalá, Alcalá la Real, 2008, 31-48. Disponible en <https://www.academia.edu/36593329/Salud_y_calidad_de_vida> [Consulta: 13/11/23].

- Patel, KK et al. "Molecular targets of statins and their potential side effects: Not all the glitter is gold". *European journal of pharmacology*. 2022; 922: 174906. doi:10.1016/j.ejphar.2022.174906
- Pellegrino, ED. "Toward reconstruction of medical morality". *American Journal of Bioethics*. 2006; 6(2): 65-71.
- Pellegrino ED, Thomasma DC. *A Philosophical Basis of Medical Practice. Toward a Philosophy and Ethic of the Healing Professions*. New York: Oxford University Press, 1981.
- Riemer TG, Villagomez Fuentes LE, Algharably EAE, et. al. "Do β -Blockers Cause Depression?: Systematic Review and Meta-Analysis of Psychiatric Adverse Events During β -Blocker Therapy". *Hypertension*. 2021 May 5; 77(5): 1539-1548. doi: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.16590,
- Rong, S. Snetselaar, LG. Xu, G, et al. "Association of Skipping Breakfast With Cardiovascular and All-Cause Mortality". *Journal of the American College of Cardiology*. 2019; 73(16): 2025-2032. doi:10.1016/j.jacc.2019.01.065
- Segarra, I. Menárguez, M. Roqué, MV. "Women's health, hormonal balance, and personal autonomy". *Frontiers in Medicine*. 2023; 10 (30 June 2023). doi: 10.3389/fmed.2023.1167504
- Sheppard, JP. Stevens, S. Stevens, R. et al. "Benefits and Harms of Antihypertensive Treatment in Low-Risk Patients with Mild Hypertension". *JAMA Internal Medicine*. 2018; 178(12): 1626-1634 (December 2018) doi:10.1001/jamainternmed.2018.4684
- Strauss, L. *Natural Right and History*, University of Chicago Press, Chicago, 1953.
- Tomás de Aquino. *Suma de teología*, Biblioteca de Autores Cristianos, Madrid, 1989.
- Whitaker, R. *Anatomía de una epidemia: medicamentos psiquiátricos y el asombroso aumento de las enfermedades mentales*. Madrid, Capitán Swing, 2015.
- Zinser-Sierra, JW. "Tabaquismo y cáncer de pulmón". *Salud pública México*. 2019; 61: 303-307. doi: 10.21149/10088

Agradecimientos:

Agradezco al profesor Luis Echarte su detallada revisión del manuscrito y sus acertadas sugerencias.

El autor declara que no tiene conflictos de intereses.



ÉTICA DE LAS EMOCIONES ANTE EL SUFRIMIENTO AJENO

ETHICS OF EMOTIONS IN THE FACE OF OTHER'S SUFFERING

MANUEL SERRANO MARTÍNEZ

Hospital Centro de Cuidados. Fundación Vianorte-Laguna. Madrid.

Calle Concejal Francisco José Jiménez Martín, 128. 28047 Madrid. mserrano@lagunacuida.org

RESUMEN:

Palabras clave:

Ética, Bioética,
Dolor, Sufrimiento,
Compasión, Cuidados
paliativos.

Recibido: 26/01/2025

Aceptado: 09/03/2025

El dolor y el sufrimiento son sensaciones físicas y psíquicas que afectan a las personas en el curso de la vida. En aquellos que contemplan el sufrimiento de otros pueden despertarse varios tipos de emociones por las que se sienten más o menos cercanos a los que sufren. Es importante examinar cuál es la emoción que les acerca al dolor de otros, porque, según sea esta, se facilita o se interrumpe la relación terapéutica e intersubjetiva de acompañamiento y ayuda. Examinamos aquí las diferentes emociones que se despiertan ante las personas sufrientes: pena, lástima, empatía, conmiseración, compasión, misericordia y trascendencia, y en las diferencias que entre ellas se establecen según sea la proximidad interpersonal.

SUMMARY:

Keywords:

Ethics, Bioethics,
Pain, Suffering,
Compassion,
Palliative care.

Pain and suffering are physical and psychological sensations that affect people throughout life. In those who witness the suffering of others, various types of emotions may arise, making them feel connected to those who are suffering with different intensity. It is important to examine which emotion brings them closer to the pain of others, because depending on which one is predominant the therapeutic and intersubjective relationship of accompaniment and help can be facilitated or interrupted. Here, we examine the different emotions that arise in the presence of suffering individuals: sorrow, pity, empathy, commiseration, compassion, and finally mercy and transcendence, and the differences among them based on interpersonal proximity.

1. Las emociones y la razón ante el dolor

Somos conscientes de lo que expresan las personas que nos rodean, y llegamos a saber o a conocer por intuición que la persona que tenemos al lado, aunque no lo manifieste con claridad, tiene sentimientos positivos o está sufriendo, y esto no nos debe dejar indiferentes. El dolor del *otro* de algún modo es nuestro también, la convivencia se resiente y la comunicación y la relación cambian si el *otro* sufre. Porque el dolor es una de las realidades sobre las que se apoya la constitución de la sociedad de los hombres y el *otro* es toda persona con la que se establece una relación, bien sea cercana, o más distante con la condición de que signifique algo para mí. Su mirada expresa su sentir, así como el tono de su voz..., y hay tantas cosas que comunican el sufrimiento con lenguaje no verbal que no podemos quedarnos al margen de quien a nuestro lado tiene una vida dañada por cualquier causa y de algún modo más o menos intenso nos vemos involucrados con aquel que sufre.

En nuestra época el dolor es rechazado de forma cultural, existe una reserva, un miedo, un deseo de expulsión del sufrimiento del panorama personal y social que la tolerancia al dolor es cada vez menor y se procura por cualquier medio alcanzar un estado de anestesia ante aquellas dificultades, obstáculos para una vida de satisfacciones, reveses de la realidad y frustraciones que es cada vez más difícil prestar una verdadera compañía al sufriente, porque al mismo tiempo, aquel que intenta consolar al *otro* puede estar invadido de ese mismo rechazo por el dolor, y a veces es incapaz de aproximarse al que sufre¹. Lévinas afirma que el amor como soporte de la relación con el *otro* nos invade y nos hiere².

No podemos precisar cuál es el mecanismo con el que se despiertan en cada uno los sentimientos propios ante el dolor ajeno. Estos se estimulan desde el sentir de los demás, pero afloran condicionados por la forma que tenemos de vivir la propia vida. No siente igual la persona escéptica que quien vive intensamente la realidad; o si se tienen ideas trascendentes o se vive con convicciones únicamente positivistas; y debe considerarse también el

momento vital en el que se encuentra aquel que observa el dolor de *otro*. La experiencia de sufrimiento propio previo y la memoria de los sentimientos que este nos produjo en su momento influirán como experiencia y vivencia previas que han dejado su huella.

2. Sentimientos

El sentimiento se transmite y se vive en común. Por eso hay manifestaciones conjuntas de protesta, alegría, desilusión, tristeza u oración. Todos estamos hechos de la misma manera, con emociones y formas comunes de expresión, si bien la personalización está condicionada por el carácter, la educación en la sensibilidad o la cultura social aprendida como pueblo. Los sentimientos humanos tienen orígenes y manifestaciones análogas en el modo con el que se viven, consecuencias identificables, y modos sociales similares en todas las culturas. La alegría, el luto, la pérdida, el dolor, etc. se viven de un modo análogo en cualquiera de los pueblos de la Tierra.

Por eso se pueden definir y agrupar los sentimientos humanos de la misma forma. Según Scheler, hay sentimientos corporales o superficiales, vitales o profundos y espirituales o trascendentes. Las personas generalmente expresan parecidas reacciones emocionales, pero no se les presta la misma atención, no significan lo mismo o se rechazan. Todos estos sentimientos pueden transmitirse entre personas. Así como el dolor corporal es sobre todo sensorial y lo percibe uno solo, puede tener una repercusión psicológica de cercanía. Incluso el dolor físico cuyas manifestaciones contemplamos o intuimos en *otro* puede llegar a percibirse en el propio cuerpo. La explicación para estas transmisiones inmateriales se encuentra en cierto tipo de neuronas que se estimulan al vivir en común determinadas situaciones desencadenantes.

«La vivencia del cuerpo se aproxima más a los actos de las sensaciones que a los de la razón, que conforman la consciencia de algún modo... El mundo de los sentimientos representa una riqueza objetiva para el hombre, que no es solo un ser que piensa, sino también un ser que siente»³. Del mismo modo que en la filosofía

1 Han, B-C. *La sociedad paliativa*, Herder, Barcelona, 2021, 11.

2 Lévinas, E. *El tiempo y el otro*. Paidós, Barcelona, 1993, 132.

3 Wojtyła, K. *Persona y acción*. Palabra, Madrid, 2021, 101.

de X. Zubiri se identifica al ser humano como una «inteligencia sentiente»⁴.

En concreto, el dolor y el sufrimiento, de lo que hablaremos a continuación, se expanden, se transmiten, y hay personas que, al hacerse receptores de las manifestaciones de estos sentimientos negativos, sienten de manera secundaria el sufrir de otros bien psíquica o bien espiritualmente.

Lo que pretendo presentar aquí son los distintos modos con que nuestro sentir acompaña a las situaciones negativas que están viviendo los más próximos a nosotros bien sea física o emocionalmente, especialmente en nuestra relación con los enfermos que se han confiado a nuestros cuidados. Y lo mismo que es importante saber racionalmente cuáles son las acciones más convenientes en esta relación interpersonal, es necesario identificar cuál es la emoción que el contacto con el sufriente activa en nuestro interior.

3. Emociones

Sin embargo, antes de detallar las formas de compartir estos sentimientos, es necesario decir que no es fácil distinguirlos. Nos parece que *la pena*, *la lástima*, *la empatía*, *la conmisericordia* o *la compasión* tienden a ser emociones equivalentes, pero no es así. Son respuestas personales ante el dolor que parecen similares, pero existen entre sí diferencias que identifican a cada uno de estos sentimientos en particular. La emoción que expresamos ante el que sufre determina la actitud que se establece en la relación con él, y esta no es igual cuando se siente una u otra de estas reacciones personales ante el dolor ajeno. Por eso es conveniente y necesario identificarlas. Además, resulta obvio que estas actitudes con evidente repercusión ética sobrepasan a los principios que resultaron de aplicación del Informe Belmont, y se aproximan más a la ética basada la teoría de virtudes y en la Ética Narrativa⁵, en la que se construye la relación basada en la historia de una relación interpersonal y

de las consecuencias de las acciones objetivas sobre la subjetividad⁶.

La sociedad actual presta una atención decisiva en muchas ocasiones a la emoción como determinante y también como resultante de un estado de ánimo, que puede llegar a sustituir a la razón en el proceso de toma de decisiones. Puede darse, por ejemplo, más valor a la imaginación que al conocimiento, pero la emoción representa algo meramente subjetivo, mientras que el sentimiento expresa más lo que es objetivo en la relación vital; sin embargo, ni el uno ni el otro pueden ser objeto de narración y, en contraste con lo que se afirma en el párrafo anterior, puede sugerirse bajo cierta óptica que el hombre no es en toda circunstancia un ser racional, sino un ser de sentimientos⁷. Sin embargo, el tema que aquí se desarrolla quiere expresar más una honda humanidad siempre actual que la novedad de un mundo que obedece a paradigmas regidos por una subjetividad hegemónica.

El mal que observamos en otro, como decíamos antes, adquiere diferentes matices en la respuesta que mostramos según nuestra propia sensibilidad, o bien según quien sea la persona que lo sufre o la circunstancia que le afecte. A esto llamamos dinamismo emotivo, que condiciona la voluntad en el acto y la plena consciencia ante una determinada situación. Este dinamismo, como se describe en *Persona y acción*, obra de K. Wojtyła, antes citada, puede tener dos orígenes: «*el hombre actúa y algo sucede en el hombre*», que equivale a decir: hay una voluntad consciente de acción, o bien algo se activa en el sujeto por lo que ha sucedido. Lo segundo es pasivo, reactivo, como sucede con las emociones espontáneas, despertadas y activadas por sucesos o vivencias externas, la acción, en cambio, es fruto de la autodeterminación, de la libertad y de la voluntad, por tanto.

Identificamos la respuesta ante el dolor del otro como una reacción personal ante una realidad que aparentemente no nos afecta directamente. ¿Es que acaso nos debe importar personal e íntimamente lo que a otros les pase, o es simplemente un modo de relación

4 Zubiri, X. *El hombre y Dios*. Alianza, Madrid, 1984, 36.

5 Charon, R. and Montello, M. "Introduction, memory and anticipation: the practice of narrative ethics". En: *Stories Matter: The role of narrative in medical ethics*. Eds. Charon, R. and Montello, M. Routledge. New York, 2002.

6 Camps, V. Breve historia de la Ética. RBA Libros y Publicaciones, Barcelona, 2013, 393

7 Han, B.Y. *Psicopolítica*, Herder, Barcelona, 2021, 39.

Tabla 1. Sentimientos y emociones en la relación con el sufriente

	Racionalidad	Sujeto clave	Característica	Proximidad
Pena	No	Yo	Utilitaria	Breve
Lástima	No	Yo	Emocional	Temporal
Empatía	No/Sí	Yo/Él	Cercanía	Temporal
Conmiseración	Sí	Él	Conmoción	Variable
Compasión	Sí	Él	Amor-acción	Duradera
Misericordia	Sí/No	Él	Sublimación	Unión

social o cultural por el que se protege la comunidad humana? Tanto si sentimos que nos afecta personalmente como si no, cualquier manifestación de dolor en otro nos impacta, nos conmociona con una intensidad proporcionada a la circunstancia y a nuestra sensibilidad. Conmoción es lo que ocurre cuando un estímulo nos mueve desde fuera de nuestro ser. Nos mueve, es decir, nos activa a cambiar el estado, con un cierto tono de inmediatez. Cuando vemos u oímos algo inesperado en nuestro interior ocurre algo que nos cambia de pronto. La conmoción precede a cualquier sentimiento que se despierta al comprobar el sufrimiento de otros, e incide en la propia subjetividad con un grado de consciencia variable. La emotividad que se despierta incluso puede ser inconsciente, es decir, no sabemos dar cuenta de ella, es una reacción *ante algo que sucede*. De ahí la necesidad de conocer qué es lo que ante una situación determinada estamos sintiendo para adecuar lo que racionalmente conviene hacer en la acción autodeterminada, consciente y voluntaria, de alivio, cuidado o compañía. Esta consciencia necesita el concurso de la razón y para identificarla íntimamente, hacer un juicio sobre ella y poder hacer una verdadera experiencia humana.

4. Sentimientos y emociones ante el sufrimiento ajeno

Las personas se relacionan entre sí de forma espontánea siguiendo una gradación de valores en la que pueden identificarse distintos niveles, como describe López Quintás a lo largo de su obra *Descubrir la grandeza de*

*la vida*⁸. Son valores éticos y también estéticos, porque el modo en que se manifiestan las relaciones humanas tiene una repercusión externa y puede ser valorada socialmente por los espectadores de esa relación interpersonal, lo cual les influye a su vez creando una comunidad de sentimientos con un valor simultáneamente ético y estético. El modo en que expresamos la unión con otras personas tiene ambas acepciones al manifestarse externamente —estética— una relación interpersonal —ética—. Se trata de una escala de riqueza en la relación entre personas que desde el utilitarismo asciende pasando por el valor reconocido al otro, asociado a sus características personales, hasta la igualdad y el intercambio generado por el afecto y el amor, que culmina en la entrega de sí y en la vivencia volcada hacia el otro (ver tabla 1).

Es conveniente adaptar la respuesta relacional ante el dolor de otro *según lo que la autodeterminación personal decida mediante la voluntad, y por lo tanto es aconsejable profundizar en los propios sentimientos e indagar en las emociones espontáneas que aparecen para adaptar nuestro comportamiento, no según brote espontáneamente, sino en lo que decidamos libremente como una conducta más adaptada y apropiada ante cada persona que sufre*.

5. Pena

Como decimos, la relación más superficial es utilitaria, o sea, tomamos aquello que podemos aprovechar

⁸ López Quintás, A. *Descubrir la grandeza de la vida*. Bilbao. Desclée de Brouver, 2011.

del otro, en parte o totalmente. En este caso la proximidad interpersonal es relativa, sin un verdadero intercambio o donación. Sin embargo, puede despertar sentimientos, cuando uno de los dos está sufriendo y aqueja algún tipo de dolor. A menos que exista una verdadera insensibilidad ante el sufrir ajeno, que puede suceder en personas aquejadas de un exacerbado egocentrismo, la percepción del otro genera de pronto el sentimiento de *pena*, que tiene que ver con una tristeza espontánea por el sufrimiento ajeno. Es muchas veces un sentimiento fugaz y pronto olvidado, o incluso pasa desapercibido, no nos hacemos conscientes de él.

La pena tiene que ver con el yo, soy yo el que siento. De algún modo se reproduce una relación utilitaria, se trata de una reacción propia, espontánea, reactiva, que poco tiene que ver con el otro. Quisiéramos que no sufriera, pero, sobre todo, en este caso la relación es superficial, porque tiene por objeto la evitación de nuestro propio sufrir, para no tener que compartir una situación desagradable. Confundimos con pena otras emociones que veremos más adelante. La pena es una respuesta ética mínima, superficial, con un valor escaso, no me involucra directamente en la relación con el doliente, pero es ética porque se refiere a la relación entre personas. La pena igualmente sucede ante noticias de desgracias ajenas, incluso lejanas, personales o colectivas, aunque no todas las personas se afectan igual; la proximidad emocional puede ser muy intensa en una parte de quienes reciben la noticia, mientras que en otras la conmoción solo induce una respuesta superficial. Y es que la herida abierta por el dolor del otro, la angustia por los otros es lo que despierta la respuesta y la apertura primordial al sufrimiento que no es propio, para asumirlo o rechazarlo más o menos disimuladamente porque me afecta y me causa inquietud. Porque sin sentir más o menos conscientemente el dolor ajeno no podemos de ningún modo acceder a él de una forma ética y disciplinadamente exigente, lo cual nos involucra escasa aunque indudablemente en el proceso de sufrimiento⁹.

Imaginemos una persona herida en la acera y alguien que pasa cerca, le mira y prosigue su camino sin hacer nada por él. Luego nos narrará la situación y dirá que sintió *pena* por aquel desventurado, pero que no se le ocurrió que pudiera hacer nada por él.

6. Lástima

En un escalón un poco más alto en valor ético, encontramos la emoción de la *lástima*, la cual me acerca más personalmente al que sufre con una respuesta íntima y emocional más profunda que la pena. A este se le mira a los ojos y en la mirada se produce una relación en la cual se percibe un estremecimiento, ya no por mí mismo, sino por el otro que sufre al que se reconoce como semejante. También se puede sentir lástima por imágenes de las víctimas de terremotos o guerras en la televisión o periódicos. Incluso puede ser que la emoción llegue a las lágrimas.

La lástima se define como “enternecimiento” causado por los males de alguien, que nos hace más conscientes de su sufrimiento. La lástima no se siente como tal si el mal no se nos hace cercano. Lo sentimos con una conmoción más profunda que la pena. Ante accidentes de los que nos llega noticia sentimos pena, pero si alguien conocido está afectado por el accidente seguramente aparecerá lástima porque nos sentimos afectados, aunque sea indirectamente. En la pena no hay verdadero afecto, mientras que en la lástima sí lo hay. Con esta emoción hay una relación interpersonal inicial, el que sufre se convierte en alguien definido en nuestro mundo y adquiere un significado que percibimos.

En el ejemplo anterior, la persona que pasa cerca de un herido en la calle se para, se acerca e inclina sobre él, le pregunta, quizá llama a una ambulancia, pero prosigue luego su marcha a sus asuntos. Lo narrará a alguien después y describirá su relación con el suceso como de *lástima*. La pena y la lástima tienen un mecanismo dinámico de reactividad ante algo que sucede ante el hombre, son espontáneas y muy dependientes de la sensibilidad individual, lo cual se esconde en las profundidades del carácter y la motivación.

⁹ Jünger, E. *Sobre el dolor. Seguido de: la movilización total y Fuego y movimiento*. Tusquets, Barcelona, 1995, 76.

7. Empatía

En un tercer nivel emocional está la *empatía*, que nos acerca, o intenta hacerlo, a un plano de igualdad. El que se acerca al sufriente trata de ponerse a su nivel, de reproducir en sí lo que el otro siente. Puede ser también espontáneo porque hay personas que tienen un temperamento empático y ante cualquier conmoción de sufrimiento ajeno acercan su propia persona espontáneamente, y también hay otras personas que a base de haberse educado a sí mismas en el contacto humano han desarrollado una capacidad empática notable. El nivel ético de la empatía es mayor que en la pena y la lástima. Se produce un intercambio y empieza a entrar en la relación interpersonal la prestación de consuelo ante el mal que el otro sufre. Tímidamente se construye un *nosotros*, sujeto plural de una verdadera amistad humana centrada en el dolor, ontológicamente diferente al *yo* y al *tú*¹⁰. La empatía tiene el valor ético de lo realmente interpersonal o intersubjetivo de entrega y ayuda, si bien la relación no es totalmente igualitaria ni simétrica; hay uno que da más que el otro. Pero lo importante es que ambos se miran y se sienten en una verdadera compañía que consuela al doliente y que engrandece a aquel no afectado directamente por el sufrimiento. De hecho, la empatía no hace sufrir a quien la presta, el verdadero sufrimiento comunicado aparece en niveles superiores de interrelación. La empatía se siente como un engrandecimiento de la propia persona que se enriquece en la relación con el sufriente, pero no es utilitaria, se produce en un plano de igualdad. Aunque no siempre es así, hay situaciones en las que la empatía reconforta y nos hace pensar que al ejercerla crecemos. Algo de proximidad interesada puede adivinarse en algunos, si bien, es tan íntimo que solo lo perciben los interesados, que así se consuelan a sí mismos.

La empatía se diferencia de la lástima en que en la primera se produce un inicio de amistad, una interrelación y una comprensión del sentimiento. Las acciones de consuelo subsiguientes si la relación es empática hacen que esta sea más perfecta que la lástima. Sin embargo,

como se ha dicho más arriba, la capacidad de empatía depende mucho del temperamento y del carácter de las personas. No es una acción totalmente voluntaria, surge espontáneamente en muchos, por lo que el valor ético no es el más alto del que es capaz el hombre. Hay personas naturalmente empáticas, incluso desde la infancia, y, en cambio, otras presentan indiferencia completa habitual ante el sentimiento negativo del otro, lo cual recibe el nombre de alexitimia, reconocido como un trastorno psíquico, más extendido de lo que parece en la población general. Las personas que lo padecen no sienten ni siquiera pena ante los sucesos adversos en las demás personas. Sencillamente los observan y pueden describirlos fríamente.

En una persona accidentada y abandonada en la calle la persona empática se detendrá, le auxiliará, avisará a una ambulancia, y se quedará en la escena hasta que pueda ser mejor auxiliado y trasladado a un hospital. Tratará de consolar y acompañar eficazmente al herido, se interesará por sus circunstancias y se mostrará cercano y amable con el sufriente. Son niveles de atención más altos que los que describíamos en la pena y en la lástima.

Cuando aparecen sentimientos de comprensión honda ante el sufrimiento que aflige colectivamente a pueblos u otras comunidades, se dice que nos mueve la solidaridad, nos acerca a ello un movimiento ético interior que se hace cargo de lo que ocurre y nos impulsa a colaborar en la búsqueda de soluciones. La solidaridad ocurre a nivel colectivo, como la empatía lo hace a nivel personal. Ambos son imprescindibles para consolidar y vivir constructivamente las relaciones humanas comunitarias o personales. Sin embargo, aún se puede considerar un nivel de sentimientos personales que apuntan a una ética por encima de la empatía.

El sufrimiento y el dolor no son sentimientos estrictamente personales como hemos asegurado antes. Se extienden a los más próximos. Entre personas que se aman, cuando una padece una circunstancia dolorosa, todas las demás se afectan de uno u otro modo, hay una expansión del sufrimiento. Los tres sentimientos o emociones que hemos visto previamente: pena, lástima y empatía no siempre requieren la existencia de afecto,

¹⁰ MARÍAS, J. *Antropología metafísica*. Revista de Occidente, Madrid, 1970, 224-226.

amor o amistad entre el que padece y el que lo vive cerca de él, aunque esta cercanía progresa conforme lo hace el nivel de emoción.

8. Ética de la compasión

Otros dos sentimientos enriquecen definitivamente la relación ética con el que sufre: la conmiseración y la compasión. La *conmiseración* es una compunción por el mal de otro, es un sufrimiento real debido a que el otro está sufriendo, mas no se sufre por el mismo motivo de la enfermedad o el mal percibido, se sufre porque se ve al otro sufrir. El motivo del sufrimiento asociado a la conmiseración es el propio sufrir de aquel otro que lo padece en primera persona. Y ese sufrir del que siente conmiseración es un verdadero sufrir, no halla ningún consuelo si el que despierta la emoción sigue con su dolor, y exige acciones voluntarias y conscientes para aliviar el sufrimiento del otro, y ese alivio también lo encuentra la propia emoción.

Como antes hemos dicho, las emociones y sentimientos tienen una gradación en niveles de la profundidad de la entrega al otro. Entender la compasión, que vamos a ver a continuación, requiere que hagamos un repaso de lo visto hasta ahora. Podemos hacer compañía a un enfermo y, sentados al lado de su cama, sentir de diferente manera. Reconocemos en primer lugar que el enfermo sufre, pero no tenemos nada que aportar, no nos parece que el paciente nos necesite, el corazón inicia un movimiento de aproximación, pero enseguida se retira porque no soporta la visión, el que acompaña sufre al observar el hecho, no a la persona que lo padece, e interiormente rechaza la situación, es lo que hemos llamado la *pena*. Pero si esa misma situación transitoria, que nos hace mirar al enfermo de distinto modo, más cercano, se nos despierta un sentimiento por el que comprendemos lo que le hace sufrir, pero no se produce un acercamiento, podríamos incluso mostrar una emoción de llanto, aunque dejamos la escena porque no podemos soportar esa relación, y a esto llamamos *lástima*. La persona que muestra *empatía* se queda junto al enfermo, le toma la mano, le habla, consuela, acaricia y se pone en su lugar, entiende verdaderamente lo que le pasa y de algún

modo se funde con el sufriente, se hace una relación interpersonal verdadera, en la que paciente y acompañante se compenetran transitoriamente. Pero esa relación no tiene mayor alcance. Ha habido un consuelo para uno y una satisfacción para el otro. Si la empatía profundiza hasta el estado de sufrimiento verdadero para el acompañante, en el que el dolor del enfermo produce un sentimiento de unión porque el propio dolor hermana a ambos, hemos llegado al cuarto escalón, superior en fusión personal a la empatía que acerca al amor verdadero y lo podemos llamar *conmiseración*. Es el resultado de una conmoción profunda que estremece a aquel que acompaña. Y el acompañamiento es clave en la relación de consuelo, tanto para familiares, como amigos o profesionales que se encuentran al lado de la persona que está sufriendo¹¹.

9. Vivir la compasión

La última forma, más elevada, de aproximación ética al dolor es la *compasión*. En esta forma aparece una comunidad de amor en torno al dolor, el mismo e idéntico sufrir y por la misma razón. Uno se cambiaría por el otro para aliviarle. Hay una real comunidad de sentimientos y una especial fusión espiritual. La compasión no es tanto un sufrimiento porque el otro sufre, sino que es un sufrimiento *por lo mismo* que el otro está padeciendo. La persona compasiva se deja afectar, introducir en el proceso del dolor, implica una generosidad de entrega que caracteriza a este nivel de acompañamiento.

La compasión es un movimiento ético distinto de los cuatro anteriores, más profundo y con un nuevo matiz, que es el sufrimiento espiritual conjunto. La comunidad del “nosotros” se inició con la empatía, se prolongó en la conmiseración con una compunción asociada a la comprensión de lo que al otro aqueja y se hace plenamente activa en un solo dolor con la compasión, y así se convierte en una pasión (sufrimiento, dolor) compartida. Es una forma concreta de comunidad de entrega, lo más parecido a la caridad, porque esta está implícita en la relación. La humanidad en la interrelación se enriquece

¹¹ Saunders, C. *Velad conmigo*. Fundación Pía Aguirreche, Madrid, 2023, 62.

de un modo definitivo con el amor. Este es el quinto nivel de la comunicación intersubjetiva. Además, la compasión está también asociada a acciones concretas, a una actividad, a una creatividad para aliviar al sufriente que brotan de amor, completamente contraria a la inactividad y al conformismo cuando el otro sufre que hemos descrito en la pena.

No se puede asegurar que la compasión pueda aprenderse o pueda transmitirse un método para ejercerla, aunque muchos lo afirmen. La compasión es una actitud interior que se incardina en el temperamento y en lo aprendido en los primeros años de vida, marca por sí misma una forma de enfrentarse a la realidad, a lo que sucede y al sufrimiento de los semejantes. Si no fuera así no se explicaría que en muchas personas que se identifican a sí mismas como compasivas ocurra una fatiga interior en la prestación de cuidados, que se puede definir como *burnout* o cansancio ante el sufrimiento compartido incesantemente en la actividad diaria.

10. Sentido de la compasión

Ahora bien, la persona que profundiza en el significado y el sentido de la vida, y se enfrenta a las experiencias dolorosas que la realidad le aporta en los demás, vive con una motivación diferente. Ya no presta atención específica a poder alcanzar el nivel compasivo como objetivo personal en la atención a los sufrientes. La moralidad de su acción consciente le pide evolucionar desde la humanidad a la trascendencia. La persona misma se convierte en compasiva cuando se olvida de sí misma y se entrega con un verdadero amor de *agapé*, y alcanzar esto no puede ser objeto de esfuerzo personal, sino que es consecuencia de la trascendencia con la que se contemplan las propias acciones.

La compasión es más bien una forma de cuidar con amor, y en el amor, el cuidador encuentra la recompensa que le estimula el crecimiento de la vocación trascendente de cuidar y acompañar. Pero la actitud de amar no se puede transmitir como se educa para una tarea, el amor caritativo ante el que sufre requiere una conversión personal a la que no todos acceden. Por eso la actitud ética ante el enfermo no puede ser normativa,

ha de ser forzosamente vital, expansiva y relacional, es decir, moral, aunque la asunción de una ética normativa al menos oriente y asegure la prestación de acciones correctas.

Al contrario que en la solidaridad, que es colectiva, la relación basada en el amor es estrictamente personal e implica a una relación concreta, tiene en cuenta la persona e individualidad del otro, es profundamente comunicativa. La misma diferencia sucede entre la empatía, que es un sentimiento y un hábito que acompaña a las múltiples relaciones que establece una persona con otras, y la compasión, que envuelve con exclusividad a una relación. Tanto el *amor personal* como la *compasión* son supremas formas de relación ética entre personas, porque la preocupación se sitúa plenamente en el otro, ambas se definen por ser-en-el-otro.

11. Consecuencias de la compasión

La pena, la lástima o la empatía tienen un posible peligro asociado al poner más énfasis en el propio sentimiento que en el del sufriente. Este, llevado por su aislamiento, desesperanza, dolor físico o moral, puede querer adelantar su muerte. Y de hecho puede pedir que alguien termine con su vida para así dejar de sufrir. Si la persona o personas que le acompañan habitualmente no tienen ningún sentimiento hacia el enfermo, o este es del tipo individualista como la pena o la lástima, o cercano a veces a la recompensa personal en el caso de la empatía, pueden confundir la comprensión de la situación que le afecta con el deseo del propio paciente o de sus allegados de acabar con su vida. De hecho, se está tentado de hacerlo porque de ese modo también desaparecería el sentimiento negativo propio que supone el sufrimiento del otro, implícito en la pena o en la lástima. En estos casos lo que realmente importa es lo que yo siento.

La persona que siente solo pena, lástima o empatía se sitúa con superioridad sobre el otro en el que puede erróneamente juzgar una reducción de su dignidad, de su presencia, porque ha disminuido su potencia al ser asiento de sufrimiento, incapacidad o deterioro consuntivo. Se está convirtiendo en otra cosa que no nos gus-

ta. Y es posible que en esas condiciones se encuentren argumentos, si bien reducidos de razón y falaces, para dar fin a una vida que ya no puede ser vivida con normalidad, en lugar de aliviar compasivamente cualquier dolor y angustia.

Esta superioridad y quizá pena fugaz es la que sienten los que bajan de Jerusalén a Jericó y encuentran a aquel hombre malherido al borde del camino que ha sido asaltado por los bandidos¹². Dan incluso un rodeo para no tener que aproximarse a un semejante que nada les puede aportar sino malos sentimientos por la desagradable escena. Incluso la pena compromete a sentir un rechazo que quita momentáneamente la paz. En cambio, es el buen samaritano que baja después por el camino el que, movido por la lástima primero, se acerca y con empatía y conmiseración se ocupa de él, le cura y venda las heridas, y finalmente compasivamente le monta en su cabalgadura, y encarga al posadero que se ocupe de él hasta su vuelta, cuando le pagará todo lo que gastara en cuidarle. La compasión es siempre activa y trata al otro como un prójimo, aunque sea un completo desconocido. Lo mismo ocurre con el cuidado de los enfermos por los profesionales de la medicina y enfermería. Se establecen lazos con el paciente que hace que les consideremos algo propio en una relación dual —*mi* paciente, *mi* médico, *mi* enfermera—, y que, incluso en las horas de descanso, tengamos presentes a aquellos que necesitan más atención.

Los que albergan sentimientos superiores en amor al otro: conmiseración y compasión, especialmente esta última, al estar emparentada con la caridad, ven en el sufriente mucho más profundamente que aquellos cuyos sentimientos no llegan a estos niveles de valor. Estos comprueban que la *dignidad* de aquella persona a la que aman está intacta, porque merece ser tratada con el mismo cuidado que yo deseo para mí, y me preocupo de que reciba todo aquello que es necesario para el alivio más completo posible de lo que le hace sufrir, además de la compañía y el consuelo que anulan su aislamiento y proporcionan una relación humana plena.

12. Misericordia y trascendencia

De algún modo, la compasión se asemeja a la *misericordia* en que ambas tienen el amor de *agapé* como base. Misericordia, la más elevada actitud ética ante el dolor, es el acercamiento del corazón al menesteroso, al miserable, en el sentido de sufriente o apartado y excluido, y lleva consigo una actitud de acercamiento equivalente al concepto de consuelo ante el sufrimiento. Pero no un consuelo físico o psíquico, sino un consuelo total, ontológico, de la persona, que se siente así capaz de atravesar su propio dolor. El término misericordia se aplica con más propiedad en las religiones a la actitud de Dios para con los hombres. Sin embargo, en el asunto que nos trata, que es el sufrimiento físico o psíquico de nuestros semejantes, compasión es la virtud humana que mejor describe el acercamiento consolador al sufrimiento del enfermo con acciones encaminadas al alivio eficaz del dolor. Misericordia equivaldría a la compasión de Dios y en los hombres está íntimamente relacionada con ella, pues «...es una de las componentes esenciales del *ethos* evangélico»¹³. La plenitud de la vocación del cuidado al ser humano sufriente es ser capaz de prestarlo desde la perspectiva divina, es decir desde el amor misericordioso, abnegado y rescatador. Desenfocaría la verdadera intención de la medicina y de la vocación médica aquel que centrara su interés únicamente en la aplicación de adelantos científicos y médicos de diagnóstico o tratamiento.

La ética de la compasión ante el sufrimiento y el dolor nace de la moralidad, y por eso puede afirmarse que es universalmente accesible; todas las personas tienen la capacidad de percibir dónde está el más alto bien. Mediante la educación del corazón se aprende de qué modo puede hacerse el máximo bien, siempre que no haya sombras que dificulten ver con claridad. Estas sombras son el individualismo, el utilitarismo, el egoísmo y en general todo aquello que nos puede aislar de los sentimientos del prójimo, es decir de la persona cercana con la que compartimos la vida. Por eso, si la moral en la relación interpersonal nos lleva a buscar el máximo bien

¹² Cfr. Lc 10,30-37.

¹³ Juan Pablo II. *Dives in misericordia*. Carta encíclica, Ciudad del Vaticano, 1980, 6

para la persona que sufre, no puede compaginarse con actitudes de contradigan este propósito.

Vive la compasión el que ama como forma de vida. Porque, como dice Han, vivir la compasión exige exponerse y contagiarse del dolor primordial del sufrimiento anímico¹⁴. Este dolor hace que el yo se abaje hasta hacerse uno con el sufriente por amor. Sin amor aquel que se acerca al que sufre vuelve a mirarse a sí mismo y regresa a su castillo exaltándose y reduciendo al otro a un objeto, como sucede en la pena o en la lástima del que contempla la escena, pero está exenta de una entrega personal real.

13. Conclusión

En la relación personal entre cuidador y sufriente en cualquier ámbito, también el hospitalario, entre médico o enfermera —profesionales sanitarios en conjunto— y el paciente, se establece un nexo invisible por el que en el cuidador se despiertan sentimientos y emociones espontáneos que dirigen la acción hacia el otro sufriente y exaltan la dignidad personal del enfermo. Esta relación está condicionada por la estructura personal de los sentimientos en uno y otro. Pero quizá más determinante es la del cuidador, porque el enfermo está desvalido, necesita ayuda, se somete humildemente a los cuidados de otros, y es el receptor del consuelo que le transmite el cuidador. Es una relación de alteridad que no es bilateral, hay uno que dona y otro que es el destinatario de ese don.

Hay emociones que se despiertan en el cuidador que *tienen una capacidad menor para estimular acciones de consuelo, son superficiales y espontáneas, poco o nada racionalizadas como la pena o la lástima, que como mucho alcanzan el nivel de conmoción instantánea por lo que le está pasando al otro, pero no se interiorizan, no se personalizan*. La empatía iguala a ambos actores, el

cuidador se pone en lugar del paciente, le consuela también superficialmente, le hace compañía, pero cuando le deja, el corazón se lleva poco de ese encuentro. Por el contrario, *la compasión y la conmiseración son escalones superiores del contacto con el sufriente, por los que el cuidador se implica en la vida del sufriente, más allá de donde lleva la empatía y actúa de manera que el consuelo al paciente y toma una forma física y psicológica que afecta a la vida del cuidador modificándola*. La relación interpersonal e intersubjetiva alcanza su máximo en la compasión, y llega a simular la relación divina cuando vemos la misericordia como la forma de la fusión íntima entre personas.

Referencias bibliográficas

- Charon, R. and Montello, M. "Introduction, memory and anticipation: the practice of narrative ethics". En: *Stories Matter: The role of narrative in medical ethics*. Ed. Charon, R. and Montello, M. Routledge. New York, 2002.
- Camps, V. Breve historia de la Ética. RBA Libros y Publicaciones, Barcelona, 2013.
- Han, B-C. *La sociedad paliativa*, Herder, Barcelona, 2021.
- Han, B-C. *Psicopolítica*, Herder, Barcelona, 2021.
- Jünger, E. *Sobre el dolor. Seguido de: la movilización total y Fuego y movimiento*. Tusquets, Barcelona, 1995.
- Lévinas, E. *El tiempo y el otro*. Paidós, Barcelona, 1993.
- López Quintás, A. *Descubrir la grandeza de la vida*. Bilbao. Desclée de Brouwer, 2011.
- Marías, J. *Antropología metafísica*. Revista de Occidente, Madrid, 1970.
- Juan Pablo II. *Dives in misericordia*. Carta encíclica, Ciudad del Vaticano, 1980.
- Saunders, C. *Velad conmigo*. Fundación Pía Aguirreche, Madrid, 2023.
- Wojtyla, K. *Persona y acción*. Palabra, Madrid, 2021.
- Zubiri, X. *El hombre y Dios*. Alianza, Madrid, 1984.

¹⁴ Han, B-C. *La sociedad paliativa*. Herder, Barcelona, 2021, 80.

COLABORACIONES



EUTHANASIA AND THE MEDIA IN SPAIN (2019–2021)

EUTANASIA Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN EN ESPAÑA (2019-2021)

RAFAEL AMO USANOS <https://orcid.org/0000-0003-1779-1008>

Chair in Bioethics, Universidad Pontificia Comillas, Madrid, Spain

C/ Universidad Pontificia Comillas, 3

28108 Alcobendas Madrid

rafael.amo@comillas.edu

M^a CARMEN MASSÉ GARCÍA <https://orcid.org/0000-0003-1002-0673>

Chair in Bioethics, Universidad Pontificia Comillas, Madrid, Spain

C/ Universidad Pontificia Comillas, 3

28108 Alcobendas Madrid

mcmasse@comillas.edu

DAVID LORENZO IZQUIERDO <https://orcid.org/0000-0002-7647-4224>

Institut Borja de Bioètica, Universitat Ramon Llull, Barcelona

C. de Sta. Rosa, 6,

08950 Esplugues de Llobregat, Barcelona

dlorenzo@ibb.url.edu

MONTSERRAT ESQUEDA ARESTÉ <https://orcid.org/0000-0002-5781-8298>

Institut Borja de Bioètica, Universitat Ramon Llull, Barcelona

C. de Sta. Rosa, 6,

08950 Esplugues de Llobregat, Barcelona

mesquerda@ibb.url.edu

ABSTRACT:

Keywords:

euthanasia; media;
public opinion; death
with dignity

Recibido: 02/12/2024

Aceptado: 09/03/2025

The regulation legal of euthanasia in Spain was preceded by an increase in media coverage. This study conducted quantitative and qualitative analyses of media coverage in the 12 most widely circulated Spanish media outlets between January 2019 and March 2021, immediately before the enactment of the law regulating euthanasia. In total, 281 news articles were examined. About 51.6% of the news articles supported euthanasia, 18.9% opposed it, and 29.5% were neutral. Qualitative analysis revealed a substantial distinction between pro- and anti-euthanasia groups. The semantic field of items in pro-euthanasia articles comprised "law," "death," "suffering," and "pain." In contrast, the semantic field of articles opposing euthanasia comprised "life," "death," "people/person," and "illness." The media predominantly favored euthanasia, albeit offering limited discussion of alternatives, such as palliative care. It is crucial to cultivate an ethical culture that empowers citizens to make end-of-life decisions based on clear-cut principles, rational reasoning, and diverse perspectives.

RESUMEN:

Palabras clave:

eutanasia; medios;
opinión pública;
muerte digna

La regulación legal de la eutanasia en España fue precedida por un aumento en la cobertura mediática. Este estudio llevó a cabo análisis cuantitativos y cualitativos de la cobertura mediática en los 12 medios de comunicación españoles de mayor circulación entre enero de 2019 y marzo de 2021, inmediatamente antes de la promulgación de la ley que regula la eutanasia. En total, se examinaron 281 artículos de noticias. Aproximadamente el 51.6 % de los artículos de noticias apoyaban la eutanasia, el 18.9 % se oponían a ella y el 29.5 % eran neutrales. El análisis cualitativo reveló una distinción sustancial entre los grupos a favor y en contra de la eutanasia. El campo semántico de los términos en los artículos a favor de la eutanasia incluía "ley", "muerte", "sufrimiento" y "dolor". En contraste, el campo semántico de los artículos que se oponían a la eutanasia incluía "vida", "muerte", "personas/persona" y "enfermedad". Los medios favorecieron predominantemente la eutanasia, aunque ofrecieron una discusión limitada sobre alternativas, como los cuidados paliativos. Es crucial fomentar una cultura ética que permita a los ciudadanos tomar decisiones sobre el final de la vida basadas en principios claros, razonamiento racional y perspectivas diversas.

1. Introduction

In recent years, euthanasia has been legalized or decriminalized in various countries worldwide. Currently, seven countries (i.e., the Netherlands, Belgium, Luxembourg, Spain, Canada, Colombia, and New Zealand) alongside Australia and several states in the USA, permit this practice. As a highly contentious issue, the debate surrounding legalization persists in many countries¹.

The relevance of a topic is influenced by the media, which plays a dual role in reflecting and fueling social debates and impacting public opinion². Issues not

covered by the media attract less social interest and disappear from the public discourse. Hence, the media directly shapes when and how the public engages with these matters³.

In the Spanish press, euthanasia first emerged as a topic of interest in the second half of the 1990s, gaining prominence in 1998 following the case of Ramón Sampeiro, a quadriplegic individual who had long sought euthanasia. Six years later, in 2004, an Oscar-winning film chronicling his story was released. These two events precipitated a sudden surge of articles in the press on media and public opinion regarding euthanasia, marking a pivotal moment in Spanish society⁴.

Subsequently, the Spanish press began to discuss euthanasia in other countries. For instance, between 1993 and 1996, Dr. Jack Kevorkian received extensive coverage in the US media, as did the legalization of euthanasia in Oregon (USA) in 1997, and the Netherlands in

1 Cfr. Bodas, M., Ziv, A., Rubin, C., Oberman, B., Tawil, Y., Shaulov, A., Kaplan, G. & Velan, B. «Polarization in public attitudes toward end-of-life decisions in Israel – A cross-sectional study». *Palliative and Supportive Care*, 2023; 1–8; Borovecki, A., Curkovic, M., Nikodem, K., Oreskovic, S., Novak, M., Rubic, F., Vukovic, J., Spoljar, D., Gordijn, B. & Gastmans, C. «Attitudes about withholding or withdrawing life-prolonging treatment, euthanasia, assisted suicide, and physician assisted suicide: A cross-sectional survey among the general public in Croatia». *BMC Medical Ethics*, 2022; 23(1): 13; Inbadas, H., Zaman, S., Whitelaw, S. & Clark, D. «Declarations on euthanasia and assisted dying». *Death Studies*, 2017; 41(9): 574–584; Marcoux, I., Mishara, B. L. & Durand, C. «Confusion between euthanasia and other end-of-life decisions: Influences on public opinion poll results». *Canadian Journal of Public Health*, 2007; 98(3): 235–239; Mroz, S., Dierickx, S., Deliens, L., Cohen, J. & Chambaere, K. «Assisted dying around the world: A status quaestionis». *Annals of Palliative Medicine*, 2021; 10(3): 3540–3553; Stolz, E., Großschädl, F., Mayerl, Rásky, É. & Freidl, W. «Determinants of acceptance of end-of-life interventions: A comparison between withdrawing life-prolonging treatment and euthanasia in Austria». *BMC Medical Ethics*, 2015; 16: 81.

2 Cfr. Díaz del Campo, J. «Los medios de comunicación social y su influencia en el debate sobre la posible despenalización de la

eutanasia». *Moralia: Revista de Ciencias Morales*, 2009; 32: 159–175; Jaye, C., Lomax-Sawyers, I., Young, J. & Egan, R. «The people speak: Social media on euthanasia/assisted dying». *Medical Humanities*, 2021; 47(1): 47–55..

3 Cfr. Díaz del Campo, *op. cit.*

4 Cfr. Díaz del Campo, *op. cit.* Olivares-García, F. J., Miguel, A. R. S. & Gutiérrez-Salas, R. «Twitter y medios de comunicación como agentes de poder: El caso de la Ley de regulación de la eutanasia». En: Álvarez-Chávez, M. P., Rodríguez-Garay, G. O. & Ramos, S. H. (Eds.), *Comunicación Y pluralidad en un contexto divergente*, Dykinson, 2022, pp. 1040–1069.

2001. Subsequently, euthanasia maintained a recurring, although somewhat peripheral, presence in the Spanish media until 2019. María José Carrasco, a woman with multiple sclerosis who was assisted by her husband in her death on April 3, 2019, reignited a fervorous social debate⁵.

These pivotal moments and other cases recurrently highlighted by the media have shaped narratives around euthanasia. Over the past three decades, the positive disposition of the Spanish population towards regulating euthanasia has increased⁶. However, this does not necessarily imply widespread support for practice⁷.

From the pivotal moment in April 2019 until the enforcement of Organic Law 3/2021 dated March 24 (Ley Orgánica, 3/2021), which regulates euthanasia, the issue was extensively covered across all forms of media. Nevertheless, widespread coverage of the polarizing issue has not been ethically neutral. Although determining the extent of media influence on public opinion is challenging, assessing the favorability or unfavorability of such content towards the endorsement of euthanasia, whether expressed explicitly or inferred by a reader, is possible.

However, specialized literature on this topic is relatively limited, with few studies analyzing the language and content of the media. Specifically, euthanasia was widely explored between 1998 and 2015, the period prior to the decriminalization of practice in Colombia⁸. In addition, in the realm of social networks, Jaye et al⁹., scrutinized the discourse on selected platforms to determine how citizens engaged in the debate on voluntary euthanasia. They concluded that assigning binary con-

clusions to public opinion oversimplified the complexity of this discourse.

Therefore, this study aimed to analyze the portrayal of euthanasia by some Spanish media outlets in the period preceding its regulation in Spain from January 2019 to March 2021. Specifically, the approach towards euthanasia in news published on X (formerly Twitter) between 2019 and 2021 by two ideologically opposed newspapers (*ABC* and *El País*) and the profiles of major political parties (Partido Socialista Obrero Español, Podemos, Ciudadanos, Vox, and Partido Popular) was analyzed¹⁰.

2. Methods

To select media for analysis, a mixed criterion encompassing both print and digital presses was employed. Specifically, the print press comprised general information newspapers with an average daily circulation exceeding 100,000 copies as per data sourced from the Office for the Justification of Dissemination (pre-pandemic data). Meanwhile, the digital press included the 10 most widely read national digital newspapers, as decided by the Comscore report. Finally, the newspapers selected for this study were: *El País*, *El Mundo*, *ABC*, *La Vanguardia*, *El Español*, *OK Diario*, *La Razón*, *El Diario*, *20 minutos*, *The Huffington Post*, *El Confidencial*, and *El Periódico*.

In the subsequent step, the term “euthanasia” was entered into Google News for each of the chosen media outlets, encompassing the period from January 1, 2019, to March 24, 2021, immediately preceding the enactment of the euthanasia regulation law. This query yielded 383 articles, which were subsequently screened based on the following exclusion criteria:

- (1) Articles that were repeated across different newspapers in nearly identical forms lacked considerable variation in content or presentation. In such cases, preference was given to articles published earlier, within the specified timeframe.
- (2) Articles whose content did not primarily focus on euthanasia or approached the subject only

5 Cfr. Olivares-García y al., *op. cit.*

6 Cfr. Bernal-Carcelén, I. «Euthanasia: Trends and opinions in Spain». *Revista Espanola de Sanidad Penitenciaria*, 2020; 22: 112–115.

7 Cfr. García-Magna, D. «La opinión pública sobre la eutanasia en España ante una inminente reforma penal». *Revista Electrónica de Estudios Penales y Seguridad, REEPS*, 2021; n. extra 7; Serrano del Rosal, R. & Molina Martínez, M. A. «Regulación de la eutanasia y el suicidio asistido en España. ¿Hacia qué modelo se dirige la opinión pública?». *Arbor: Ciencia. Pensamiento y Cultura*, 2014; 190(769): a174.

8 Cfr. Sarmiento-Medina, P. J., García-Medina, D. P., Garzón-González, C. J., Castillo-Merchán, L. J., Correal-Neira, K. & Celis-Pedraza, D. A. «Media and euthanasia in Colombia. Content analysis and argumentative categorization». *Journal of the Faculty of Medicine*, 2019; 67(2): 209–215.

9 Cfr. Jaye y al., *op cit.*

10 Cfr. Olivares-García y al., *op. cit.*

tangentially. Two scenarios were considered: (i) when euthanasia was discussed within a broader context of political discourse, along with other elements, such as abortion, immigration, or ecology, and (ii) when the term “euthanasia” was employed as a rhetorical or literary device, where its removal would not alter the article’s intended meaning.

Finally, 281 articles were selected for analysis. These articles were transcribed into a Word format to ensure compatibility with the NVivo tool, thus avoiding any distortions that could impede the study. Then, the selection was distributed among expert researchers in the field of bioethics, who meticulously examined the articles and evaluated them using a given rubric. Subsequently, they agreed on the main arguments used in the bioethical discourse and indicated their agreement or disagreement (“yes” or “no”) with the following statements:

- (1) The article’s stance on euthanasia—whether it was favorable, neutral, or unfavorable.
- (2) The types of arguments presented in the article, categorizing them as sentimental, rational, or a combination.
- (3) The central argument made in the article is whether it focused on the extension of rights, euthanasia as liberation from suffering, or both.
- (4) The article equated dignified death with euthanasia.
- (5) This article proposes an alternative to euthanasia.
- (6) The article highlights the significance of suffering and illness.
- (7) The article used the expression “aid in dying.”
- (8) The article used expressions related to ending life or causing death; and
- (9) The article contained references to palliative care.

To quantitatively analyze the articles, we calculated descriptive statistics and compared quantitative variables using the χ^2 test. All analyses were conducted bilaterally, with a statistical significance level of 0.05, using the JAMOV 2.2.5 program.

To qualitatively analyze the articles, all texts were entered into the NVivo software tool. The researchers coded 281 news articles based on their position on euthanasia, categorized as “favorable,” “neutral,” or “unfavorable.” Subsequently, word clouds were generated for each group based on word frequency (represented by word position in the word cloud), relative frequency of words compared with others (indicated by font size), and word clusters (depicted by the proximity of terms within the word cloud). These factors are crucial for understanding the connotations and cultural meanings constructed through the language used in the articles.

3. Results

Quantitative Analysis

Our quantitative analysis yielded data that undoubtedly warranted further investigation. First, based on the perspective of the expert researchers, of the 281 news items examined, the number of news items clearly favoring the practice of euthanasia ($n = 145$) significantly exceeded the number of unfavorable news items ($n = 53$) (Figure 1).

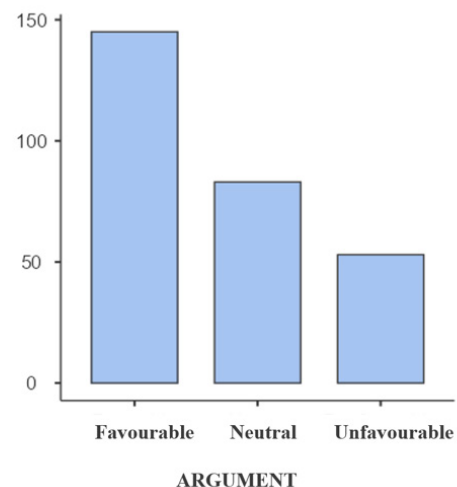


Figure 1. Trend of articles: favourable, unfavourable, neutral.

A comparison of pro- and anti-euthanasia articles revealed significant relationships among the following indicators (Table 1). Pro-euthanasia articles employed

the sentimental argument more frequently than did anti-euthanasia articles ($\chi^2 16.4, p < 0.001$). Furthermore, pro-euthanasia articles emphasized the right to euthanasia argument, compared with the avoidance of suffering argument, in contrast to anti-euthanasia articles ($\chi^2 6.89, p < 0.003$). Both pro- and anti-euthanasia articles made few mentions of alternatives, such as palliative care ($\chi^2 125, p < 0.001$).

Favorable articles proposed alternatives, such as palliative care, to a lesser extent than unfavorable articles ($\chi^2 125, p < 0.001$). The term “aid in dying” appeared more frequently in favorable articles than in unfavorable articles ($\chi^2 10.2, p < 0.001$), whereas “end of life” ($\chi^2 19.4, p < 0.001$) and “palliative care” ($\chi^2 51.9, p < 0.001$) were less prevalent in favorable articles than in unfavorable articles. Notably, no significant difference was observed in the occurrence of the terms “illness” and “suffering” ($\chi^2 3.2, p = 0.007$, not significant).

Table 1. Argumentation regarding whether the article is favorable or unfavorable.

	Favorable	Unfavorable	χ^2, p
Use of sentimental argument	54	5	$\chi^2 16.4, p < 0.001$
Main argument as right versus suffering	36	7	$\chi^2 6.89, p < 0.003$
Alternatives to euthanasia being considered	6	44	$\chi^2 125, p < 0.001$
Euthanasia equated with dignified death	119	5	$\chi^2 97.4, p < 0.001$
Appearance of “aid in dying” expression	65	11	$\chi^2 10.2, p < 0.001$
Illness or suffering clearly appears	35	107	$\chi^2 3.2, \text{not significant}$
The expression “to put an end to life” appears	114	9	$\chi^2 19.4, p < 0.001$
No mention of palliative care	123	20	$\chi^2 51.9, p < 0.001$

Qualitative Analysis

Using the NVivo tool, word clouds were generated based on the frequency of word occurrences, their relationships with other words, and word clusters. The generated word clouds corresponded to news items coded as favorable (Figure 2) and unfavorable to euthanasia (Figure 3), based on the perception of expert bioethics researchers. These word clouds were configured around the semantic fields created within each group of news items. Specifically, the primary argument represented by the words was located in the upper part of the central word, and the secondary argument in the lower part.

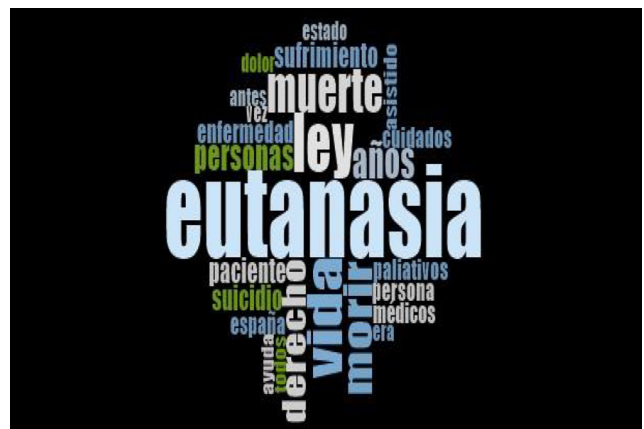


Figure 2. Word cloud of pro-euthanasia articles.

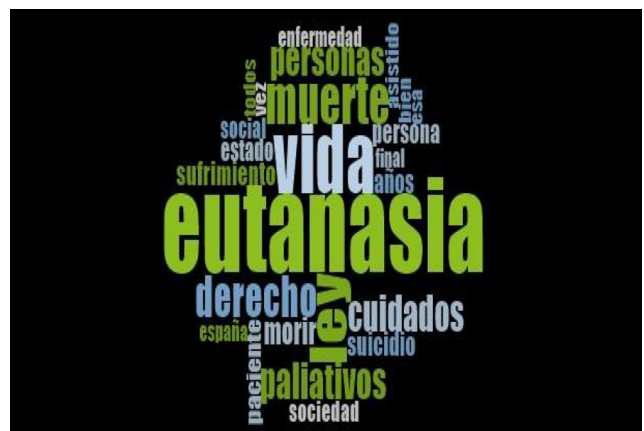


Figure 3. Word cloud of articles unfavourable to euthanasia.

As the main theme, a crucial distinction emerged between the two groups. The semantic field of news items favoring euthanasia comprised “law” (ranking 2),

“death” (ranking 4), “suffering” (ranking 9), and “pain.” The collection of words connected “pain” (ranking 25) with “euthanasia” and “law.” In contrast, the semantic field of news opposing euthanasia comprised “life” (ranking 2), “death” (ranking 4), and “people” (ranking 8), which, if combined with the frequency of the word “person,” surpassed “death” and “illness” (ranking 20).

Notably, the term “law” did not have a central position in the semantic field of either group. In unfavorable news items, “life” took precedence over “law,” in contrast to favorable and neutral news items. Given that most selected news items concerned the “euthanasia law,” studying word frequencies reflected this association. Its absence in unfavorable news items suggested a particular interest in shifting the debate on euthanasia toward the contemplation of life and illness rather than suffering. Both the quantitative and qualitative analyses confirmed this interpretation.

Articles in favor of euthanasia center around the concepts of “law,” “death,” and “suffering,” indicating that their arguments emphasize the need for legal regulation concerning the right to die and alleviation of suffering. In contrast, anti-euthanasia articles were structured around “life,” “person,” and “illness.” Therefore, their arguments revolved around the idea of euthanasia being opposed to the realms of life and illness, especially for individuals.

The distinct connotations of each semantic field were evident. In favorable articles, euthanasia represented an escape from the darkness of suffering and death, whereas in unfavorable articles, euthanasia was regarded as contrasting with the world of sick individuals who, despite their challenges, valued life.

The word cloud provided clear insights regarding secondary themes. In the group of favorable news items, secondary themes appeared through “life” (third place), “dying” (fifth place), and “law” (seventh place). In contrast, unfavorable articles employed the terms “law” (third place), “right” (fifth place), “care” (seventh place), and “palliative care” (sixth place). Interestingly, if “palliative care” were treated as a single word, it would rank third in the frequency order in unfavorable articles,

surpassing “law” and “death” and, of course, “right.” In favorable articles, it only ranked eight, reaffirming the quantitative findings.

The second argument underlined the different connotations. Expert reading of the articles revealed that euthanasia proponents focused on the need to regulate both the right to die and the right to live for all. In contrast, articles on euthanasia emphasized the conflict between law (the right to euthanasia) and palliative care. Palliative care was presented as an alternative to euthanasia to alleviate suffering. This idea pervaded numerous articles, when advocating for proper regulation of palliative care prior to euthanasia.

Finally, the absence of certain terms was noteworthy. The term “dignity” (or its derivatives) did not feature among the top 25 most frequently used terms in any of the three groups (favorable, neutral, and unfavorable). As “dignity” represented a key ethical argument, its absence carried distinct connotations in each group. In the pro-euthanasia news group, this likely implied a preference for legal rather than ethical focus. However, in the group of unfavorable articles, it indicated a preference for framing the issue around the value of life rather than the argument of intrinsic dignity. This raised questions about the choice of an ethical model or desired to prevent the semiotic confusion surrounding the idea of a dignified death.

4. Discussion

The study revealed that the number of news articles on the subject increased considerably in the period preceding the approval of euthanasia laws in Spain. Furthermore, most studies strongly supported this practice. Undoubtedly, this had affected the public’s perception of euthanasia¹¹. Notably, if identical articles were not excluded from the selection, the total number of media articles on the subject during this period would have been considerably higher, thereby intensifying the social conditioning of euthanasia perception.

11 Cfr. Magelssen, M., Supphellen, M., Nortvedt, P. & Materstedt, L. J. «Attitudes towards assisted dying are influenced by question wording and order: A survey experiment». *BMC Medical Ethics*, 2016; 17(1): 24; Olivares-García y al., *op. cit.*

In addition to the quantity and orientation of news articles, other factors such as the predominant use of emotional arguments could profoundly affect public opinion. Specifically, public discourse revolved around affective parameters¹² that aim to evoke sensitivity and emotion, which were often linked to specific cases of suffering. This tendency to focus on individual cases could lead readers to assume that these stories represented the majority of the population¹³. However, subsequent data showed that euthanasia-related deaths in Spain accounted for only 0.06% of all deaths¹⁴. This phenomenon was not unique to Spain and had also been observed in other countries¹⁵. Specifically, “pious cases” were emphasized, eliciting empathy from readers by instilling fear of facing a similar situation in the future¹⁶. Such media portrayals rarely presented alternative solutions for euthanasia.

Numerous studies have emphasized the significance of language. Grove et al¹⁷. identified how the use of emotional language and phrases influenced positive attitudes towards euthanasia. They demonstrated that allusions of hopelessness had a particularly strong effect on garnering support for euthanasia. However, the authors cautioned against interpreting the public support for euthanasia based solely on individual surveys. Furthermore, other researchers had identified the impact of framing and order of issues on attitudes towards euthanasia, leading to mostly favorable viewpoints¹⁸.

A similar concern arose regarding the perspective of the medical profession, as doctors in the media did not necessarily represent the entire medical community¹⁹. The same applied to celebrities who supported euthanasia as they might not accurately reflect general sentiments²⁰. Furthermore, healthcare professionals directly involved in patient care were often unable to express their opinions and narratives publicly, owing to confidentiality concerns. Consequently, the narratives were often skewed.

Another ethical consideration was the confusion surrounding ideas. Euthanasia had frequently been equated with dignified death, which, in the minds of many, resembled practices such as palliative sedation or appropriate therapeutic efforts rather than traditional euthanasia²¹. This divergence aimed to distance the idea from therapeutic obstinacy²². Furthermore, the absence of “dignity” in the arguments against euthanasia might be aimed at preventing conceptual confusion stemming from the association of death with dignity in this context. Consequently, the multifaceted meaning of dignity in the context of dying had shifted toward an unambiguous interpretation promoted by certain groups in recent decades, linking it to euthanasia²³.

12 Cfr. Baczkó, B. & Betesh, P. *Los imaginarios sociales. Memorias y esperanzas colectivas*, Nueva Visión, Buenos Aires, 1991. Grove, G., Hughes, I., Lovell, M. & Best, M. «Content analysis of euthanasia polls in Australia and New Zealand: Words do matter». *Internal Medicine Journal*, 2021; 51(10): 1629–1635; Luxardo, N. (2012). Muerte Digna: Connotaciones y alcances del concepto en contextos locales. *MEDPAL Interdisciplina y Domicilio* 4

13 Cfr. Bhatia, N., White, B. & Deliens, L. «How should Australia respond to media-publicised developments on euthanasia in Belgium?». *Journal of Law and Medicine*, 2016; 23: 835–848. Díaz del Campo, op. cit.

14 Cfr. Ministerio de Sanidad. *Informe anual 2021 de la prestación de ayuda para morir*. Acceso: julio de 2024. <https://www.sanidad.gob.es/eutanasia/docs/InformeAnualEutanasia.pdf>.

15 Cfr. Johnstone, M. J. «Media manipulation and the euthanasia debate». *Australian Nursing and Midwifery Journal*, 2014; 21(7): 32.

16 Cfr. Bhatia y al., op. cit. Guzzo, G. «Euthanasia, mass media y consenso social». *Medicina y Ética*, 2012; 23: 171–190.

17 Cfr. Grove y al., op. cit.

18 Cfr. Bahník, Š., Vranka, M. A. & Trefná, K. «What makes euthanasia justifiable? The role of symptoms’ characteristics and interindividual differences». *Death Studies*, 2019; 45(3): 226–237; Hay-

wood, D., Thompson, J., Breen, L. J. & O’Connor, M. «Beliefs And Emotions Underpin Community Attitudes Towards Voluntary Assisted Dying In Australia». *Omega*, 2022; 302228221133414. Advance online publication; Magelssen y al. op. cit. Parkinson, L., Rainbird, K., Kerridge, I., Carter, G., Cavenagh, J., McPhee, J. & Ravenscroft, P. «Cancer patients’ attitudes toward euthanasia and physician-assisted suicide: The influence of question wording and patients’ own definitions on responses». *Journal of Bioethical Inquiry*, 2005; 2: 82–89.

19 Cfr. Cuervo Pinna, M. A., Rubio, M., Altisent Trota, R., Rocafort-Gil, J. & Gómez-Sancho, M. «Investigación cualitativa sobre el concepto de eutanasia, entre médicos españoles». *Revista de Calidad Asistencial: órgano de la Sociedad Española de Calidad Asistencial*, 2016; 31(1): 18–26. Wright, D. K., Fishman, J. R., Karsoho, H., Sandham, S. & Macdonald, M. E. «Physicians and euthanasia: A Canadian print-media discourse analysis of physician perspectives». *CMAJ Open*, 2015; 3(2): E134–E139.

20 Cfr. Guzzo, op. cit.

21 Cfr. Marcoux y al. op. cit. Rietjens, J. A. C., Raijmakers, N. J. H., Kouwenhoven, P. S. C., Seale, C., van Thiel, G. J. M. W., Trapenburg, M., van Delden, J. J. M. & van der Heide, A. «News media coverage of euthanasia: A content analysis of Dutch national newspapers». *BMC Medical Ethics*, 2013; 14: 11.

22 Cfr. Gamliel, E. «To end life or not to prolong life: The effect of message framing on attitudes toward euthanasia». *Journal of Health Psychology*, 2013; 18(5): 693–703. Guzzo, op. cit. Xu, H., Stjernswärd, S., Glasdam, S. & Fu, C. «Circumstances affecting patients’ euthanasia or medically assisted suicide decisions from the perspectives of patients, relatives, and healthcare professionals: A qualitative systematic review». *Death Studies*, 2023; 48(4): 326–351.

23 Cfr. Hemati, Z., Ashouri, E., AllahBakhshian, M., Pourfarzad, Z., Shirani, F., Safazadeh, S., Ziyaei, M., Varzeshnejad, M., Hashemi,

This was pertinent to the question of whether a substantial portion of Spain's major media outlets actively sought to shape public opinion in favor of euthanasia until the law was passed. Although it was challenging to ascertain the intent of the media definitively, clear indications suggested a probable agenda. First, extensive coverage of the topic indicated a deliberate effort to shape public opinion, whether in favor or against it. Second, the conspicuous alignment in the semantic themes of most articles favoring euthanasia was not coincidental but rather reflective of a cultural phenomenon.

5. Conclusions

In the months prior to the enactment of Spain's euthanasia regulation law, the media—particularly the Spanish print press and digital newspapers, the subject of this study—played a critical role in shaping the public discourse and opinions on the subject. Notably, this media presence did not remain ethically neutral but instead exhibited a clear bias in favor of euthanasia. The predominant arguments put forth in these instances emphasized the necessity of establishing the right to die or euthanasia as the only solution to unbearable suffering. In contrast, less than one-fifth of the examined articles expressed disapproval of this practice, advocating a guarantee of palliative care for all citizens. On the other hand, it was common to use narratives about cases of particular suffering that evoke sensitivity and emotion, a fact that positively influences favourable attitudes towards euthanasia. Our findings indicated the need to cultivate an ethical culture that empowered citizens to make end-of-life decisions based on clear-cut principles, rational reasoning, and diverse perspectives.

6. Annex 1 Rubric for media selection

The media outlets—always Spanish—were selected using the following multiple criteria: for print media, general information newspapers with an average daily

circulation of more than 100,000 copies, according to data from the Office of Distributive Justification, and the ten most widely read national digital newspapers according to the Comscore report. These newspapers were searched for opinion pieces, editorials, reports, and news about the passage of the law on dignified death and euthanasia.

This study was conducted within the framework of the research project "Analysis of Public Discourse on Dignified Death in Spanish Social Media in the Period 2019–2021," submitted to the 2022 Call for Funding of Internal Research Projects by Universidad Pontificia Comillas, which approved the funding following a positive evaluation of the project's scientific quality. This project was led by Rafael Amo Usanos as the principal investigator, with the collaboration of María del Carmen Massé, and with the participation of David Lorenzo and Montserrat Esquerda, the latter two being affiliated with other institutions. The funding source for this project was Universidad Pontificia Comillas, and there are no conflicts of interest that affect the results of this research.

References

- Baczko, B. & Betesh, P. *Los imaginarios sociales. Memorias y esperanzas colectivas*, Nueva Visión, Buenos Aires, 1991.
- Bahník, Š., Vranka, M. A. & Trefná, K. «What makes euthanasia justifiable? The role of symptoms' characteristics and interindividual differences». *Death Studies*, 2019; 45(3): 226–237. <https://doi.org/10.1080/07481187.2019.1626945>.
- Bernal-Carcelén, I. «Euthanasia: Trends and opinions in Spain». *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 2020; 22: 112–115. <https://doi.org/10.18176/resp.00020>.
- Bhatia, N., White, B. & Deliens, L. «How should Australia respond to media-publicised developments on euthanasia in Belgium?». *Journal of Law and Medicine*, 2016; 23: 835–848.
- Bodas, M., Ziv, A., Rubin, C., Oberman, B., Tawil, Y., Shaulov, A., Kaplan, G. & Velan, B. «Polarization in public attitudes toward end-of-life decisions in Israel – A cross-sectional study». *Palliative and Sup-*

M. & Taleghani, F. «Dying with dignity: A concept analysis». *Journal of Clinical Nursing*, 2016; 25: 1218–1228. Lorda, P. S. «Muerte digna en España». *DS: Derecho y Salud*, 2008; 16: 73–94. Mijancos Gurruchaga, L. «Eutanasia frente a la dignidad constitucional». *Familia. Revista de Ciencia y Orientación Familiar*, 2022; 60: 105–122.

- portive Care, 2023; 1–8. <https://doi.org/10.1017/S1478951523000780>.
- Borovecki, A., Curkovic, M., Nikodem, K., Oreskovic, S., Novak, M., Rubic, F., Vukovic, J., Spoljar, D., Gordijn, B. & Gastmans, C. «Attitudes about withholding or withdrawing life-prolonging treatment, euthanasia, assisted suicide, and physician assisted suicide: A cross-sectional survey among the general public in Croatia». *BMC Medical Ethics*, 2022; 23(1): 13. <https://doi.org/10.1186/s12910-022-00751-6>.
- Cuervo Pinna, M. Á., Rubio, M., Altisent Trota, R., Rocafort-Gil, J. & Gómez-Sancho, M. «Investigación cualitativa sobre el concepto de eutanasia, entre médicos españoles». *Revista de Calidad Asistencial: órgano de la Sociedad Española de Calidad Asistencial*, 2016; 31(1): 18–26. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2015.07.002>.
- Díaz del Campo, J. «Los medios de comunicación social y su influencia en el debate sobre la posible despenalización de la eutanasia». *Moralía: Revista de Ciencias Morales*, 2009; 32: 159–175.
- Gamliel, E. «To end life or not to prolong life: The effect of message framing on attitudes toward euthanasia». *Journal of Health Psychology*, 2013; 18(5): 693–703. <https://doi.org/10.1177/1359105312455078>.
- García-Magna, D. «La opinión pública sobre la eutanasia en España ante una inminente reforma penal». *Revista Electrónica de Estudios Penales y Seguridad, REEPS*, 2021; n. extra 7.
- Grove, G., Hughes, I., Lovell, M. & Best, M. «Content analysis of euthanasia polls in Australia and New Zealand: Words do matter». *Internal Medicine Journal*, 2021; 51(10): 1629–1635. <https://doi.org/10.1111/imj.15377>.
- Guzzo, G. «Eutanasia, mass media y consenso social». *Medicina y Ética*, 2012; 23: 171–190.
- Haywood, D., Thompson, J., Breen, L. J. & O'Connor, M. «Beliefs And Emotions Underpin Community Attitudes Towards Voluntary Assisted Dying In Australia». *Omega*, 2022; 302228221133414. <https://doi.org/10.1177/00302228221133414>.
- Hemati, Z., Ashouri, E., AllahBakhshian, M., Pourfarzad, Z., Shirani, F., Safazadeh, S., Ziyaei, M., Varzeshnejad, M., Hashemi, M. & Taleghani, F. «Dying with dignity: A concept analysis». *Journal of Clinical Nursing*, 2016; 25: 1218–1228. <https://doi.org/10.1111/jocn.13143>.
- Inbadas, H., Zaman, S., Whitelaw, S. & Clark, D. «Declarations on euthanasia and assisted dying». *Death Studies*, 2017; 41(9): 574–584. <http://doi.org/10.1080/07481187.2017.1317300>.
- Jaye, C., Lomax-Sawyers, I., Young, J. & Egan, R. «The people speak: Social media on euthanasia/assisted dying». *Medical Humanities*, 2021; 47(1): 47–55. <https://doi.org/10.1136/medhum-2018-011565>.
- Johnstone, M. J. «Media manipulation and the euthanasia debate». *Australian Nursing and Midwifery Journal*, 2014; 21(7): 32.
- Lorda, P. S. «Muerte digna en España». *DS: Derecho y Salud*, 2008; 16: 73–94.
- Luxardo, N. «Muerte Digna: Connotaciones y alcances del concepto en contextos locales». *MEDPAL Interdisciplina y Domicilio*, 2012; 4.
- Magelssen, M., Supphellen, M., Nortvedt, P. & Materstvedt, L. J. «Attitudes towards assisted dying are influenced by question wording and order: A survey experiment». *BMC Medical Ethics*, 2016; 17(1): 24. <https://doi.org/10.1186/s12910-016-0107-3>.
- Marcoux, I., Mishara, B. L. & Durand, C. «Confusion between euthanasia and other end-of-life decisions: Influences on public opinion poll results». *Canadian Journal of Public Health*, 2007; 98(3): 235–239. <https://doi.org/10.1007/BF03403719>.
- Mijancos Gurruchaga, L. «Eutanasia frente a la dignidad constitucional». *Familia. Revista de Ciencia y Orientación Familiar*, 2022; 60: 105–122. <https://doi.org/10.36576/2660-9525.60.105>.
- Ministerio de Sanidad. *Informe anual 2021 de la prestación de ayuda para morir*, 2023. Acceso: julio de 2024. <https://www.sanidad.gob.es/eutanasia/docs/InformeAnualEutanasia.pdf>.
- Mroz, S., Dierickx, S., Deliens, L., Cohen, J. & Chamberlain, K. «Assisted dying around the world: A status quaestionis». *Annals of Palliative Medicine*, 2021; 10(3): 3540–3553. <https://doi.org/10.21037/apm-20-637>.

- Olivares-García, F. J., Miguel, A. R. S. & Gutiérrez-Salas, R. «Twitter y medios de comunicación como agentes de poder: El caso de la Ley de regulación de la eutanasia». En Álvarez-Chávez, M. P., Rodríguez-Garay, G. O. & Ramos, S. H. (Eds.), *Comunicación y pluralidad en un contexto divergente*, Dykinson, 2022, pp. 1040–1069.
- Organic Law 3/2021, of 24 March, on the regulation of euthanasia.
- BOE, no 72 of 25/03/2021. Acceso: julio de 2024. <https://www.boe.es/boe/dias/2021/03/25/pdfs/BOE-A-2021-4628.pdf>.
- Parkinson, L., Rainbird, K., Kerridge, I., Carter, G., Cavanagh, J., McPhee, J. & Ravenscroft, P. «Cancer patients' attitudes toward euthanasia and physician-assisted suicide: The influence of question wording and patients' own definitions on responses». *Journal of Bioethical Inquiry*, 2005; 2: 82–89. <https://doi.org/10.1007/BF02448847>.
- Rietjens, J. A. C., Raijmakers, N. J. H., Kouwenhoven, P. S. C., Seale, C., van Thiel, G. J. M. W., Trappenburg, M., van Delden, J. J. M. & van der Heide, A. «News media coverage of euthanasia: A content analysis of Dutch national newspapers». *BMC Medical Ethics*, 2013; 14: 11. <https://doi.org/10.1186/1472-6939-14-11>.
- Sarmiento-Medina, P. J., García-Medina, D. P., Garzón-González, C. J., Castillo-Merchán, L. J., Correal-Neira, K. & Celis-Pedraza, D. A. «Media and euthanasia in Colombia. Content analysis and argumentative categorization». *Journal of the Faculty of Medicine*, 2019; 67(2): 209–215. <https://doi.org/10.15446/revfac-med.v67n2.68645>.
- Serrano del Rosal, R. & Molina Martínez, M. A. «Regulación de la eutanasia y el suicidio asistido en España. ¿Hacia qué modelo se dirige la opinión pública?». *Arbor: Ciencia. Pensamiento y Cultura*, 2014; 190(769): a174.
- Stolz, E., Großschädl, F., Mayerl, Rásky, É. & Freidl, W. «Determinants of acceptance of end-of-life interventions: A comparison between withdrawing life-prolonging treatment and euthanasia in Austria». *BMC Medical Ethics*, 2015; 16: 81. <https://doi.org/10.1186/s12910-015-0076-y>.
- Wright, D. K., Fishman, J. R., Karsoho, H., Sandham, S. & Macdonald, M. E. «Physicians and euthanasia: A Canadian print-media discourse analysis of physician perspectives». *CMAJ Open*, 2015; 3(2): E134–E139. <https://doi.org/10.9778/cmajo.20140071>.
- Xu, H., Stjernswärd, S., Glasdam, S. & Fu, C. «Circumstances affecting patients' euthanasia or medically assisted suicide decisions from the perspectives of patients, relatives, and healthcare professionals: A qualitative systematic review». *Death Studies*, 2023; 48(4): 326–351. <https://doi.org/10.1080/07481187.2023.2228730>.

INFORMACIÓN BIBLIOGRÁFICA



JAIME VILARROIG MARTÍN, MÁS ALLÁ DE LO HUMANO. CRÍTICA AL TRANSHUMANISMO COMO SOTERIOLOGÍA CIENTÍFICA Y SECULAR, Ed. Ceu Ediciones, Madrid, 2025, 95pp, ISBN 978-84-19976-60-4

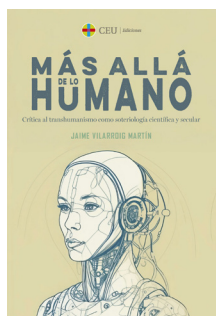
JAIME VILARROIG MARTÍN, BEYOND THE HUMAN. CRITIQUE OF TRANSHUMANISM AS A SCIENTIFIC AND SECULAR SOTERIOLOGY, Ceu Editions, Madrid, 2025, 95pp, ISBN 978-84-19976-60-4

ROCÍO LÓPEZ GARCÍA-TORRES <https://orcid.org/0000-0001-5647-764X>

Departamento de Ciencias de la Educación

Universidad CEU Cardenal Herrera

rocio.lopez@uchceu.es



El transhumanismo es una ideología que, en esencia, busca trascender la condición humana utilizando la ciencia y la tecnología para crear algo superior al ser humano actual. Parte de la premisa evolutiva que afirma que los seres humanos aún no hemos evolucionado del todo, es decir,

que con el *homo sapiens* no hemos llegado a la cima.

Supone un rechazo absoluto a la vulnerabilidad de la condición humana, que pretende ser Dios. O, lo que es lo mismo, adueñarse de la naturaleza de Dios a través de la ciencia.

El transhumanismo se ha convertido en uno de los objetos de debate y reflexión filosóficos más acuciantes del siglo XXI. Precisamente es lo que hace Jaime Vilarroig Martín en este libro.

Más allá de lo humano es una obra crítica y filosófica que aborda el transhumanismo desde una perspectiva escéptica, examinando sus fundamentos filosóficos,

científicos y éticos. El ensayo versa sobre uno de los grandes desafíos de nuestro tiempo: a la pretensión moderna de endiosar al hombre le ha seguido el proyecto posmoderno de superarlo mediante la técnica. Ya no se trata, como antaño, de elevar la naturaleza humana a la plenitud, sino de sustituirla por una supuestamente mejor, menos limitada, más eficaz. En *Más allá de lo humano*, su autor rastrea los orígenes del transhumanismo, desmenuza las ideas de sus principales autores e indaga sobre su sentido último. Se propone iluminar, de este modo, la esencia un proyecto soteriológico que rivaliza con las viejas religiones y que promete a la humanidad una redención tan inmanente como sui géneris: la técnica —advierten sus teóricos— librerá al hombre de la opresiva condena de serlo.

El contenido del libro se estructura en siete capítulos, además de la introducción. En el primer capítulo, *Qué es el transhumanismo*, el autor ofrece una visión general y un marco conceptual para entender el transhumanismo y sus múltiples facetas. Introduce y define el concepto de transhumanismo, describién-

dolo como una “hidra de mil cabezas” debido a sus múltiples perspectivas; sus perfiles y propuestas varían y se redefinen con el tiempo; además, no todos los que se consideran transhumanistas estarían de acuerdo con todas las propuestas transhumanistas, y no todos los que proponen ideas transhumanistas se identifican como tales.

Vilarroig también presenta a algunos de los principales exponentes del transhumanismo, como Julian Huxley, quien acuñó el término, Nick Bostrom y Ray Kurzweil. Y discute sobre las tecnologías cruciales para este movimiento, conocidas por el acrónimo NBIC: Nanociencia, Biotecnología, Informática y Ciencias Cognitivas.

En el segundo capítulo, *Antecedentes filosóficos*, Jaime Vilarroig explora las raíces filosóficas del transhumanismo, que niegan la existencia de la esencia del ser humano y argumentan, como Friedrich Nietzsche, que el ser humano debe ser superado hacia un estado superior —recordemos el pensamiento de Nietzsche sobre el “superhombre” y la crítica a las limitaciones inherentes de la condición humana—.

En el tercer capítulo, *Inmortales*, el autor cuestiona la búsqueda de la inmortalidad, objetivo central del transhumanismo; para ello, revisa diversas estrategias científicas para alcanzar la inmortalidad, como la criogenización, y analiza otras propuestas transhumanistas, como puede ser la de reemplazar partes defectuosas del cuerpo con órganos artificiales. Argumenta en contra de su viabilidad y destaca la indeseabilidad de la inmortalidad, ya que podría llevar al tedio eterno y la pérdida del valor de la vida, para lo que cita ejemplos literarios, como el mito de Titono y la película “Highlander,” que ilustran el sufrimiento asociado a la vida infinita.

Y el cuarto capítulo, *Invulnerables*, es una crítica a la aspiración transhumanista de eliminar el sufrimiento humano y alcanzar la invulnerabilidad, cuestionando su conveniencia. Argumenta que la invulnerabilidad es fácticamente imposible. Además, sostiene que no es deseable, enfatizando la importancia del sufrimiento en la experiencia humana.

El quinto capítulo, por su parte, analiza el tema del mejorar la naturaleza humana utilizando biotecnología, ingeniería genética, farmacología y robótica. Y destaca las críticas a estas propuestas que hacen los pensadores Habermas, Fukuyama y Sandel, que consideran implicaciones éticas del mejoramiento humano. Además, añade otras críticas y reflexiones al proyecto del mejoramiento humano, que apelan a la repugnancia moral y alertan sobre la posible deshumanización de la humanidad. Por todo ello, el autor reivindica la necesidad de un progreso técnico moderado, acompañado de la necesidad de reflexionar en profundidad sobre sus implicaciones filosóficas, éticas y sociales.

En el capítulo sexto, *El transhumanismo como soteriología científica*, Vilarroig examina cómo el transhumanismo, aunque se presenta como una ideología secular y científica, muestra paralelismos con las religiones tradicionales. El autor señala, por un lado, que el transhumanismo a menudo se concibe como una forma de soteriología científica, que promete una especie de salvación para la humanidad a través de avances tecnológicos. Por otro, destaca que, aunque el transhumanismo no adora a un dios en el sentido tradicional, sí comparte con las religiones clásicas la idea de dios, un “dios poshumano” representado por el ser humano mejorado o superado; un ser superior, creado a partir de la evolución tecnológica del ser humano, que lograría ser ubicuo, inmortal o indestructible, omnipotente...

Por último, en el séptimo capítulo Vilarroig concluye con una recapitulación de las ideas principales discutidas en el libro, y señala siete falacias fundamentales del transhumanismo. Destaca que el principal contrapunto al transhumanismo es el humanismo, que defiende la naturaleza humana como algo valioso y digno de ser preservado. La crítica se fundamenta en la creencia de que no todo lo técnicamente posible es moralmente aceptable y que la condición humana, con todas sus limitaciones, tiene un valor intrínseco.

En definitiva, la obra invita a una reflexión profunda sobre el papel de la tecnología en la mejora del ser humano.

CUADERNOS DE BIOÉTICA

Revista Oficial de la Asociación Española de Bioética y Ética Médica

Nº 117. Volumen XXXVI, 2ª 2025
mayo - agosto



REVISTA CUADERNOS DE BIOÉTICA

Nº 117. Volumen XXXVI, 2ª 2025

mayo - agosto

SUMARIO

TEMA DE ESTUDIO

TECNOLOGÍAS EMERGENTES EN EL ÁMBITO DE LA SALUD

- Nota del Editor: Uso ético de las nuevas tecnologías en investigación biomédica y atención sanitaria 91
Luis Miguel Pastor
- Bioética y persona ante las tecnologías emergentes 95
Elena Postigo Solana
- El derecho a la atención en la universidad: ¿es razonable prohibir el *smartphone*? 103
Alfonso Ballesteros
- Empleo de la inteligencia artificial y consentimiento informado en la asistencia sanitaria 117
Carolina Pereira Sáez

COLABORACIONES

- Cerebro de los niños con disforia de género. Efectos de las hormonas y los bloqueantes de la pubertad en un cerebro en desarrollo. Una aproximación ética 131
Natalia López-Moratalla, Amparo Calleja, María Font
- Reflexiones derivadas del informe: La comisión The Lancet sobre medicina, nazismo y el holocausto: evidencia histórica, implicaciones para hoy, enseñanza para el mañana 151
Salvador Marí-Bauset

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 167

JOURNAL: CUADERNOS DE BIOÉTICA

Nº 117. Volume XXXVI, 2nd 2025

May - August

SUMMARY

SUBJET OF STUDY

EMERGING TECHNOLOGIES IN THE HEALTHCARE FIELD

- Editor's Note: Ethical use of innovative technologies in biomedical research and healthcare 91
Luis Miguel Pastor
- Bioethics and human person in the context of emerging technologies 95
Elena Postigo Solana
- The right to attention at university: Is it reasonable to ban smartphones? 103
Alfonso Ballesteros
- AI's use in health care and informed consent 117
Carolina Pereira Sáez

COLLABORATIONS

- Children's brains with gender dysphoria. Effects of hormones and puberty blockers on a developing brain. An ethical approach 131
Natalia López-Moratalla, Amparo Calleja, María Font
- Reflections derived from report: The Lancet commission on medicine, nazism, and the holocaust: historical evidence, implications for today, teaching for tomorrow 151
Salvador Marí-Bauset

ABSTRACTS OF COMMUNICATIONS

- XV International Congress of the Spanish Association of Bioethics and Medical Ethics (AEBI) held in Vigo on September 26 and 27, 2025 167

Tema de Estudio

**TECNOLOGÍAS EMERGENTES
EN EL ÁMBITO DE LA SALUD**



NOTA DEL EDITOR: USO ÉTICO DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS EN INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA Y ATENCIÓN SANITARIA

EDITOR'S NOTE: ETHICAL USE OF INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN BIOMEDICAL RESEARCH AND HEALTHCARE

LUIS MIGUEL PASTOR <https://orcid.org/0000-0001-6067-2413>

Departamento de Biología Celular e Histología.

Facultad de Medicina, IMIB-Arrixaca,

Regional Campus of International Excellence

Campus Mare Nostrum,

Universidad de Murcia, Murcia, Spain.

bioetica@um.es

Es un hecho cada vez más patente que en el ejercicio de la investigación o la educación en ciencias de la salud, como también en la misma práctica profesional de atención a los enfermos, la incorporación de nuevas tecnologías se produce de forma muy rápida. La preservación del bien de la vida y de su plena funcionalidad en el tiempo, como la búsqueda de un estado integral de salud para las personas, son objetivos prioritarios tanto de los individuos como de la sociedad, lo cual genera un deber en los poderes públicos para satisfacer estas necesidades de una forma rápida, eficiente y con el menor coste económico posible. Al igual que en otras áreas de la actividad humana las nuevas tecnologías se convierten así en un instrumento valiosísimo para potenciar la capacidad humana de prevenir, cuidar o curar la salud de las personas¹. Además, los profesionales, apoyados en

sus deberes deontológicos son los primeros en asumirlas tan pronto como ven su utilidad en la atención sanitaria siendo ellos mismos los que evalúan la validez de su uso tanto desde un punto de vista técnico como ético.

La tecnología es sin duda alguna un instrumento que prolonga y proyecta la acción humana multiplicando su eficacia y satisfaciendo mucho mejor las diversas necesidades del hombre. Al igual que en otras dimensiones del vivir humano las legítimas necesidades de salud de la persona pueden mezclarse con otras no tan adecuadas que pueden causar un abuso en el uso de la tecnología, tanto por parte de los profesionales, los gestores de salud como los propios pacientes. Es así como percibimos que dentro del sentido positivo indiscutible que tiene la tecnología aparecen ante nuestra mirada usos y realizaciones de ella que no acrecientan la bondad humana, sino que en variados casos pueden disminuirla o hasta pretender abolirla. La tecnología no tiene en sí misma responsabilidad ética; ésta se encuentra en las personas que son los únicos agentes éticos y como tales definen los fines de la tecnología como también cuando se realiza una elección concreta de su uso. Junto a ello no sólo la tecnología debe tener por finalidad última el respeto y la promoción de la dignidad de cada persona

¹ Las nuevas tecnologías en medicina incluyen principalmente la inteligencia artificial para diagnósticos y análisis de datos, la telemedicina para atención remota, la realidad aumentada y virtual para formación y planificación quirúrgica. Algunos autores consideran también que ciertas terapias que se apoyan en algunas de las anteriores se pueden considerar dentro de estas tecnologías. Así la biotecnología con terapias génicas y secuenciación del genoma, la nanomedicina para administración dirigida de fármacos y diagnósticos avanzados o la medicina personalizada o de precisión. Todas estas innovaciones buscan mejorar la precisión diagnóstica, personalizar tratamientos, optimizar procedimientos médicos y hacer la atención sanitaria más accesible ahorrando también gastos innecesarios al estado.

humana y el respeto del bien común, sino también que su uso concreto no esté en contradicción con un pretendido servicio a la persona o la humanidad. Nuevamente los avances tecnológicos nos enfrentan, en primer lugar, con la necesidad de incrementar la bondad ética de las personas. Sus posibilidades pueden, según la mayor o menor corrupción de la voluntad humana, servir para potenciar una vida buena entre los hombres o incrementar los intereses particulares generando injusticia e infelicidad entre las personas. En relación con esto último es muy importante estar vigilantes con una tentación universal de los seres humanos. La de focalizar en una realidad concreta la búsqueda de la felicidad humana o centrarse en algo que elimine los obstáculos que la impiden. Considerar y depositar, por ejemplo, en la denominada inteligencia artificial (IA) nuestra confianza de un modo excesivo, más allá de lo que es en realidad el futuro bienestar del hombre, puede suponer no sólo reducir el espacio vital humano, sino también fomentar la explotación de unos hombres respecto a otros. En síntesis, en la valoración o discernimiento de la éticidad de las nuevas tecnologías aplicadas a la salud, habría que atenerse en primer lugar a que éstas estén enmarcadas en su uso dentro de una concepción antropológica realista sobre lo que es el hombre. Así, evitaremos que la virtualidad intrínseca de una determinada herramienta tecnológica sea hipertrofiada y a través de ella se pueda imponer un modo concreto de concebir la vida humana, su salud y enfermedad. En segundo lugar, hay que analizar si la herramienta en concreto es justa y como tal no vulnera de forma directa alguno de los bienes fundamentales del hombre lo cual la convertiría en no elegible. Solo después de esto se debería pasar a una evaluación de la conveniencia del uso de una determinada herramienta teniendo en cuenta los diversos contextos en que ésta puede ser útil. Como es lógico, la efectividad de la tecnología debe ser considerada en primer término, tanto en el terreno del diagnóstico, del pronóstico o del tratamiento y debe mantenerse en unos niveles similares a la opción concreta a la que se supone es una alternativa o pretende sustituir. Tras esto, deberá estudiarse su eticidad en función de múltiples parámetros: edad del paciente, estado clínico, impor-

tancia de la patología, situación familiar, etc. Estas valoraciones ayudarán al juicio prudencial que tiene que realizar el profesional y a la toma de decisiones en su caso con el paciente, respetando siempre su dignidad e integridad psicofísica, como la justicia social. Hay que evitar también todo tipo de discriminación derivada del acceso al uso de ella o de soluciones provenientes de esta tecnología que pudieran estar sesgadas por un criterio excesivamente utilitarista. De esta manera, el uso o no de la herramienta tecnológica se hará de forma racional, libre, y como tal, de modo responsable; nunca delegando en ella la decisión final. Este modo de actuar debe conducir a que las aplicaciones tecnológicas sean introducidas de modo justificado y transparente, lo cual favorece que su utilización esté bajo supervisión tanto de los especialistas, los gestores sanitarios o los ciudadanos en general. Por último, es claro que el fin último del uso en la asistencia sanitaria de una nueva tecnología tiene que inscribirse dentro de un objetivo terapéutico, no fomentando nuevas situaciones de marginación o de discriminación, siendo también necesario que exista una supervisión y validación continuada para que las valoraciones, diagnósticos o tareas en las cuales estas tecnologías participen no se constituyan en resoluciones automáticas e inamovibles, eclipsando el papel insustituible del profesional sanitario. Para ello, se hace más necesario que nunca, la práctica de la honestidad profesional que lleva al estudio y a ser competentes en el uso de estas herramientas, haciendo que las tareas realizadas por ellas nunca sean algo impersonal, en cuanto que exista siempre detrás un trabajo humano que las coordina y les da sentido. En esta línea, en la medida que las tecnologías ayuden cada vez más en tareas que tengan que ver con la racionalidad o la toma de decisiones voluntarias, se requerirá una creciente y atenta supervisión para que su uso por parte de los profesionales no se convierta por comodidad o desidia en algo mecánico que pueda suplantar su propia y específica tarea o hacerlos excesivamente dependientes de ellas².

2 No hay que olvidar nunca que estas tecnologías son creaciones humanas y como tales afectadas por la contingencia que tiene todo lo producido por el hombre. Es necesario tener esto presente a la hora de la utilización de estas herramientas que hemos generado y seguimos generando con nuestros conocimientos.

Tal tarea de control o supervisión manifiesta que las herramientas utilizadas son lo que su nombre indica, medios para un trabajo que es realizado por un profesional que con su intencionalidad ancla en la realidad los resultados obtenidos con dicha técnica. La asunción responsable de una determinada herramienta tecnológica por parte de un sujeto dificulta además otra tentación humana como es la inclinación a la pérdida del sentido de la realidad. La desconexión con lo real por la inmersión de la persona en la realidad imaginada o generada de forma virtual es algo muy fácil para el hombre y su adaptación a ella dificulta cada vez más tener conciencia de su irre realidad. Esto puede generar un peligro: el que ella se convierta en un mundo ficticio que suplante la propia vida. Algo que a la larga puede suponer una mayor exposición al sufrimiento o incluso la explotación de las debilidades de la persona por parte de otras. De esta manera, la presencia de un profesional sanitario, bien formado tanto técnicamente como éticamente, responsable de su uso, puede sacar lo mejor de una herramienta tecnológica, eliminando los efectos nocivos de un mal uso de ella. Es más, hasta puede incrementar la cercanía y el acompañamiento personalizado a los pacientes hasta el punto de mejorar la alianza terapéutica evitando la soledad en la que pudieran quedar los pacientes abandonados a un uso inmoderado de las nuevas tecnologías. En esta línea, el uso de diversas

herramientas con el continuo respaldo de un profesional, puede evitar fácilmente que se produzca una cierta personificación en relación con el uso de las diversas aplicaciones de la IA. Algo que puede acaecer tanto al profesional sanitario en las tareas de análisis de datos, reconocimiento de imágenes o diagnóstico³ como a los pacientes a la hora de su uso como medio terapéutico. En última instancia se trata de no dejar que la relación clínica quede subordinada a las “máquinas” ni que la actividad de curar o cuidar o investigar pivote sobre la actividad de éstas.

Por último, es bien sabido que durante estos últimos cincuenta años ha existido un continuo progreso ético en el área de la asistencia sanitaria por cuidar de forma cada vez más exquisita todo lo que se relaciona con la intimidad del paciente en cuanto ésta se encuentra muy expuesta a ser violada tanto por la mayor vulnerabilidad que ocasiona la enfermedad como por el conocimiento de aspectos de ella que se adquieren como fruto de la relación clínica sea a consecuencia de la enfermedad tratada o en conexión con ella. El uso de estas nuevas tecnologías y el potencial que puedan tener no puede ser utilizado para justificar retrocesos en este campo de la confidencialidad pues existe el derecho humano a que se respete su vida privada. La buena reputación de toda persona nunca debe ser menoscabada o ser convertida en parte del espectáculo mediático social que explota el ansia por conocer, ni tampoco debe sufrir una exposición tal que lleve a un cierto control de la propia vida por parte de otros.

Finalizo este escrito haciendo una serie de recomendaciones que considero están en implícitas en las reflexiones anteriores: a) las nuevas tecnologías aplicadas a la salud tienen que ayudar a un crecimiento del hombre en cuanto hombre que faciliten que éste

Éstos, especialmente en el área de las ciencias experimentales, están sujetos a una cierta provisionalidad, debido especialmente a la parcialidad de muchas de sus evidencias y a un continuo crecimiento de hechos que puede modificar conclusiones anteriores, generando nuevos marcos conceptuales que integran los anteriores con los nuevos encontrados. Me parece que esto es importante pues algunas de estas nuevas tecnologías funcionan con información y objetivos asignados por determinados seres humanos y se rigen por procesos introducidos por los diseñadores de los programas. Junto a esto, no hay que olvidar que en el terreno de las ciencias humanas existen posturas diversas de cómo concebir la naturaleza humana y sus diversas actividades, lo cual requiere dotar a estas tecnologías de una transparencia que facilite a sus usuarios reconocer en todo momento de donde proceden los elementos de persuasión o de convencimiento. En este último apartado es necesario no olvidar, que en el conocimiento como en la decisión humana, juegan un papel muy importante los afectos que pueden ser utilizados a la hora de decantar a alguien hacia una determinada postura o unos determinados comportamientos. Esto supone que las nuevas tecnologías, especialmente la IA no deben “jugar” afectivamente con los que las utilizan, manifestando claramente su no humanidad y evitando sus diseñadores, en la medida de lo posible, que éstas produzca idealizaciones o dependencias afectivas derivadas de una presentación equivocada de ellas.

3 En mi opinión, dentro de los servicios sanitarios en los que profesionales usen de forma masiva y continua diversas herramientas para evaluación de datos, como por ejemplo, imágenes clínicas que tenga después un peso importante en la atención sanitaria se hace necesario por el bien del paciente y la adecuada atención profesional ligada a éste, de medidas -que pueden configurar protocolos internos- que supervisen dicho trabajo disminuyendo no sólo los errores que se puedan producir sino también la actualización de los programas, su idoneidad, como también la posible modificación de los resultados en función de las características propias de los pacientes y su estado clínico.

sea más consciente y responsable de su dignidad; b) las nuevas tecnologías son instrumentos, un modo de ampliar las posibilidades del hombre para hacer que éste crezca como persona y ayude al bien de los demás. Dado su potencial pueden ser muy eficaces en incrementar los lazos de fraternidad entre los hombres pero al mismo tiempo su diseño o su utilización contra el bien del hombre puede generar un mayor daño en cuanto éstas se relacionan con capacidades muy específicas de la naturaleza humana en la esfera intelectual y volitiva; c) junto a ello, siempre debemos ser responsables de su aplicación, en cuanto que hay que utilizarlas, supervisando sus resultados, dirigiendo su puesta a punto y facilitando que la percepción de las personas que interactúan con ellas, no se vea afectada, de tal forma que se pueda producir una confusión o engaño entre la realidad y la virtualidad generada por estas herramientas tecnológicas. Especialmente hay que evitar que se produzcan fenómenos de transferencia o de cierta posesión, en los cuales o se proyectan inconscientemente sentimientos, emociones y patrones de relaciones humanas sobre la herramienta o ésta va sutilmente dominando psicológicamente a la persona que la usa; d) finalmente, y en relación a lo antes comentado de que todas éstas tecnologías son productos humanos y tienen errores como, por ejemplo los específicos de la IA denominados “alucinaciones”, es importante difundir en la sociedad una visión íntegra de la persona humana para que ésta no sea reducida ante nuestros propios ojos por la misma realidad que hemos generado que solo la imita en ciertas de sus cualidades. En estas aplicaciones tecnológicas no hay más que apariencia humana y una realidad que carece de lo más esencial del hombre: conciencia con su flexibilidad, entendimiento, que de forma activa genera

conceptos nuevos en conexión con los objetos reales⁴, una voluntad humana que quiere querer⁵ y como tal libremente ama, desea e intenta alcanzar de forma responsable lo que quiere.

4 La teoría del conocimiento aristotélico-tomista siempre se ha percatado que la inteligencia humana presenta una dimensión pasiva receptora de conceptos pero que estos surgen de los datos sensibles que aportan los sentidos. Para ello, ésta inteligencia tiene una dimensión activa. Ésta es un agente que hace patente o pone de manifiesto- abstraer- de esas informaciones sensibles un concepto esencial que permitirá posteriormente otras tareas de la razón como son el juicio o el razonamiento lógico. Esto supone previamente que la inteligencia humana a diferencia de la del animal, “es capaz de aprehender los medios como medios, lo que equivale a decir que el hombre no solamente puede conocer las cosas que son medios, sino también, precisamente, darse cuenta de que esos medios lo son. Lo que distingue al hombre del animal es así, en este punto, la capacidad que el hombre tiene de conocer que el medio es medio, lo que a su vez implica, en general, que el hombre tiene la facultad de conocer el “ser”. A esta facultad es a lo que se llama entendimiento, y por disponer de ella el hombre no se limita a la captación de las formas corpóreas concretas y singulares, sino que también puede extenderse a las formas corpóreas abstractas y, en general, a todo cuanto es”. Millán Puelles, A. *Fundamentos de Filosofía*. Madrid, Ediciones Rialp, 7 edición, 1970.

5 “No solo con el querer el hombre pretende crecer en su ser a nivel físico, psíquico o ético, sino que su querer más intenso, su enamoramiento más profundo, tiene relación con los demás hombres. Así podemos observar que en la vida humana se da un tipo de querer especial que calificamos de benevolente o de amistad. Este tipo de amor definido en términos griegos como “Ágape”, quiere unirse al otro —algo que es efecto de todo tipo de amor— pero no apropiándose del otro, sino dándose al otro, buscando su bien y haciéndolo lo más efectivo posible. Se trata de un querer que intenta afirmar en el ser al otro, que no busca aprovecharse de él. Estamos ante un querer gratuito, incondicional, un don o regalo al otro [...] Es más, recibir el don reclama en nosotros la reciprocidad de él, con lo que al final aspiramos a la comunión y a trascender nuestro ser en un nosotros superior. De esta forma, los seres humanos constitutivamente incompletos y que no se bastan a sí mismos, alcanzan su mayor plenitud a través de las relaciones interpersonales, las cuales generan una comunión intersubjetiva y remiten nuestro yo a un tú. Un amor que lleva a hacerse semejante al otro, que lleva a pensar y desear en común, que genera desde el recíproco don de sí una historia, una tarea que crece con el paso del tiempo y desearía perdurar para siempre[...] ¿Es esto posible en los organismos tecnológicos? ¿Serán capaces de hacerse entre ellos un don sincero de sí? ¿Podrán realizar actos que conlleven fidelidad al amor? O, ¿serán capaces de generar un querer libre e incondicional por los demás? [...] ¿buscarán la felicidad en sus vidas? Pastor L.M. Consideraciones sobre el ser humano. Su singularidad frente a las concepciones antropológicas actuales de carácter tecnocientífico. *Naturaleza y Libertad. Revista De Estudios Interdisciplinarios*, 13(1), 104-117. 2020.



BIOÉTICA Y PERSONA ANTE LAS TECNOLOGÍAS EMERGENTES

BIOETHICS AND HUMAN PERSON IN THE CONTEXT OF EMERGING TECHNOLOGIES

ELENA POSTIGO SOLANA <https://orcid.org/0000-0003-0831-9983>

Universidad Francisco de Vitoria

Pozuelo de Alarcón – Madrid – España

elena.postigo@ufv.es

RESUMEN:

Palabras clave:

Bioética, Filosofía, persona, tecnologías emergentes, NBIC.

Recibido: 02/08/2025

Aceptado: 28/08/2025

En este artículo se analizan y valoran los desafíos éticos y bioéticos que plantean las tecnologías emergentes y convergentes (NBIC: nanotecnología, biotecnología, inteligencia artificial e informática, y ciencias cognitivas) desde una Bioética y una Filosofía centrada en la persona. Se describen algunas de sus posibilidades de aplicación biomédica y social, señalando las principales implicaciones éticas y bienes en juego: dignidad, vida, autonomía, vulnerabilidad y justicia. Finalmente, se proponen algunos criterios éticos inspirados en los principios de la bioética personalista con fundamentación ontológica: promoción y cuidado de la vida humana, totalidad terapéutica, libertad responsable, también hacia las generaciones futuras, y justicia. Principios y virtudes morales que, a juicio de la autora, deberían orientar el desarrollo tecnológico al servicio de la persona y del bien común.

ABSTRACT:

Keywords:

Bioethics, Philosophy, human person, emerging technologies, NBIC.

This article examines the ethical challenges posed by NBIC emerging and converging technologies (nanotechnology, biotechnology, artificial intelligence and information technologies, and cognitive sciences) from the perspective of personalist bioethics. Their biomedical and social applications are described, highlighting the main values at stake: dignity, life, autonomy, vulnerability, and justice. Finally, guidelines are proposed, inspired by the principles of personalist bioethics: defense of human life, therapeutic totality, responsible freedom, and justice, to ensure that technological development remains at the service of the person and the common good.

1. Introducción

El avance científico actual plantea a la humanidad un horizonte inédito: la posibilidad de intervenir sobre las bases biológicas de la vida misma, tanto en su dimensión celular y genética como en aquella cognitiva y cerebral. Nos hallamos en un contexto de aceleración científica y tecnológica que plantea dilemas desconocidos hasta ahora para la reflexión ética y bioética. En particular, las tecnologías emergentes y convergentes que se están desarrollando en la última década requieren una reflexión atenta para ver de qué manera pueden afectar al ser humano, y no solo, también a otras especies y al ecosistema, aunque en este artículo nos centraremos en aquellas que tocan de manera particular a la persona.

La convergencia de nanotecnología, biotecnología, neurociencias e inteligencia artificial permite aplicaciones que, hasta hace tan solo unas décadas, eran impensables. Sus posibles beneficios son innegables: diagnóstico precoz, tratamientos individualizados, terapia y curación, neuroestimulación terapéutica, edición genética o regeneración de tejidos, entre otros. Sin embargo, este horizonte suscita al mismo tiempo preguntas fundamentales: ¿cuáles son los límites de la intervención tecnológica? ¿cómo asegurar la protección de la integridad de la persona, especialmente de las más vulnerables, cómo tutelar la dignidad humana y la justicia? ¿De qué manera van a afectar ciertas alteraciones a la descendencia y qué responsabilidad tenemos hacia las futuras generaciones? Responder a estas cuestiones no es tarea exclusivamente científica o técnica, sino de índole filosófica, ética y bioética.

Uno de los retos de la Bioética contemporánea es orientar dicho progreso tecnocientífico, que seguramente traerá muchos beneficios para el ser humano, hacia la promoción integral de la persona y del bien común. La bioética personalista con fundamentación ontológica ofrece un marco para reflexionar y discernir, situando a la persona concreta, vulnerable y relacional, en el centro de toda valoración bioética y poder decidir prudencialmente en cada situación aquello que es el bien para la persona y para las generaciones venideras. O al menos intentar ofrecer una respuesta que oriente el obrar, no

extrínsecamente, sino intrínsecamente, desde la intención y los fines, y que valore la acción, su objeto y circunstancias, medios y consecuencias previsibles.

2. Qué son las tecnologías emergentes y convergentes y su potencial

Las denominadas tecnologías emergentes y convergentes, NBIC, son el acrónimo que incluye la Nanotecnología, la Biotecnología, las Tecnologías de la Información (incluida la IA) y las Ciencias Cognitivas. Se trata de un conjunto de tecnologías emergentes y convergentes entre ellas cuyo objetivo es el estudio interdisciplinar de las interacciones entre sistemas vivos y sistemas artificiales, permitiendo diseñar dispositivos y soluciones que podrían curar, ayudar, mejorar o ampliar ciertas capacidades humanas en distintos niveles: celular, genético, cognitivo, etc., todo ello para mejorar la salud de las personas, generando a su vez un mayor bienestar social.

De manera sintética podríamos decir que la Nanotecnología es la ingeniería y manipulación de la materia a nivel atómico y molecular, permitiendo la creación de materiales y dispositivos extremadamente pequeños con aplicaciones en salud humana, energía, electrónica e industria, entre otros. La Biotecnología es la utilización de conocimientos biológicos y químicos para aplicaciones en medicina, agricultura, alimentación y medio ambiente, como el desarrollo de terapias, diagnóstico biomolecular o transgénicos, entre otros. Las Tecnologías de la Información, entre las que se encuentra la IA, son las herramientas y sistemas orientados al manejo, procesamiento y transmisión de información, como la computación, telecomunicaciones y microelectrónica, que controlan y gestionan grandes volúmenes de datos. Por último, las Ciencias Cognitivas incluyen la investigación científica multidisciplinar de la mente y el cerebro, integrando Neurociencia, Psicología, Inteligencia Artificial y Filosofía, con el propósito de entender y potenciar los procesos mentales y cognitivos humanos.

El carácter distintivo de las NBIC radica en la integración y sinergia de estas cuatro disciplinas, lo que multiplica su alcance y potencial transformador sobre la vida humana, la sociedad, la economía y la cultura. Las NBIC

han multiplicado sus posibilidades en pocos años: la edición genética, la Inteligencia Artificial, la Neurociencia y la Nanotecnología ya permiten intervenciones, tanto diagnósticas como terapéuticas, jamás imaginadas. Su potencial para hacer el bien es enorme: curar enfermedades, aliviar sufrimiento, mejorar capacidades físicas o cognitivas, ampliar el bienestar de la persona, etc. Y esto no ha hecho más que comenzar, deberíamos proyectarlas en las próximas décadas para comprender su enorme alcance y posible beneficio.

Sin embargo, este avance científico y tecnológico coincide con una revolución cultural y filosófica que plantea nuevas maneras de entender al ser humano. Las tecnologías emergentes, especialmente tal y como las entiende el paradigma transhumanista, impulsan una visión de la naturaleza humana entendida como algo líquido, en constante proceso de transformación permanente y de superación del límite. Esto desafía la comprensión clásica de la naturaleza humana como algo estable y con límites propios. El transhumanismo promueve la superación de la vulnerabilidad, la corporalidad y la mortalidad humanas, considerando estos aspectos como obstáculos a eliminar mediante la tecnología. Esto implica una negación de la finitud y de los límites inherentes a la condición humana. No todo aquel que aplica las NBIC participa de esta visión, pero es bastante común que, de forma subrepticia e implícita, se compartan algunas de las premisas filosófico-antropológicas que subyacen bajo este planteamiento.

Además, la mayor parte de las visiones de lo humano contemporáneas tienden al reduccionismo funcionalista de la persona, a saber, se entienden la persona, la dignidad y la identidad personal en términos meramente materiales y funcionales, es decir, según las capacidades o funciones que se puedan mejorar o modificar, y no desde una perspectiva metafísica no reduccionista. Esta premisa antropológica, que a menudo está implícita en la aplicación de la ciencia y la tecnología, puede conllevar a tomar decisiones en aras de la utilidad y la eficiencia, y no de la dignidad intrínseca de la persona. Esto requeriría un desarrollo ulterior y en profundidad, pero no es el objetivo de este artículo. Lo mencionamos

porque esta perspectiva, de forma implícita o explícita, condiciona la Ética y la Bioética. Hemos analizado en profundidad dichas corrientes en artículos precedentes y remitimos a ellos¹. Ambas tendencias, transhumanismo y mejoramiento humano, proponen no solo tratar la enfermedad, sino superar los límites naturales de la especie humana, orientando la ciencia y la técnica no solo a su finalidad terapéutica, sino al mejoramiento ilimitado de las capacidades humanas. Se plantean alcanzar la súper inteligencia, el súper bienestar y hiperlongevidad².

3. Principales cuestiones filosóficas previas a la reflexión bioética

La reflexión bioética de las tecnologías emergentes exige una reflexión filosófica previa y aplicar posteriormente la prudencia, sabiduría práctica, a situaciones y casos concretos. Entre los problemas de fondo se encuentran los siguientes: la redefinición de la vida y la persona. ¿Quién determina los límites de lo humano? ¿Puede la tecnología definir y modificar a voluntad la estructura corporal, genética o psíquica de una persona? ¿Es la libertad o el límite tecnológico el único criterio de discernimiento o hay otros?

La instrumentalización de la vida, a saber, concebir la vida como un objeto material manipulable da prioridad a la eficacia o el éxito técnico sobre el respeto a la dignidad inalienable de cada individuo. Hay que valorar el impacto que podrían tener en la vulnerabilidad de los seres humanos más frágiles (embriones humanos, fetos, ancianos, personas con discapacidad), estas corren riesgo de volverse aún más “descartables” en una lógica de mejoramiento o selección. El análisis filosófico y bioético propone recuperar la dimensión metafísica y esencial de la persona y de su dignidad como paso previo para el análisis ético y bioético de cada una de las intervenciones. La vida humana no puede verse como materia

1 Cfr. Postigo, E. “Transumanesimo e posthumano: principi teorici e implicazioni bioetiche”. *Medicina e Morale*. 2009; 2: 267-282; Postigo, E. “Bioética y transhumanismo desde la perspectiva de la naturaleza humana”, *ARBOR*. 2019; 195: a507; Postigo, E. “Transhumanismo, mejoramiento humano y desafíos de las tecnologías emergentes para el siglo XXI”, *Cuadernos de Bioética*. 2021; 32(105): 133-139.

2 Cfr. Savulescu J., Bostrom N. *Human Enhancement*, Oxford University Press, Oxford, 2012.

manipulable o mero producto, sino como un ser vivo de una especie que merece un reconocimiento y valor especial, un valor intrínseco al que denominamos dignidad y que le hace merecedora de respeto.

Frente al paradigma del dominio sobre la vida y la naturaleza se plantea un paradigma del respeto de la persona y del cuidado: pasar de la lógica del control y la manipulación a la lógica de la responsabilidad, el respeto de la persona y la justicia. Esto exige un cambio de mirada y no entender solo la bioética como una reflexión práctica aplicada, sino como una filosofía aplicada a determinado grupo de acciones que afectan a la persona, y por ende a su íntimo ser y a todas sus dimensiones, integradas e inseparables. Esto significa que el ser humano, la persona, ha de ser comprendida en todo su calado, en todas sus dimensiones constitutivas: física y corporal, psíquica, afectiva, social, familiar, espiritual, etc. Y ha de tenerse en cuenta a la hora de analizar las implicaciones éticas y bioéticas, quién es la persona y qué significa que tiene una dignidad intrínseca que brota de su naturaleza, compleja y completa³.

Toda ética aplicada, y la Bioética es una ética aplicada, en cuanto rama de la Filosofía, requiere de una fundamentación de carácter antropológico, y esta a su vez de una fundamentación que en última instancia es metafísica. El modo de entender la Bioética del personalismo con fundamentación ontológica entronca con una visión del ser, y en particular del ser humano, que no puede ni debe ser obviada. Otras perspectivas, como la empirista o utilitarista, prescinden de esta visión y en efecto llegan a conclusiones distintas.

4. Algunas cuestiones éticas en el ámbito de las NBIC

El impacto de las NBIC puede afectar a toda la trayectoria vital del ser humano, desde el inicio hasta el final de la vida, y a distintas cuestiones éticas. En primer lugar, a la integridad e identidad de la persona. Por ejemplo, la manipulación genética y los implantes neuronales pueden alterar la identidad personal y la autonomía,

con riesgo de cosificación y limitación de la libertad. En segundo lugar, a la salud de las generaciones futuras, lo que implica una responsabilidad intergeneracional. Las modificaciones en la línea germinal afectan no solo a una persona, sino a su descendencia. Surge así la exigencia de pensar éticamente en clave de responsabilidad ampliada. No se debería realizar una intervención en la línea germinal y embrionaria de la que se desconocen los efectos o pudiera haber efectos *off target* desconocidos que pudieran dañar a la vida humana. En tercer lugar, ciertas intervenciones podrían afectar a la justicia y equidad en el acceso a dicha tecnología. Las desigualdades en el acceso a estas tecnologías auguran el aumento de una “brecha biomédica” entre distintas latitudes. También pueden afectar a la vulnerabilidad de los más frágiles. Embriones, ancianos o discapacitados corren el riesgo de ser instrumentalizados o descartados en función de criterios de utilidad o eficiencia.

En Biotecnología y edición genética deben distinguirse con claridad usos terapéuticos, que buscan el bien integral del paciente, de prácticas con finalidad de mejora, aumento de capacidades o eugenésicas, en las que la vida es instrumentalizada y sometida a criterios de selección. Su aplicación requiere prudencia y el principio de precaución debe guiar su desarrollo, dado que los efectos a largo plazo son inciertos. De la misma manera, no es lo mismo una intervención en la línea somática con probado éxito positivo de curación, que una intervención en la línea germinal o embrionaria con consecuencias imprevisibles. Todo ello ha de ser considerado mirando a un bien fundamental que es no dañar, no hacer daño. Debería evitarse toda aquella intervención insegura que pudiera dañar a la vida e integridad de esa persona.

En el ámbito de las Neurociencias y la creación o aplicación de interfaces cerebro-máquina, estos deben tener una finalidad terapéutica clara, probada previamente en animales, sin riesgos y con beneficio positivo para el paciente, no finalidad mejorativa. La posibilidad de registrar o intervenir en procesos mentales ha desarrollado todo el ámbito de la Neuroética y los Neuroderechos, que merecería un trato en detalle y *ad hoc*, e impulsa

³ Cfr. Gevaert, J. *El problema del hombre. Introducción a la antropología filosófica*, Sígueme, Salamanca, 2003.

a reconocer posibles Neuroderechos, como la privacidad mental y la libertad cognitiva⁴. La implantación de ciertas neurotecnologías puede afectar a la libertad individual, la identidad personal, la privacidad y la justicia.

Sobre la Ética de la IA se han escrito numerosas obras y artículos científicos y sus aplicaciones son innumerables. Recomendamos el volumen del Luciano Floridi a este respecto⁵. En lo que se refiere a la IA aplicada a la salud humana, en primer lugar, hemos de comprender que la inteligencia artificial es algorítmica, capaz de simular procesos lógicos, pero no puede replicar la creatividad, la intencionalidad intrínseca, la emotividad y dimensión misteriosa del ser humano. Nuestra perspectiva rechaza la idea de que la inteligencia humana sea totalmente reductible a la IA de una máquina que procesa y consideramos que es fundamental, como paso previo al análisis ético, la comprensión de la distinción esencial y constitutiva entre una máquina como lo es la IA y la mente humana.

La IA aplicada a la clínica tiene numerosas ventajas y aplicaciones, pensemos por ejemplo en el diagnóstico precoz de ciertos tumores por imagen radiodiagnóstica y descubrimiento de ciertos patrones. No cabe duda de que cambiará la medicina de las próximas décadas para bien, pero al mismo tiempo plantea posibles riesgos de protección y privacidad de datos y la necesidad de garantizar transparencia, evitar posibles sesgos algorítmicos que pueden reproducir discriminaciones, o la pérdida del contacto humano en la relación asistencial y la responsabilidad difusa en las decisiones automatizadas. La IA puede resultar muy útil en el diagnóstico y prevención, no cabe duda, pero al mismo tiempo consideramos que siempre ha de ir acompañada de la figura del sanitario que delibere prudencialmente sobre cada situación. En ningún caso la figura del profesional puede ser completamente sustituida por una IA, por ejemplo, para comunicar un diagnóstico, por la despersonalización que este proceso pudiera generar en el paciente.

⁴ Cfr. Ienca, M., Andorno, R., "Toward new human rights in the age of neuroscience and neurotechnology", Life Sciences, Society and Policy, 2017.

⁵ Floridi, L. *Ética de la Inteligencia Artificial*, Herder, Barcelona 2024.

Asimismo, el uso de *chatbots* médicos debería ir siempre acompañado de la figura del médico, y, en algunos casos de vulnerabilidad especial, pensemos en menores con problemas de salud mental, no puede ser sustituida por los riesgos que esto pudiera suponer para el menor en la toma de decisiones.

Por otra parte, se plantean también cuestiones de justicia y equidad en el acceso: el peligro de que los desarrollos en IA y tecnologías asociadas beneficien solo a quienes pueden pagarlos, generando nuevas formas de discriminación o marginación.

Un uso acrítico de la IA en medicina o atención social puede despersonalizar al paciente y tratarlo como simple número o caso, desplazando el trato humano y la empatía. Es fundamental que la IA sea siempre un soporte y nunca sustituya la dimensión relacional y humanizadora del cuidado. Por otra parte, la IA puede introducir sesgos, opacidad y ausencia de rendición de cuentas en las decisiones automatizadas, con graves consecuencias para la dignidad y derechos de las personas. Es esencial asegurar transparencia, explicabilidad y mecanismos de control ético en el diseño y uso de algoritmos.

5. Orientaciones en la aplicación de las tecnologías emergentes y convergentes desde la bioética personalista

En primer lugar y en términos generales, apelamos a la responsabilidad y a la integridad ética en la investigación. Subrayamos la importancia de la prudencia y la reflexión sobre cada una de las intervenciones, evitando riesgos y consecuencias imprevistas. Desde la perspectiva de la bioética personalista con fundamentación ontológica, y dependiendo de los momentos en que estas se apliquen, se pueden sintetizar de la siguiente manera:

En edición genética y selección embrionaria, la edición genética será lícita siempre que se realice de forma segura y con resultados positivos probados en la línea somática. La posibilidad de intervenir en el genoma humano plantea interrogantes éticos sobre la dignidad del embrión, el riesgo de eugenesia, la instrumentalización de la vida humana y la discriminación en función de características seleccionadas. No se considera ética toda

aquella intervención cuya finalidad sea eliminar, experimentar o discriminar embriones con rasgos que pueden generar discapacidad, puesto que supondría una discriminación. Las tecnologías NBIC pueden usarse para seleccionar o modificar características humanas, lo que genera peligros de discriminación sistemática y cosificación del ser humano por criterios ajenos a su dignidad intrínseca.

Las técnicas NBIC permiten el mejoramiento físico, cognitivo y psíquico. Si bien pueden tener usos terapéuticos legítimos, existe el riesgo de perder la unicidad e identidad propia del ser humano, reduciéndolo a la suma de funcionalidades o a proyectos de autoconstrucción sin límites, con el consecuente peligro de cosificación.

Respecto al uso de la libertad y la responsabilidad es esencial discernir entre intervenciones legítimas y aquellas que atentan contra la libertad, dignidad y responsabilidad de la persona. Debe garantizarse el consentimiento informado y la deliberación ética en cada paso.

Las NBIC podrían permitir prolongar la vida incluso en situaciones de sufrimiento irreversible. Se plantea el desafío ético de distinguir entre cuidados proporcionados y obstinación terapéutica que prolonga el sufrimiento de manera innecesaria. Surgen interrogantes sobre el derecho a rechazar tratamientos, la tentación de recurrir a la eutanasia o el suicidio asistido y el peligro de tecnocratizar la gestión de la muerte, olvidando el acompañamiento humano y los cuidados paliativos. Asimismo, cabe la posibilidad, ya planteada por algunos autores transhumanistas, de la criogenización *pre mortem* (crioeutanasia) o *post mortem*, sin resultados fiables ni científicamente demostrados.

Conforme a la bioética personalista de fundamentación ontológica, y aplicando los principios de E. Sgreccia⁶ se podría afirmar que: se debe cuidar y promover la vida humana en cualquier circunstancia, desde la concepción hasta la muerte natural. Se debería respetar el principio de totalidad o terapéutico que permite intervenciones solo cuando estén orientadas al bien integral de la per-

sona, distinguiendo claramente entre terapia y mejoramiento. La libertad de la persona debe ejercitarse junto a la responsabilidad. La autonomía de la persona debe ejercerse dentro del respeto a la dignidad y la responsabilidad hacia uno mismo y los demás, en particular a las generaciones futuras, cuando las intervenciones pudieran afectar a su integridad. La intervención sobre el cerebro humano (a través de IA, psicofármacos, modificaciones neurotecnológicas, etc.) puede afectar la capacidad de autodeterminación, disminuyendo la libertad real para tomar decisiones, especialmente en situaciones de vulnerabilidad o dependencia. Finalmente, la toma de decisiones debe tener en cuenta el bien común, la justicia intergeneracional y el principio de solidaridad.

Realizar un análisis exhaustivo de cuáles son las implicaciones bioéticas del uso de las tecnologías emergentes en el ser humano y con una finalidad terapéutica o de mejora requeriría un tratado completo⁷. Con este artículo solo pretendemos destacar y analizar algunas de ellas y subrayar los fundamentos éticos y bioéticos que deben guiar el análisis en su aplicación. Entre las implicaciones que plantean dichas intervenciones sobre la vida humana sobresalen una serie de riesgos que consideramos relevantes y que han de ser analizados antes de intervenir sobre ella.

En primer lugar, si analizamos posibles riesgos, no solo sus indudables beneficios, hemos de valorar el posible riesgo para la integridad y dignidad humana. Por ejemplo, el uso de nanochips o de prótesis biónicas no solo plantea riesgos físicos para la salud y requiere que siempre previamente haya un ensayo preclínico en animales donde queden descartados posibles daños, sino sobre todo bioéticos, al poder condicionar la libertad y la integridad de la persona. En segundo lugar, los posibles daños a la salud y la posible discriminación. Las aplicaciones médicas de la nanotecnología pueden ser muy beneficiosas, pero cuando se orientan al “mejoramiento humano” no terapéutico, pueden implicar daños imprevistos para la salud, tanto en el presente como

6 Sgreccia, E., *Manual de Bioética*, B.A.C., Madrid, 2010 (capítulos I-VI).

7 Recomendamos este volumen, uno de los más completos sobre el tema: Palazzani, L., *Innovation in Scientific Research and Emerging Technologies. A Challenge to Ethics and Law*, Springer, 2019.

en generaciones futuras. Además, el acceso desigual a estas tecnologías puede profundizar la discriminación y la marginación de colectivos vulnerables.

En tercer lugar, posible deshumanización y utilitarismo: el recurso a la nanotecnología para crear seres mejorados (por ejemplo, sustituir partes del cuerpo por materiales artificiales de alto rendimiento) puede favorecer una visión utilitarista de la persona. Esto amenaza la idea de la persona como fin en sí misma, degradando la dignidad en función del rendimiento o la utilidad.

En cuarto lugar, posible eugenesia y manipulación embrionaria: desde la perspectiva personalista se rechaza por considerarla gravemente dañina para la vida humana, cualquier manipulación genética con fines eugenésicos, como la selección de embriones o la modificación con herramientas nanotecnológicas, por considerar que comprometen la igualdad fundamental y la justicia hacia los más vulnerables, especialmente los no nacidos. La convergencia entre diagnóstico genético e IA podría aumentar el riesgo de eugenesia selectiva y discriminatoria.

Por último, la denominada responsabilidad intergeneracional, a saber, el deber moral de considerar el impacto de la nanotecnología no solo en la persona actual, sino en las futuras generaciones, pues algunas intervenciones (como las que afectan la línea germinal) pueden tener consecuencias irreversibles en la descendencia y el ecosistema humano.

6. Claves éticas propuestas

- a) Primacía de la persona: colocar siempre a la persona, su dignidad y derechos, en el centro de cualquier desarrollo y uso de las NBIC, evitando toda instrumentalización o reduccionismo.
- b) Primero, “no hacer daño”, *primum non nocere*: ante la incertidumbre de los efectos a medio o largo plazo, debe prevalecer el principio de precaución y evitar cualquier intervención que pueda poner en riesgo la vida, salud, integridad de la persona o su descendencia.
- c) Ponderación y prudencia: no avanzar sin reflexionar sobre los posibles daños.

- d) Respeto a la libertad y la justicia: toda aplicación tecnológica debe preservar la libertad, la autonomía y garantizar la justicia al acceso, así como evitar cualquier forma de discriminación o exclusión social derivada de las mejoras tecnológicas.
- e) Protección de los más vulnerables: Se debe priorizar el respeto por la vida y la dignidad de los más vulnerables (no nacidos, discapacitados, enfermos), y evitar cualquier planteamiento que lleve a la eugenesia o la manipulación injusta.
- f) Criterios de justicia: garantizar acceso equitativo, proteger a los más vulnerables y evitar discriminación derivada de la implementación tecnológica.
- g) Formación ética y humanista: importancia de la formación ética de científicos y tecnólogos, promoviendo el hábito de la reflexión prudencial y el cultivo de hábitos morales como son la veracidad, la prudencia, la fortaleza, la justicia, etc., que puedan aplicar en el desarrollo y el ejercicio de su trabajo.

7. Conclusión

Los avances en tecnologías emergentes presentan desafíos éticos inéditos que requieren una bioética personalista centrada en la dignidad, la libertad responsable y la solidaridad con las generaciones presentes y futuras. Solo así el progreso científico será auténticamente humano y justo, orientado al cuidado de la persona en todas sus dimensiones, evitando la instrumentalización y la deshumanización. La prudencia, sabiduría y reflexión ética son claves para acompañar y guiar el desarrollo tecnológico hacia un futuro respetuoso del valor intrínseco de toda vida humana.

Referencias

- Gevaert, J. *El problema del hombre. Introducción a la antropología filosófica*, Sígueme, Salamanca, 1995.
- Ienca, M., Andorno, R. “Toward new human rights in the age of neuroscience and neurotechnology”, *Life Sciences, Society and Policy*, 2017.

- Palazzani, L. *Innovation in Scientific Research and Emerging Technologies. A Challenge to Ethics and Law*, Springer, 2019.
- Postigo, E. "Bioética y transhumanismo desde la perspectiva de la naturaleza humana", *Arbor*, 2018.
- Postigo, E. "Transhumanesimo e postumano: principii teorici e implicazioni bioetiche", *Medicina e Morale*. 2009; 2: 267-282.
- Postigo, E. "Transhumanismo, mejoramiento humano y desafíos de las tecnologías emergentes para el siglo XXI", *Cuadernos de Bioética*. 2021; 32(105): 133-139.
- Savulescu J., Bostrom N. *Human Enhancement*, Oxford University Press, Oxford, 2012.
- Sgreccia, E. *Manual de Bioética*, B.A.C., Madrid, 2010.



EL DERECHO A LA ATENCIÓN EN LA UNIVERSIDAD: ¿ES RAZONABLE PROHIBIR EL SMARTPHONE?

THE RIGHT TO ATTENTION AT UNIVERSITY: IS IT REASONABLE TO BAN SMARTPHONES?

ALFONSO BALLESTEROS <https://orcid.org/0000-0001-9791-5001>

Universidad Miguel Hernández

Av. de la Universidad s/n, Edif. Torevaillo, 03202, Elche (Alicante)

aballesteros@umh.es

RESUMEN:

Palabras clave:

derecho a la atención, educación universitaria, concentración, atención compartida

Recibido: 22/07/2025

Aceptado: 14/08/2025

La concentración o atención focal y la atención compartida están en crisis, lo que dificulta alcanzar los fines de la institución universitaria. Se hace un repaso en este artículo a la posibilidad de reconocer un derecho a la atención y se concluye que en este ámbito concreto el mejor medio de recuperar la atención es prohibir el uso del *smartphone* en aulas y bibliotecas. Después de presentar brevemente las ventajas de dicha prohibición, se presentan objeciones a la misma, así como una respuesta a cada una de ellas.

ABSTRACT:

Keywords:

right to attention, University education, focus, shared attention

Focused attention and shared attention are in crisis, which hinders the achievement of the goals of the university institution. This article reviews the possibility of recognizing a right to attention and concludes that, in this specific context, the best way to recover attention is to prohibit the use of smartphones in classrooms and libraries. After briefly presenting the advantages of such a ban, the article outlines objections to it, along with a response to each one.

1. Introducción: la concentración en crisis

Se puede observar hoy que la atención se haya en crisis. Muchos autores abogan por un “renacimiento de la atención”¹ y consideran la batalla por la atención la más importante de nuestro tiempo². Esta crisis es objeto de estudio por parte de la filosofía —moral, política y jurídica—, la psicología, la economía o la pedagogía. Este trabajo afronta el problema desde la óptica de la filosofía jurídica, por lo que explora si existe algo así como un derecho a la atención. Por tanto, no se pretende tanto diagnosticar el problema, tarea sobradamente realizada, sino de apuntar posibles salidas al mismo. En particular, argumentaré que reconocer un derecho a la atención no es lo más adecuado para una realidad como la atención. Más bien, debemos explorar otras posibilidades que permitan recuperar la atención en entornos concretos. En particular, definiendo la posibilidad de prohibir el *smartphone* en la universidad. Esto no es, en absoluto, un remedio definitivo que permita recuperar la atención en el ámbito universitario, pues ese tipo de remedios difícilmente se dan en el ámbito de los asuntos humanos, pero sí parece un adecuado punto de partida para salir de esta crisis.

Hay que comenzar precisando que la crisis es, sobre todo, una crisis de *la atención como concentración*. Es decir, aquella manifestación de la atención focal que se orienta a realizar una actividad o tarea de manera exclusiva, sostenida y sin distracciones. Por ejemplo, la concentración de un estudiante que no necesita asumir nueva información de lo que ocurre en la biblioteca donde estudia, sino poner el foco exclusivamente en aquello que estudia. La concentración focal sostenida siempre se ve perjudicada por las distracciones. En cambio, la *atención como vigilancia* supone estar atento a nueva información del entorno, lo que habitualmente llamamos “distracción”, pues la vigilancia está abierta a realizar una nueva tarea, si es necesario, en respuesta a dicha información. En este sentido, un socorrista debe

estar abierto a nueva información sobre lo que ocurre en la playa para actuar si es necesario³. Este tipo de atención como vigilancia ha cobrado un nuevo valor e impulso en los últimos años en detrimento de la concentración.

La investigación de Johann Hari es quizá la más completa sobre las causas de la crisis de la concentración⁴. Según él hay doce causas: (1) el aumento del volumen y de la velocidad de la información, (2) el aumento de la necesidad de filtrar información, (3) el aumento de la alternancia de tareas, (4) la mutilación de los estados de flujo, (5) el aumento del cansancio físico y mental, (6) el desplome de la lectura sostenida, (7) el estrés y el estado de alerta, (8) las dietas de ultra-procesados, (9) la contaminación, (10) la alteración de las divagaciones mentales, (11) el confinamiento de los niños: la pérdida del juego espontáneo y (12) la aparición de una tecnología que puede perseguirnos y manipularnos.

La causa duodécima, la tecnología digital “que puede perseguirnos y manipularnos” está relacionada con las anteriores. El *smartphone* impulsa nueve de las once restantes causas indicadas por Hari. Con esto no quiero señalar que lo haga de forma exclusiva, ni que la crisis de la atención se reduzca a este dispositivo, pero sí que ha contribuido a desarrollarlas. El *smartphone*, en su confluencia con las redes sociales y la información regida por algoritmos contribuye a agravar la crisis en un grado cualitativamente distinto y sin precedentes. Este dispositivo ha introducido unas vigencias sociales y unos modos de vida colectivos que deterioran la concentración porque constituye una suerte de extensión de nosotros mismos que estimula constantemente nuestro sistema nervioso de forma artificial.

A los efectos de este trabajo me interesa señalar que el *smartphone* es una tecnología líquida y ubicua y, por ello, introduce dos cambios fundamentales en nuestra vida: la alternancia y la irrelevancia del lugar. Representa el paso de una tecnología sólida, como la del ordena-

1 Jackson, M. *Distracted*, Prometheus Books, Nueva York, 2009, 25.

2 Williams, J. *Clicks contra la humanidad. Libertad y resistencia en la era de la distracción tecnológica*, A. Gibert (trad.), Gato-pardo, Barcelona, 2021, 13.

3 Kärki, K. and Kurki, V. “Does a Person Have a Right to Attention? Depends on What She is Doing”. *Philosophy & Technology*. 2023; 36(86): 12-13.

4 Hari, J. *El valor de la atención. Por qué nos la robaron y cómo recuperarla*, J. Estrella (trad.), Península, Barcelona, 2023, *passim*.

dor personal, a una líquida, que introduce la alternancia en todas nuestras actividades. El uso del *smartphone* puede alternarse con otras tareas, y así ocurre, dada su ubicuidad. El precio que se paga por esta alternancia es una pérdida de la duración y la intensidad de la atención, pues la intensidad y la calidad de la concentración está muy ligada a que dicha atención sea duradera o el tiempo durante en el que se es capaz de prestarla (*attention spans*).

La ubicuidad y polivalencia del *smartphone* tiende a hacer irrelevante el lugar en el que nos encontramos. Esto tiene la ventaja de evitar muchos desplazamientos, pues podemos realizar muchas tareas desde el dispositivo que antes exigían desplazamiento. Sin embargo, al mismo tiempo, el *smartphone* dificulta o imposibilita mantener las distinciones espaciales que habitualmente hemos asociado con la realización de diversas tareas o la persecución de determinados fines. Esto afecta a nuestra atención de forma radical, pues las separaciones y límites espaciales posibilitan el desarrollo de las formas de atención más elevadas y la consagración de los lugares a determinadas tareas o actividades y a determinados fines. Para el logro de las actividades y fines sociales necesitamos el cultivo de la atención en un espacio relativamente libre de estímulos.

De este modo, los espacios consagrados a la intimidad familiar, la educación, las relaciones sociales, el debate político, el deporte, la oración o cualesquiera otras actividades, quedan invadidos por una poderosa tecnología que puede llegar a hacer irrelevantes los fines que el lugar o la institución persiguen. Estos entornos y espacios antes consagrados a unos fines que les eran propios y protegidos por las barreras del mundo físico, se ven ahora compitiendo con los fines de la economía de la atención que busca, ante todo, aumentar el tiempo en pantalla de sus usuarios.

2. La atención en la enseñanza universitaria: concentración y atención compartida

La atención parece una capacidad modesta, pero guarda una estrecha relación con nuestros proyectos individuales y colectivos, es decir, con la libertad de dirigir

la propia vida como individuos y como sociedad. Aquello a lo que se presta atención es, normalmente, lo que se considera importante. Lo mismo ocurre en la sociedad, pues la atención colectiva de la opinión pública refleja el proyecto social colectivo o, al menos, los intereses generales de dicha sociedad. Esta es la dimensión proyectiva de la atención. Junto a esta, también existe una dimensión contemplativa, de apertura a la realidad, propia de ese dejarse asombrar e interpelar por lo que nos rodea. La atención está ligada, por tanto, tanto con la vida activa y la voluntad, como a la vida contemplativa y el asombro ante la realidad⁵.

La necesaria complementariedad entre ambas se ve clara cuando se repara en el valor que tiene el juego libre y espontáneo en los niños para desarrollar la concentración cuando son adultos. No es la imposición de la voluntad y la planificación de los adultos lo que facilita el desarrollo de la concentración, sino la apertura libre a la realidad y al juego en la infancia. Este juego libre se haya hoy precisamente desplazado debido a dos causas fundamentales. Por un lado, la sobreprotección de los padres respecto de los hijos desde los años 80-90, un exceso de voluntad de planificación sobre el hijo. Por otro, la presencia creciente de las pantallas en la infancia de los niños⁶.

La universidad, consagrada a la enseñanza y búsqueda del conocimiento es, en primer término, un lugar. Un lugar que también se ha transformado por el *smartphone* con grave peligro para los fines que le son propios. Pensar en la universidad como una institución situada en un lugar que debe garantizar la atención para lograr sus fines pone de manifiesto lo erróneo de considerar la atención una capacidad exclusivamente individual y voluntaria. No es nada extraño, de hecho, que la atención individual dependa de la conducta ajena. Piénsese en un cine o un teatro: no es posible lograr las finalidades de estos sin prestar atención a la película o a

⁵ En la terminología de Harmunt Rosa podríamos decir que no puede entenderse exclusivamente como lo disponible, como "punto de agresión" y forma de dominio del mundo, sino como lo indisponible o "punto de resonancia". Rosa, H. *Lo indisponible*, Herder, Barcelona, 2020, 51-63.

⁶ Haidt, J. *La generación ansiosa*, V. Puertollano (trad.), Deusto, Barcelona, 2024, 18.

la actuación, y será imposible prestarla si un espectador a nuestro lado está hablando por teléfono.

Ya he señalado que la forma de atención en crisis es la concentración, un tipo de atención que, en la universidad, se desarrolla de forma muy clara en la biblioteca. Sin embargo, también se ve perjudicada un tipo de atención compartida que es la atención convergente (*joint attention*). Esta tiene un carácter triádico, pues hay al menos dos sujetos que prestan atención al mismo objeto. Esta atención entraña un mundo compartido al que se atiende conjuntamente que es el tercer elemento. La atención convergente y triádica (al menos, dos sujetos y un objeto), se distingue de la atención mutua o recíproca (*mutual attention*), que es la atención entre dos sujetos⁷. Ambas suponen, en definitiva, formas de atención compartida y son esenciales en el aula universitaria. Estas formas de atención ponen de manifiesto la dimensión compartida de la atención y cómo el deterioro de la atención está ligado a la crisis de la sociabilidad.

Ante el reto de recuperar la concentración y las formas de atención compartidas cabe plantearse si existe algo así como un derecho a prestar atención y si este es la mejor vía para recuperar la atención en las aulas y bibliotecas universitarias.

3. Acerca del derecho a la atención

3.1. Propuestas del derecho a la atención: Tran, Puri y Chomanski

Desde hace una década la doctrina discute si debe reconocerse un derecho a la atención. Jasper L. Tran ha sido pionero al proponer su reconocimiento como derecho legal o constitucional. Tanto él como Anuj Puri lo consideran una respuesta necesaria frente a la economía de la atención basada en la publicidad analógica y digital. Tran considera que el cambio tecnológico ha hecho del derecho a la atención, un derecho integrado en la intimidad, pero distinto a este derecho⁸, en síntesis,

para Tran es un derecho a estar libre de intromisiones o distracciones⁹.

Tran propone reconocer un abanico de derechos ligados a la atención. Consciente de que el exceso de información no deseada ha deteriorado la atención, Tran centra este abanico en la misma. Según él, el derecho a la atención incluye, entre otros el derecho a denegar la atención cuando se nos pida, el derecho a no recibir *spam* o el derecho a no recibir anuncios cuando dicha publicidad no es querida o voluntaria, el derecho a renunciar a comprender un contrato y el derecho a dar el consentimiento sin ser informado¹⁰.

Tran plantea un abanico de derechos muy amplio pero muy centrado en el ámbito analógico. Puri lo actualiza al profundizar en las formas digitales de invasión de la atención con una propuesta más adecuada y centrada en las nuevas amenazas de los comerciantes de atención digitales. Puri considera el derecho a la atención como *un solo derecho*, a la “intimidad atencional”, pero lo entiende de una forma más amplia que Tran. Este derecho defiende al individuo no solo “frente al ataque de tecnologías intrusivas” o distracciones, sino también frente a tecnologías “adictivas, inmersivas y persuasivas”¹¹. Mientras que Tran se centra en las intromisiones en la atención o *distracciones*, en cualquier información dada al individuo sin quererla, Puri considera que la atención se ve deteriorada también mediante *formas de adicción, inmersión o persuasión*.

Tran y Puri comparten su defensa de un derecho o conjunto de derechos que responda a los ataques de la atención por parte de la economía de la atención. Por su parte Chomanski no considera este derecho una respuesta a la economía de la atención y lleva a cabo una elaboración del mismo más acabada que los autores anteriores. Fundamenta el derecho a la atención en la integridad mental. Pues bien, señala, la atención es un aspecto central e indispensable de la mente y para proteger la mente debemos proteger la atención. La

7 Reddy, V. “Before the ‘Third Element’: Understanding Attention to Self”. En: *Joint Attention: Communication and Other Minds*, OUP, Oxford, 2005, 89. Este libro trata la importancia de la atención convergente en la infancia.

8 Tran, J. L., “The Right to Attention”. *Indiana Law Journal*, 2016; 1023: 1041.

9 Ibid., 1042.

10 Ibid., 1062.

11 Puri, A. “El derecho a la intimidad atencional”. En: *El derecho a la atención como respuesta al poder digital*. Aranzadi, Madrid, 2024, 17.

integridad mental incluye la atención o “la capacidad de controlar la propia vida sin influencias indebidas de otros”¹². En opinión de Chomanski las mismas razones que respaldan el derecho a la integridad corporal nos sirven para justificar la integridad mental, de modo que por “coherente justificativa” debemos aceptar la integridad mental como derecho. La misma base del derecho a la integridad corporal y la mental es la auto-propiedad, que somos dueños de nuestros cuerpos y nuestras mentes.

Para Chomanski lo que deteriora la atención es la intromisión o intrusión de terceros en nuestra atención. De modo que el derecho a la atención es un derecho a dirigir la atención como nos plazca, lo que supone estar libre de *intromisiones significativas y no consentidas* contra nuestra atención¹³. Esto es singularmente importante y quiere decir lo siguiente para Chomanski.

Primero, que no todas las distracciones son *significativas*, por lo que no todas serán violaciones del derecho a la atención. Si así fuera, la pequeña distracción que provoca llevar ropa chillona, o la publicidad llamativa, se considerará una violación de este derecho. Sin embargo, Chomanski no nos indica qué significa “intromisión *significativa*”. Renuncia expresamente a tratar de explicar cuál es el umbral de importancia o cómo sabemos cuándo una distracción es significativa, pues considera que no es posible dar una respuesta general en este punto y habrá que hacerlo caso por caso¹⁴.

En segundo lugar, Chomanski señala que habrá situaciones en las que será admisible una *intromisión significativa no consentida* en la atención, como cuando un lector sentado en un banco público ve interrumpida su lectura por una ambulancia y la asistencia de los médicos a una persona herida en las inmediaciones¹⁵.

A mi juicio la propuesta de Chomanski no es adecuada como trataré de explicar en el siguiente epígrafe.

3.2. Crítica a la propuesta del derecho a la atención de Chomanski

Presento aquí varios elementos de crítica a la concepción del derecho a la atención de Chomanski como derecho frente a “interrupciones significativas no consentidas”.

El primer elemento de crítica es que carece de sentido reconocer un derecho y admitir que pueda ser violado en algunos casos. Las excepciones a la prohibición de “interrupciones significativas no consentidas” no serían una violación del derecho a la atención, sino que señalarían sus límites.

En segundo lugar, el derecho a la atención parece convertirse en un argumento para restringir las relaciones, pues las intromisiones significativas han de ser “consentidas” para ser admisibles. Con esto se parece concebir la atención simplemente como manifestación de la autonomía de la voluntad. Chomanski la vincula con la “auto-propiedad”, un concepto sumamente problemático. En realidad, evitar con carácter general la distracción significativa *no consentida* es indeseable e imposible. Además, intentar suprimir las interrupciones significativas de lo que hacemos conduciría a una atomización social aún mayor de la que ya experimentamos. De hacerlo, el individualismo de los derechos se llevaría un paso más y, con ello, el aislamiento social. Rechazar de forma generalizada la distracción ajena supone, en definitiva, negar la alteridad, negar la posibilidad de que los otros participen en nuestra vida sin una suerte de consentimiento previo, juridificando innecesariamente las relaciones humanas.

Cabe contestar al presupuesto de Chomanski de que la atención es simplemente un fenómeno ligado al consentimiento individual. La dimensión libre de la atención no es necesariamente solitaria, ni individual. Así, los niños en sus primeros años han de desarrollar la *atención compartida*, tienen que ser capaces de aten-

12 Chomanski, B. “Integridad mental en la economía de la atención: en busca del derecho a la atención”. En: *El derecho a la atención como respuesta al poder digital*. Aranzadi, Madrid, 2024, 42.

13 Ibid., 45.

14 Ibid., 40-47.

15 “Supongamos que estás sentado en el banco de un parque en un día tranquilo, leyendo un libro o jugando con el móvil, completamente inmerso. De repente, notas un alboroto, luces intermitentes, sirenas a todo volumen y muchos gritos: todo ello te distrae mucho y te impide concentrarte. Resulta que, a poca distancia de ti, los médicos están atendiendo a una persona gravemente herida. En el proceso, están entrometiéndose de forma significativa, y sin pedirte tu consentimiento, en tu atención. Aun así, no parece inad-

misible que lo hagan. Por lo tanto, hay circunstancias en las que las violaciones del derecho a la atención son permisibles”. Ibid., 48.

der simultáneamente al mismo objeto que sus padres o hermanos. Este tipo de atención hace de puente entre dos personas, por ejemplo, en el marco de una conversación. A diferencia de la concentración individual, esta requiere una suerte de comunidad atencional. Sin lugar a dudas la atención compartida exige la libertad, pero es una libertad *concertada* y no una libertad *frente al otro*, frente a la intromisión del otro en mi atención.

Adicionalmente, aunque es verdad que la *atención como concentración* no requiere del otro, aun así exige un determinado entorno propicio para su florecimiento. Nadie tiene la fuerza de voluntad o de atención para ponerse a estudiar en un campo de fútbol lleno de espectadores, esto es algo que nos resulta imposible. Es importante evitar caer en el voluntarismo en la atención (que ignora la importancia del entorno para cultivar la atención) o el ambientalismo en la atención (que considera el entorno un elemento *determinante* de la atención)¹⁶.

En tercer lugar, Chomanski parece idealizar la concentración como fenómeno individual, olvidando no solo el valor de la concentración *con el otro*, sino *el valor de la distracción del otro*. Ese deseo de abolir buena parte de las distracciones que nuestra vida entraña es problemático y no parece la solución adecuada a la crisis. Igual que el arco no puede estar siempre en tensión, pues dejaría de ser útil como arco, tampoco la mente puede estar siempre activa y concentrada, pues se vería incapacitada¹⁷. No tiene sentido concebir la concentración y la distracción como contradictorias cuando son contrarias y complementarias. Variar la atención, distraerse o dejar divagar la mente puede ser un bien para lograr posteriormente lograr una concentración mayor y más eficaz. Por todo lo anterior, no parece razonable que el derecho se emplee ahora a regular masivamente dichas interrupciones (algo de lo que el propio autor es consciente)¹⁸.

3.3. Vertiente negativa y positiva del derecho a la atención

El cuarto punto de crítica es que, con la definición de Chomanski, se asume que las distracciones o interrupciones de lo que hacemos son el único problema que enfrenta la atención, pero esto no es así. En el fondo se trata de si el derecho a la atención debería entenderse como un derecho negativo frente a intromisiones en la atención (como sostienen Tran y Chomanski) o un derecho tanto positivo como negativo (como lo entiende Puri). Con si es un derecho positivo no nos referimos aquí a si este es prestacional o no, o si entraña una obligación positiva por parte del Estado. Más bien se trata de si debe defenderse también la vertiente positiva de la atención.

A mi juicio, no debemos estar protegidos solo de las distracciones respecto a la tarea que realizamos y en la que estamos focalizados, también debemos estar protegidos de la manipulación de nuestra atención prerreflexiva. Si no se defienden ambas se pasan por alto la mayor parte de amenazas a la atención que se producen en el presente y que proceden de la llamada "captología" desarrollada por E. B. Fogg¹⁹ y que emplea la tecnología para modificar *positivamente* la atención y conducta de los individuos, y no se limita a distraerlos de su tarea.

Esta visión dual del derecho a la atención es la razonable precisamente por la forma que ha adoptado el poder en los últimos tiempos, singularmente el poder digital tal y como explica Mark Coeckelbergh²⁰ explorando las limitaciones de dicho poder a la libertad positiva

está intentando prestar atención, por ejemplo, ensalzando en voz innecesariamente alta las virtudes del juego mientras ella intenta estudiar. Es, sin duda, una violación de su derecho a la atención (no ha eximido a sus compañeros de su obligación de no distraerla). Pero parece excesivo que esto se convierta en una preocupación del Estado. Así pues, no todas las violaciones del derecho a la atención exigen una respuesta coercitiva", Chomanski, B., *op. cit.* 55.

19 Fogg, B. J. *Persuasive Technology: Using Computers to Change What We Think and Do*, Morgan Kaufmann, 2002, 15. Con una terminología que ha hecho fortuna, Fogg habla de "tecnología persuasiva" y define persuasión como el intento de cambiar actitudes o comportamientos, o ambas. A mi juicio es una definición demasiado general y es más preciso hablar de tecnología que manipula.

20 Coeckelbergh, M. *La filosofía política de la inteligencia artificial. Una introducción*, L. Álvarez Canga (trad.), Cátedra, Madrid, 2023, 23-52.

16 Nir Eyal encarna la postura voluntarista y el conductista B.F. Skinner la postura determinista.

17 Aristóteles. *Ética a Nicómaco*. J. Marías y M. Araujo (trad.). 11.ª ed. CEPC, Madrid, 2018, 1139a-1140a.

18 Así, señala: "Pensemos, por ejemplo, en una estudiante que se concentra en un problema difícil para preparar la clase. Supongamos que sus compañeros de habitación intentan que se una a un juego de mesa. Al hacerlo, la distraen de aquello lo que

y negativa. Por un lado, “la libertad negativa es la ausencia de interferencia, coerción u obstrucción por parte de otros o del Estado”²¹. Análogamente, podemos decir que la violación de la “atención negativa” lo constituyen las intromisiones no queridas en la atención del individuo o distracciones. Ejemplo de ello son las llamadas no deseadas que proceden de números desconocidos que nos distraen y se entrometen en nuestro campo de atención. La violación de la atención negativa es claramente involuntaria y exterior, le viene impuesta al individuo desde fuera.

Sin embargo, igual que la libertad tiene un lado positivo, también lo tiene la atención. La atención no solo consiste en no ser distraído de la tarea que hemos elegido, sino en *haber elegido positivamente la tarea que realizamos* o, en otras palabras, no haber sido manipulados en el marco de dicha elección. Podemos ser manipulados, por ejemplo, para elegir la fruta como postre en un comedor escolar. Este es el ejemplo clásico de “empujon” (*nudge*). Este supone disponer el lugar donde están los postres en un comedor escolar situando la fruta en un lugar más accesible y visible que el resto de postres. De este modo se *empuja* al individuo a dirigir la atención a la fruta y así elegirla entre las otras opciones.

El *empujón* opera a nivel prerreflexivo, empuja *positivamente* la atención y la elección del individuo en la dirección deseada. Esto no es una distracción, ni afecta simplemente a la *atención negativa*, a no ser distraído. Lo cierto es que hoy se influye en la atención *positiva* del individuo de muchos modos más eficaces gracias a los avances de la psicología conductual, las ciencias de la computación y la computación afectiva. Ya hay una abundantísima literatura sobre la manipulación *positiva* de la atención que permite la tecnología digital y a ella me remito²².

La manipulación digital se suele comparar con los juegos de magia que son engaños para orientar la atención hacia aquello que no permite descubrir el truco que se realiza. Estos suponen una manipulación de la atención, un modo de dirigirla inconscientemente hacia

donde el que realiza el truco desea, pero no son una interrupción o intromisión en la misma, sino que más bien la *dirigen* sutilmente hacia otro lugar. Uno se pone voluntariamente a observar el espectáculo de magia y, en el marco de ese espectáculo su atención es empujada hacia uno u otro lugar²³.

3.4. La atención basada en la tarea realizada o el entorno

Hemos discutido si existe un derecho a la atención que deba ser protegido por el ordenamiento jurídico y que, por así decirlo, sea un derecho general de la persona con independencia de la situación en la que se encuentre, a prestar atención. Reconocer este derecho no parece realista, al menos, por tres razones: por la importancia del entorno atencional, de los otros y porque existe naturalmente una atención prerreflexiva que no depende de la propia voluntad. Kärki y Kurki creo que tienen razón cuando rechazan un derecho general a dirigir nuestra atención:

“Un derecho estricto a auto-gobernar la propia atención es difícil hasta de imaginar. La atención es una facultad tan general de la mente que es difícil concebir un mundo en que el que la atención de todo el mundo esté protegida todo el tiempo”²⁴.

Según estas autoras, en nuestro derecho ya hay protección jurídica de la atención en determinadas situaciones, pero esta depende de la tarea que realiza el sujeto. En particular, hay dos tipos de tareas en las que ya se ha regulado la atención: cuando el sujeto tiene derecho a concentrarse o cuando tiene la obligación de prestar atención.

Las primeras son “tareas cognitivamente exigentes”, aquellas que requieren una atención sostenida o “estar

21 Ibid., 25.

22 Por todos, el libro clásico de B.J. Fogg.

23 El legislador europeo ya es plenamente consciente de estas formas de manipulación. El artículo 5,1ª) del Reglamento de inteligencia artificial pretende, precisamente, proteger de estar formas de manipulación de la atención y el libre albedrío, tan habituales en el uso de la IA. Reglamento de Inteligencia Artificial de la UE, 2021.

24 Kärki, K. y Kurki, V. *op. cit.* 3.

concentrado” y que se ponen en peligro con distracciones. El mejor ejemplo de esto es un estudiante que realiza un examen y que verá mermada su actividad cuando se someta a distracciones²⁵. Ese estudiante tendrá garantizado su derecho a la concentración (*concentration right*) mientras lo desarrolla, estando libre de distracciones.

Las segundas son aquellas tareas que requieren “estar atento a ciertos tipos de estímulos” porque el individuo necesita responder adecuadamente los mismos, pero sin “estar completamente inmerso en ninguno de estos estímulos”²⁶. La atención en este sentido puede ser puesta en peligro por estímulos inmersivos. Este es el caso del conductor de autobús que tiene el deber de atender a todos aquellos estímulos que son relevantes para la adecuada conducción. El conductor puede atender a la radio, pero tiene prohibido ver la televisión mientras conduce, pues supondría una peligrosa inmersión que le impediría estar atento a la carretera. El conductor de autobús tendrá obligación de dirigir su atención (*duty to be attentive*) a la carretera mientras conduce y estar libre de estímulos inmersivos.

Este último enfoque, el de Kärki y Kurki, pone el énfasis en la actividad que realiza el agente y en el carácter “ambiental” de la atención. La importancia del entorno para la atención y, por tanto, la imposibilidad de abordarla como un simple problema de voluntad individual y de autonomía, implica rechazar aquellas aproximaciones que consideran la atención como un problema privado, de voluntad autónoma y concerniente solo a la intimidad del individuo. Parece más adecuado un enfoque tridimensional de la atención, pues tiene que tomar en cuenta siempre tres elementos: el individuo, el entorno y el otro.

4. Ventajas de la prohibición del *smartphone* en aulas y bibliotecas de la universidad

La Consellería de Educación, Universidades y Empleo de la Generalitat Valenciana ha restringido el uso de dispositivos móviles en los centros no universitarios

que reciben fondos públicos. La razón es que el uso indiscriminado de estos sin la supervisión de un adulto “conlleva comportamientos repetitivos y disruptivos en el ámbito educativo y social, provocando dificultades en el proceso de aprendizaje y en la gestión de la convivencia en los centros educativos”. La educación digital exige “restricciones de tiempo, finalidad y lugar de uso”. Esta normativa protege, aunque sin hacerlo expreso, la atención de los estudiantes, esencial para el desarrollo de su aprendizaje y para el logro de los fines de las instituciones educativas no universitarias. En el resto de España se ha extendido también la prohibición del *smartphone*.

Las dificultades en el aprendizaje y en la convivencia también se producen en las aulas universitarias debido a la presencia y uso de este tipo de dispositivos. ¿Cómo lograr que la universidad recupere sus fines en medio de una crisis de atención? Prohibiendo el uso del *smartphone* en las aulas y bibliotecas. No es conveniente y parece excesivo prohibirlo en los campus universitarios. Esta es una primera medida radical, que va a una de las raíces del problema y a proteger las dos formas fundamentales de atención que se hayan deterioradas. Se puede ofrecer un “aparcamiento para *smartphones*” en la puerta del aula, de un modo semejante al que emplean determinadas empresas para protegerse de las interrupciones²⁷ o ofrecer estuches bloqueables para *smartphones* como se ha propuesto para colegios e institutos²⁸. Estas medidas tienen un escaso coste, pero pueden entrañar grandes beneficios.

En su célebre *Idea de la universidad*, J. H. Newman la define como “un lugar para enseñar conocimiento universal”²⁹. En esto difícilmente habrá discrepancias. Esta finalidad se satisface con muchas más dificultades por el uso intensivo del *smartphone*, que estimula el sistema nervioso, manipula al individuo y, genera, en muchas ocasiones, una auténtica dependencia. Para lo-

²⁵ Ibid., 2.

²⁶ Ibid., 2.

²⁷ Turkle, S. *En defensa de la conversación. El poder de la conversación en la era digital*, J. Eloí Roca (trad.), Ático de los libros, Barcelona, 2017, 298.

²⁸ Haidt, J. op. cit. 281.

²⁹ Newman, J. H. *The Idea of a University defined and Illustrated In Nine Discourses Delivered to the Catholics of Dublin*, Project Gutenberg, 2008, 20.

grar la adquisición de conocimientos por parte de los estudiantes el *smartphone* es un grave impedimento.

A continuación trataré de exponer las ventajas de la propuesta. La existencia de ventajas no es ningún argumento definitivo para aceptarla, de modo que examinaré algunas objeciones a la misma.

4.1. *Disminuye la ansiedad y permite reemplazar la atención como vigilancia por un entorno que facilita la atención como concentración sostenida*

Jonathan Haidt ha probado que la confluencia del *smartphone*, las redes sociales y el abandono del juego libre en la infancia han contribuido a hacer de la generación Z, los nacidos después de 1995, una generación ansiosa³⁰. Esto ha llevado a la proliferación de depresiones, enfermedades mentales e intentos de suicidio.

El *smartphone* es considerado una tecnología líquida³¹ que empuja a la alternancia de tareas. Invita a ser empleado en los lapsos entre otras actividades. Esta alternancia resta mucha eficacia al estudio y la calidad de la atención en clase. La tecnología sólida, como el ordenador personal, no empuja de la misma manera a la alternancia. El uso del ordenador se asemeja al hecho de comer. Cuando se pregunta a alguien que come qué está haciendo, responde que está comiendo, es decir, realizando una tarea específica. En cambio, cuando alguien está bebiendo y se le pregunta qué hace, no suele contestar que está bebiendo, pues beber es una tarea que se alterna con otras. Esto es lo que ocurre con la tecnología líquida, caracterizada por introducir la alternancia³². Ha sido demostrado que cada interrupción en una tarea requiere veintitrés minutos para volver al estado de atención previo³³.

La alternancia genera ansiedad y una ineficacia comparable a estar intoxicado de cannabis³⁴. Sin embargo, aunque el *smartphone* ni siquiera se consulte, repercute en el

clima de la clase y en la capacidad de prestar atención³⁵. El *smartphone* es responsable, en parte, de que el tiempo de concentración haya disminuido tanto (*attention span*), según algunos a nueve segundos³⁶. Los vídeos y las interacciones digitales en general son cada vez más breves. Esta fragmentación reduce radicalmente la profundidad de nuestra inteligencia y dificulta seriamente atender a un diálogo en clase y a la explicación del profesor.

La reducción del tiempo de concentración puede no ser negativa para la atención vigilante, la propia de un socorrista o de un soldado, pues es una atención alerta a una variedad de estímulos que forman parte del campo de atención. Tras un estímulo determinado, como un bañista que necesita ser rescatado, se puede volver fácilmente al estado de alerta. Pero no ocurre lo mismo con la concentración, que es otra forma de la atención y la que un estudiante debe ejercitar.

La prohibición del *smartphone* abre la puerta a la concentración sostenida y hace posible recuperar los estados de flujo o de mayor concentración. Según la reconocida caracterización de Csikszentmihalyi³⁷, estos estados surgen cuando se lleva a cabo una actividad que está dentro de las posibilidades de la persona, pero supone un reto y le resulta interesante. Estos estados de flujo son los que proporcionan mayor felicidad. Disminuir el uso de pantallas, dotadas estas de “escaso flujo” permite abrir la puerta a esos estados.

4.2. *Proporciona un entorno que facilita la atención convergente frente a la atención aislada, singularmente, en las aulas universitarias*

La atención convergente tiene lugar, por ejemplo, cuando hay un diálogo y una relación corpórea y directa entre el profesor y los estudiantes dirigiendo su atención conjuntamente hacia lo mismo. La llamada atención convergente es un “encuentro entre mentes”, esencial en los primeros años para el desarrollo social, lingüístico

30 Haidt, J. *op. cit.* 11-28.

31 Hidalgo, D. *Anestesiados: La humanidad bajo el imperio de la tecnología*. Los Libros de la Catarata, Madrid, 2021, 32.

32 *Ibid.*, 32.

33 Mark, G. y otros, “The Cost of Interrupted Work: More Speed and Stress”, *Proceedings of the SIGCHI Conference on Human Factors in Computing Systems*, 2008, 107-110.

34 Hari, J. *op. cit.* 64.

35 Hari, J. *op. cit.* 58.

36 Patino, B. *La civilización de la memoria de pez. Pequeño tratado sobre el mercado de la atención*, A. Martorell (trad.), Alianza, Madrid, 2020, 14-20.

37 Csikszentmihalyi, M. *Aprender a fluir*, 15ª ed., A. Colodrón (trad.), Kairós, Barcelona, 2023, 40-44.

y cognitivo, tanto que su carencia es señal de autismo. Esta atención es un auténtico “puente entre personas”³⁸ esencial en la enseñanza.

La creación de un entorno digital más estimulante, cambiante y a disposición frente al diálogo con otro individuo, estable, no estimulante y no totalmente disponible, ha llevado a deteriorar también los vínculos entre los miembros de la comunidad universitaria. La dependencia hacia el *smartphone* pospone la conversación directa y sincrónica con otras personas, en favor de las relaciones digitales y asincrónicas, deteriorando prácticas como la escucha o la conversación

La prohibición permite la recuperación de la clase universitaria en sus límites espacio-temporales frente al recurso al *smartphone* como fácil salida para la frustración y el aburrimiento. Este dispositivo invita a desplazar la atención de la realidad física a la pantalla digital, fundamentalmente, porque la segunda genera una dependencia en el individuo que busca recompensas psicológicas frecuentes que la realidad física no puede proporcionarle. De este modo, el estudiante tiene que hacer un esfuerzo adicional para atender en clase, pues puede huir de ella rápidamente con una recompensa psicológica. La ausencia del *smartphone* permitiría mejorar (sin garantizarla, claro está), la atmosfera y el aprendizaje compartido, claves de la educación universitaria.

4.3. Permite la apertura al pensamiento

El pensamiento libre es posible gracias a la recuperación de tiempos libres de ocupación, aunque sean breves y entre clases. Esto guarda relación con el elemento no-voluntarista o contemplativo de la atención, con esa dimensión que Hartmunt Rosa llama de resonancia y que supone no tener una posición exclusivamente activa ante la realidad y el mundo que nos rodea, sino ser capaces también de contemplarlo sin hacer nada en determinados momentos. La recuperación de la concentración no puede realizarse manteniendo los esquemas de la sociedad del rendimiento. No se trata simplemente

de hacer rendir el tiempo y de realizar una serie de tareas de manera más eficiente, sino de recuperar una forma de vida que permita el florecimiento personal y un auténtico conocimiento, sin planificar o cubrir cada segundo de vida con una tarea.

4.4. Abre la puerta al saber compartido y al cultivo pausado del mismo

El saber universitario se adquiere en el marco de una comunidad físicamente presente, y el cultivo de la sabiduría es algo transformador de toda la persona, que guarda poca relación con la información disponible. La dependencia hacia los estímulos dificulta un cultivo pausado, constante e intencional de la inteligencia, una paciencia cognitiva imprescindible para cualquier esfuerzo intelectual profundo.

Si sintetizamos las ventajas podemos señalar que sin *smartphone* es más fácil que en las aulas universitarias se puedan lograr los fines de la institución universitaria. Si el objetivo inmediato de prestar atención no se logra, o se hace pobremente, el fin último de la universidad, la enseñanza de esa “ciencia universal”, no podrá lograrse, o se logrará también pobremente.

5. Objeciones a la prohibición del *smartphone* en la universidad y respuesta a las mismas

Hay objeciones a las ventajas indicadas que es preciso tomar en consideración.

Objeción 1. Esto supone amputar a los estudiantes una “extensión de sí mismos”

El *smartphone* se ha convertido en un dispositivo desde el que llevan a cabo un buen número de actividades diarias, de modo que su privación supone una suerte de “amputación”.

Respuesta a la objeción. El mero hecho de que una práctica o uso social esté consolidado nada nos dice de su conveniencia. Parece claro que el *smartphone* no es imprescindible para ninguna tarea que se desarrolla en el aula o la biblioteca, por lo que puede permanecer apagado. A modo de ejemplo, consideramos que es ra-

³⁸ Jackson, M. *op. cit.* 240.

zorable que en el aula universitaria no se permita correr o jugar a fútbol y, por ello, ninguno podría decir con sentido que se le han amputado las piernas. La prohibición de determinadas actividades en determinados lugares es totalmente razonable si estas son incompatibles o dificultan seriamente lograr los fines de la institución en la que se realizan.

Adicionalmente, el *smartphone* ya está prohibido en los colegios de toda España. La prohibición es absoluta en Infantil y Primaria, y en Secundaria, Bachillerato y FP según la comunidad autónoma. De modo que, aunque aceptáramos que el *smartphone* es una extensión del universitario, este no experimentará ningún tipo de “amputación”, al menos en aquellas comunidades autónomas en las que el *smartphone* está prohibido también en Bachillerato, pues el estudiante seguirá viviendo en un ámbito educativo sin *smartphone* en el aula universitaria, igual que en su etapa pre-universitaria.

Objeción 2. Prohibir el *smartphone* en la universidad debería de llevarnos, de forma consecuente, a prohibir el coche porque causa miles de muertos al año en España. Como prohibir el coche es absurdo, mucho más lo es prohibir el *smartphone*

Respuesta a la objeción. La comparación no parece nada procedente, pues la diferencia entre el automóvil y el *smartphone* es grande. Las carreteras sirven para que la gente se desplace en vehículos, y viajar en ellos está sujeto a accidentes. El accidente no es consustancial a la naturaleza de la conducción de vehículos, lo que se pone de manifiesto en que el número de desplazamientos es muy superior al número de accidentes. Puede producirse un accidente con cualquier medio de transporte, pero este constituye una excepción, salvo que se trate de un medio de transporte defectuoso *por diseño*, como el Ford Pinto, cuyo tanque de combustible se rompía al menor golpe.

En cambio, está probado que el *smartphone* está diseñado para manipular la conducta del usuario y que el deterioro cognitivo es efecto directo de su diseño, no un accidente. Esto no implica excluir que, naturalmente, el efecto de la manipulación en la atención será mayor o menor en función del tiempo de uso, la edad, la fuerza

de voluntad del individuo, etc. Esta diferencia que el uso permite establecer en nada impide afirmar que el diseño manipule, de modo que la dependencia hacia el *smartphone* y el deterioro cognitivo no es un simple accidente o un suceso excepcional.

Objeción 3. Se trata de una medida paternalista que afecta a individuos adultos para protegerlos del presunto daño que producen los *smartphones* en su concentración

Las instituciones no deben prohibir o regular conductas que pertenecen al ámbito de la moral individual de los adultos en una sociedad liberal. Aunque se pruebe que el *smartphone* deteriora la inteligencia de los estudiantes, no por ello la universidad está legitimada a restringir las libertades individuales.

Respuesta a la objeción. Es preciso recordar qué significa paternalismo para responder a esta objeción. Según la clásica definición de G. Dworkin, el paternalismo es “la interferencia de un Estado o un individuo en otra persona, contra su voluntad, una intervención *defendida o motivada* por afirmar que la persona sobre la que se practica la interferencia estará mejor o más protegida del daño”³⁹. La definición pone de manifiesto que el motivo de la interferencia es relevante y que el mismo es proteger a la persona del daño, de algún daño, en este caso del deterioro cognitivo que produce el *smartphone*.

Si se defiende prohibir el *smartphone* en la universidad para proteger a los universitarios del daño que este produce en su desarrollo intelectual estamos ante una propuesta paternalista. Sin embargo, si se mantiene la misma propuesta, pero con una intención distinta, esto no es paternalismo. Así, de lo que se trata es de buscar el bien de la comunidad universitaria y de la propia institución, que debe velar por un entorno que permita el logro de los fines que le son propios, unos fines que se ven seriamente perjudicados por la presencia del *smartphone* en las aulas.

La universidad posee un valor y unos fines propios que no se reducen a la suma de las expectativas, deseos

³⁹ Dworkin, G. “Paternalism”, *Stanford Encyclopedia of Philosophy*, 2002, 2020.

o preferencias de los individuos que la forman. Por otro lado, no se puede proteger la atención sin proteger los entornos y espacios en los que esta se desarrolla como considera Patino, que señala como forma de resistencia a la distracción el establecimiento de lugares sin conexión o uso de tecnología, lo que denomina “santuario”⁴⁰.

La relación entre el profesor y los estudiantes debe dar lugar a la atención convergente, lo que significa que lo que ambas partes dicen y experimentan depende de la atención mutua que las partes se prestan. Esta atención, naturalmente, se ve afectada si una de las partes mira el móvil durante la clase o, pone de manifiesto de otra manera, que no atiende. Las distracciones o la manipulación de la conducta repercutirán negativamente en el profesor que explica una lección o en el estudiante que realiza una exposición. Esta atención convergente, por tanto, guarda relación con el tipo de ambiente que es propicio al aprendizaje.

Objeción 4. Si se prohíbe el *smartphone* se impide el uso de aplicaciones que permiten ludificar la enseñanza

La ludificación permite hacer más amena la enseñanza, así como los contenidos más accesibles y entretenidos para los estudiantes. La enseñanza no contará con herramientas para dinamizarla tal y como permite el *smartphone*. La prohibición debería de contar con una excepción como esta: “Sólo se permite su uso [del *smartphone*] con fines didácticos”.

Respuesta a la objeción. El creciente impulso por ludificar conduce en la misma dirección de la que pretendemos salir. Una de las aplicaciones docentes más populares, el *Kahoot*, fue elaborada siguiendo las directrices de Nir Eyal en su libro *Enganchado. Cómo crear productos que creen hábitos*. Es decir, se trata de explotar los sistemas de recompensa del cerebro preflexivo para favorecer la implicación de los estudiantes del mismo modo que lo hacen las redes sociales o las máquinas tragaperras. Esto puede lograr una implicación puntual de los estudiantes, pero tan pronto acabe el uso de estas aplicaciones, su capacidad de concentración será todavía menor.

⁴⁰ Patino, B. *op. cit.*, 161-163.

En ocasiones se asume que la ludificación es buena para la enseñanza, pero esta tiende a simplificar nuestras actividades de forma artificial mediante unas reglas simples, claras y fáciles de aplicar, así como a poner énfasis en la competición y el éxito por ser el ganador del juego y la obtención de una recompensa inmediata. El auténtico esfuerzo por saber que realiza el estudiante es más complejo y duradero, y no se puede medir y recompensar de forma inmediata. En todo caso, la prohibición solo excluye la ludificación mediante el *smartphone*, que no es el único medio para lograrla.

Objeción 5. La prohibición puede deteriorar las relaciones digitales de los estudiantes

Se impiden oportunidades de relacionarse que, de otro modo, serían posibles, y que complementan las relaciones físicas: las relaciones digitales.

Respuesta a la objeción: Que las relaciones físicas y digitales sean complementarias, como afirma Manuel Castells, es muy cuestionable⁴¹. El *smartphone* fomenta la soledad, el individualismo y pospone las relaciones corpóreas frente a las digitales. En todo caso, no está claro por qué debería un estudiante, durante la clase, tener contacto con una persona que está fuera de ella. ¿Qué pérdida entraña esto para su sociabilidad?

En cambio, la ventaja es clara: poder estar enteramente presente y atento a sus compañeros y al profesor. La prohibición del *smartphone* presumiblemente facilitará que se recuperen en algo las relaciones directas y corpóreas entre los estudiantes, fomentando la amistad y un mayor sentimiento de comunidad universitaria. Por ello, el sentimiento de soledad, tan presente entre la comunidad universitaria⁴², decrecerá presumiblemente.

⁴¹ Castells, M. *La sociedad digital*, A. Freund (trad.), Alianza, Madrid, 2024, 28.

⁴² Del Moral, R. [Publicación en línea] “La salud mental en la universidad: La soledad no deseada despunta entre los estudiantes”, 2024. “<https://efe.com/salud/2024-10-11/la-salud-mental-en-la-universidad-la-soledad-no-deseada-despunta-entre-los-estudiantes-2/> [Consulta: 21/07/2025].

Objeción 6. La prohibición del *smartphone* solo puede aceptarse si se prueba su utilidad con certeza

No hay una posición terminante al respecto entre los investigadores para acreditar dicha posición. Habrá que esperar a ver los efectos de la prohibición del *smartphone* en colegios e institutos.

Respuesta a la objeción: Si este criterio se aplicara a otras esferas de la vida, no sería posible regular casi nada, pues haría falta un total acuerdo científico sobre la realidad, algo que no se da, o apenas se produce. Esta argumentación se ha seguido en otros ámbitos en que determinadas industrias han producido nuevos productos y han buscado que no fueran regulados. Probablemente, el planteamiento debería de ser el contrario conforme aun principio de precaución: solo admitir la introducción de una tecnología si se ha probado razonablemente que no tendrá efectos nocivos.

Objeción 7. La respuesta al problema de la distracción no es una prohibición colectiva, sino un problema de método, planificación y voluntad individual

Respuesta a la objeción. Se ha señalado que hay formas de atención que requieren el concierto de otros, y que el entorno es esencial en la atención. El voluntarismo en la atención parece pasar por alto la dimensión prerreflexiva o automática de la atención que puede ser “activada” desde fuera con independencia de la fuerza de voluntad del individuo. Buena parte del deterioro de la atención actual tiene lugar mediante una manipulación prerreflexiva y, por tanto, no voluntaria, de la atención individual. Afirmar que el que está distraído puede fácilmente dejar de estarlo si se lo propone cae en lo que se ha denominado “optimismo cruel” en la línea de los libros de auto-ayuda. La crueldad reside en hacer completamente responsable al individuo de sus distracciones, restando importancia al diseño tecnológico.

Objeción 8. El *smartphone* es la principal herramienta para conectarnos a la red, pero no es el símbolo máximo de conexión: prohibirlo no es suficiente

El *smartphone* se puede considerar una tecnología en tránsito ya superada por otras tecnologías más avan-

zadas que, sin embargo, todavía no están popularizadas. No en vano se habla de una era “post-*smartphone*”, de manera que la prohibición se vería pronto en la irrelevancia o, al menos, sería insuficiente. El horizonte presente, más bien, tiende a una minituarización de la tecnología y una presencia de la misma cada día más indetectable. La “tecnología gaseosa”, representada hoy por los altavoces inteligentes que están presentes y registran las conversaciones sin que los individuos reparen en ello, permitirá una omnipresencia de aparatos con internet que se comunican entre sí en tiempo real, un *internet of everything*⁴³.

Respuesta a la objeción: Esta objeción no hace sino señalar la urgencia de este tipo de prohibiciones. Si van a seguir apareciendo nuevas tecnologías, cada vez de mayor impacto en la vida humana, esto no hace sino poner de manifiesto la urgencia de prohibir la tecnología que a día de hoy más deteriora la atención. Si la prohibición no resulta suficiente, o queda desfasada, puede ampliarse si se considera necesario. En cambio, si el *smartphone* es aceptado por la vía de los hechos —que es la vía del poder—, en la vida universitaria, con más dificultad podremos luego restringir los interfaces cerebro-ordenador en el aula u otras formas de fusión con la inteligencia artificial que puedan aparecer en el futuro.

Objeción 9. El desaprendizaje de la concentración puede verse como otras formas de desaprendizaje producidas por la técnica que son, en parte, benéficas

Desde el Rey Thamus de Platón hemos hablado de esto: ciertos progresos (quizá casi todos) entrañan formas de desaprendizaje. La invención de la escritura, señala Platón, producirá un deterioro de la memoria. Así ha sido, pero parece que ha valido la pena ese desaprendizaje de una parte de nuestra memoria por poder gozar de la escritura. ¿Queda compensada la pérdida de fuerza y destreza para lavar la ropa a mano que supone la lavadora? Cualquiera diría que sí, que compensa. La tecnología digital está lejos de ser neutral, pero puede entrañar un desaprendizaje de la concentración que

⁴³ Hidalgo, D. *op. cit.*, 34.

quede compensado con otras formas de atención. ¿No compensará también la pérdida de atención en pro de un mayor rendimiento gracias a una atención vigilante?

Respuesta la objeción: Si se considera el rendimiento el bien humano más importante pueden observarse ventajas en el dominio de la atención como vigilancia. Sin embargo, si se valora el carácter social de los seres humanos y su deseo de saber profundo, difícilmente esto constituye ventaja alguna. Además, el rendimiento no es la finalidad de la universidad. Incluso si aceptamos el rendimiento como uno de sus fines, ha quedado acreditado que la alternancia de tareas lo disminuye.

6. Conclusiones

La crisis de la concentración y de la atención compartida exige una respuesta jurídica, singularmente, en el ámbito universitario. Según hemos visto, no parece que el reconocimiento general de un derecho a la atención sea lo más adecuado, sino una preservación de los fines de la institución universitaria como lugar orientado a la enseñanza de una ciencia universal. La preservación de dicho espacio exige a día de hoy prohibir el *smartphone* en las aulas y bibliotecas universitarias. Esto tiene ventajas importantes y, aunque se pueden plantear objeciones a esta prohibición, todas ellas admiten una respuesta.

Conflictos de intereses: no lo hay.

Referencias

- Aristóteles. *Ética a Nicómaco*. J. Marías y M. Araujo (trad.). 11.^a ed. CEPC, Madrid, 2018.
- Chomanski, B. "Integridad mental en la economía de la atención: en busca del derecho a la atención". En: *El derecho a la atención como respuesta al poder digital*. Aranzadi, Madrid, 2024.
- Coeckelberg, M. *La filosofía política de la inteligencia artificial. Una introducción*, L. Álvarez Canga (trad.), Cátedra, Madrid, 2023.
- Csikszentmihalyi, M. *Aprender a fluir*, 15.^a ed., A. Colodrón (trad.), Kairós, Barcelona, 2023.
- Dworkin, G. "Paternalism", *Stanford Encyclopedia of Philosophy*, 2002, 2020.
- Fogg, B. J. *Persuasive Technology: Using Computers to Change What We Think and Do*, Morgan Kaufmann, 2002.
- Haidt, J. *La generación ansiosa*, V. Puertollano (trad.), Deusto, Barcelona, 2024.
- Hari, J. *El valor de la atención. Por qué nos la robaron y cómo recuperarla*, J. Estrella (trad.), Península, Barcelona, 2023.
- Hidalgo, D. *Anestesiados: La humanidad bajo el imperio de la tecnología*. Los Libros de la Catarata, Madrid, 2021.
- Jackson, M. *Distracted*, Prometheus Books, Nueva York, 2009, 25.
- Kärki, K. and Kurki, V. "Does a Person Have a Right to Attention? Depends on What She is Doing". *Philosophy & Technology*. 2023; 36(86): 12-13.
- Mark, G. y otros, "The Cost of Interrupted Work: More Speed and Stress", *Proceedings of the SIGCHI Conference on Human Factors in Computing Systems*, 2008.
- Newman, J. H. *The Idea of a University defined and Illustrated In Nine Discourses Delivered to the Catholics of Dublin*, Project Gutenberg, 2008.
- Patino, B. *La civilización de la memoria de pez. Pequeño tratado sobre el mercado de la atención*, A. Martorell (trad.), Alianza, Madrid, 2020.
- Puri, A. "El derecho a la intimidad atencional". En: *El derecho a la atención como respuesta al poder digital*. Aranzadi, Madrid, 2024.
- Reddy, V. "Before the 'Third Element': Understanding Attention to Self". En: *Joint Attention: Communication and Other Minds*, OUP, Oxford, 2005.
- Rosa, H. *Lo indisponible*, Herder, Barcelona, 2020.
- Tran, J. L., "The Right to Attention". *Indiana Law Journal*, 2016; 1023.
- Turkle, S. *En defensa de la conversación. El poder de la conversación en la era digital*, J. Eloi Roca (trad.), Ático de los libros, Barcelona, 2017.
- Williams, J. *Clicks contra la humanidad. Libertad y resistencia en la era de la distracción tecnológica*, A. Gibert (trad.), Gatopardo, Barcelona, 2021.



EMPLEO DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL Y CONSENTIMIENTO INFORMADO EN LA ASISTENCIA SANITARIA

AI'S USE IN HEALTH CARE AND INFORMED CONSENT

CAROLINA PEREIRA SÁEZ <https://orcid.org/0000-0001-8439-2352>

Universidad de A Coruña

Facultad de Derecho, Campus de Elviña, s/n, 15071, A Coruña. 981 167000 ext. 1640

c.pereira.saez@udc.es

RESUMEN:

Palabras clave:

IA, consentimiento informado, asistencia sanitaria

Recibido: 12/07/2025

Aceptado: 24/08/2025

La trascendencia del empleo de la inteligencia artificial (IA) en muchos ámbitos de la existencia humana apremia a reflexionar sobre su relevancia ética. En este trabajo se atiende al significado que su empleo en la asistencia sanitaria tiene para el consentimiento informado del paciente. Para ello se propone, primero, una comprensión de la IA, así como del fundamento del consentimiento informado. A continuación se atiende brevemente a una cuestión fundamental: la condición libre de la persona humana, sujeto tanto de la ética como del Derecho. La conclusión que se propone es que un empleo de la IA respetuoso con la condición libre de la persona exige entenderla siempre como herramienta, en este caso al servicio del cuidado de la salud. Para que esto no sea una afirmación hueca ha de traducirse en la desmitificación de la IA: es preciso considerarla y emplearla no como auténtico sujeto, sustituto de la persona, sino producto o desarrollo humano, teniendo en cuenta que, en último término, es el ser humano quien la diseña y decide usarla y cómo. Una medida que puede ayudar a evitar la personificación de la IA es asegurar la intervención humana ya en las primeras fases del desarrollo de los sistemas de IA. Tratar de resolver las incertidumbres éticas que plantea la IA exigiendo la intervención humana cuando el sistema está ya desarrollado y tomando decisiones en la vida real puede ser poco más que un sello que pretende avalar lo que no puede.

ABSTRACT:

Keywords:

AI, Informed Consent, Health Care

The implications of the use of artificial intelligence (AI) in many areas of human existence compels us to reflect on its ethical relevance. This paper addresses the signification of its use in healthcare for patient informed consent. To this end, it first proposes an understanding of AI, as well as the basis for informed consent. Next, a fundamental question is briefly addressed: the free condition of the human person, subject both of ethics and Law. The conclusion proposed is that a use of AI respectful to the free nature of persons requires understanding it always as a tool –in this case, in the service of healthcare. To ensure this is not a hollow assertion, it must be translated into a demystification of AI: It is necessary to consider and use it not as an authentic subject, a substitute for the person, but as a product or human development, taking into account that, ultimately, it is the human being who designs it and decides to use it and how. One measure that can help prevent AI personification is to ensure human intervention already in the early stages of AI system development. Trying to solve the ethical uncertainties posed by AI by requiring human intervention when the AI system is already developed and making decisions in the real life may be little more than a rubber stamp that purports to endorse what it cannot.

1. Introducción: la trascendencia ética de la IA

La finalidad de este trabajo es reflexionar brevemente sobre cómo afecta el empleo de sistemas de inteligencia artificial (IA) en la asistencia sanitaria al consentimiento informado del paciente. Para ello se va a considerar, primero, qué es lo que caracteriza a la IA a estos efectos. En segundo lugar, se va a atender al sentido del consentimiento informado en el ámbito de la asistencia sanitaria. Se propone que desde esa perspectiva puede ofrecerse un criterio para pautar el empleo de sistemas de IA que explique el sentido de las recomendaciones concretas más frecuentes –principalmente las exigencias de explicabilidad y supervisión humana¹. Así, se va a proponer que un uso de la IA adecuado al fundamento del consentimiento informado es el que tiene en cuenta las exigencias de la condición libre del ser humano y el carácter interpersonal de la relación entre profesional asistencial y paciente.

Esta reflexión se encuadra, en realidad, en otra, más amplia, que excede el objeto de este trabajo pero que ha de tenerse en cuenta: la que considera los riesgos y los desafíos éticos que plantea el desarrollo y empleo de sistemas de IA, no sólo en el ámbito de la asistencia sanitaria, sino en general, y propone pautas éticas que dirijan ese empleo con el objeto de lograr un uso de la IA centrado en el ser humano y orientado al bien común. Es decir, el punto de partida es que los desarrollos de IA no son una mera técnica éticamente neutral y que, por lo tanto, no sólo su uso, sino su mismo desarrollo requiere unas pautas éticas.

Así, son ya muchos los organismos políticos, legisladores, comités y expertos en ética, asociaciones, empresas y entidades de muy diversa naturaleza que entienden que el empleo de sistemas de IA conlleva riesgos serios y por lo tanto plantea desafíos éticos, en respuesta a los cuales han propuesto pautas éticas y jurídicas para

el empleo de la IA². Entre los que suelen identificarse como riesgos con trascendencia ética, encontramos, por lo menos, los siguientes: a) discriminación, sesgos y problemas de justicia; b) concentración de poder; c) privacidad y datos; d) dominio de intereses económicos de las grandes compañías tecnológicas; e) vigilancia y control por parte de poderes públicos y pérdida de libertades; f) opacidad, problema de las “cajas negras” y falta de explicabilidad; g) incertidumbre acerca de la responsabilidad en la toma de decisiones y por daños; h) seguridad, acierto y solidez técnica de los sistemas; i) aplicación de criterios eugenésicos en el ámbito de la vida humana; j) reducción de lo humano a lo técnico: de la inteligencia humana a la artificial, del bien humano a lo cuantificable, de los problemas humanos a los problemas técnicos, de la decisión libre a la estimación algorítmica; k) pérdida de control humano significativo por disminución de la atención y pérdida de cualificación (exceso de delegación); l) problemas medioambientales; m) afectación a la crisis de la verdad y el debate público; n) afectación a la democracia; ñ) pérdida de puestos de trabajo; o) ciberseguridad; p) problemas de seguridad en aplicaciones a ámbitos críticos³.

Son, en realidad, riesgos de muy distinta naturaleza: en algunos casos, se refieren a daños colaterales no intencionados, como los daños para el medio ambiente; en otros, a daños derivados de un uso indebido, como

2 Para una posible aproximación a los desafíos éticos que tiene en cuenta, además, las más relevantes del vastísimo número de propuestas atendiéndolas por escuelas éticas, puede verse Gaudet, M., Herzfeld, N., Scherz, P. y Wales, J. (eds.), *Encountering Artificial Intelligence. Ethical & Anthropological Investigations*, Pickwick, Eugene, 2024, 24-40 y bibliografía ahí citada. Como ejemplo de legislación puede verse, en el ámbito europeo, el Reglamento UE 2024/1689, de 13 de junio de 2024, que se propone “mejorar el funcionamiento del mercado interior y promover la adopción de una inteligencia artificial (IA) centrada en el ser humano y fiable, garantizando al mismo tiempo un elevado nivel de protección de la salud, la seguridad y los derechos fundamentales consagrados en la Carta, incluidos la democracia, el Estado de Derecho y la protección del medio ambiente, frente a los efectos perjudiciales de los sistemas de IA (en lo sucesivo, “sistemas de IA”) en la Unión así como prestar apoyo a la innovación” (cfr. art. 1).

3 Algunos ejemplos de propuestas que identifican riesgos son el Reglamento UE 2024/1689, de 13 de junio de 2024; la *Recomendación sobre la ética de la inteligencia artificial* de la UNESCO (23.11.2021); las *Directrices éticas para una IA fiable* del grupo independiente de expertos de alto nivel sobre inteligencia artificial creado por la Comisión Europea en junio de 2018 (Bruselas, abril de 2019) o el *Libro blanco sobre la inteligencia artificial. Un enfoque europeo orientado a la excelencia y la confianza*, Comisión Europea, Bruselas (19.02.2020).

1 Cfr., por ejemplo, Comitato Nazionale per la Bioética y Comitato Nazionale per la Biosicurezza, le Biotecnologie e le Scienze della Vita, *Parere congiunto Intelligenza artificiale e medicina: aspetti etici*, Roma, 2020, 17 y Mittelstadt, B., *The Impact of Artificial Intelligence on the Doctor-Patient Relationship. Report Commissioned by the Steering Committee for Human Rights in the fields of Biomedicine and Health (CDBIO)*, Bruselas, Consejo de Europa, 2021, 46-49 y 57-60.

ataques y problemas de ciberseguridad; algunos son problemas técnicos, como la opacidad; otros, sociales y políticos, como la afectación a los puestos de trabajo o a la democracia. Para atenderlos se hacen propuestas, también distintas, de pautas éticas: muchas, de inspiración principialista; otras, elaboradas a partir de las exigencias de los derechos humanos, o como desarrollos de distintas escuelas éticas, como la de la ética de la virtud. Pues bien, como se decía, este contexto excede, con mucho, el objeto de este trabajo; sin embargo, conviene tenerlo en cuenta para recordar que esas pautas éticas se proponen a técnicos, programadores, desarrolladores, políticos, usuarios, etc.; es decir, a las personas: sólo el ser humano es sujeto moral, un ser libre y responsable que ejerce su libertad en sus decisiones y acepta las consecuencias de las mismas. Los sistemas de IA son siempre el resultado de procesos y decisiones humanas⁴.

En el contexto particular del cuidado de la salud encontramos también muchas propuestas que atienden a los desafíos éticos del empleo de sistemas de IA y proponen pautas éticas que lo orienten hacia la atención al ser humano y la contribución al bien común⁵. Como sabemos, los beneficios para la salud que pueden llegar a obtenerse empleando sistemas de IA en la asistencia sanitaria y el cuidado de la salud en general parecen significativos⁶, tanto en lo que se refiere a la gestión

pública como en lo que se refiere a la atención personal. Para algunos éste es, de hecho, uno de los ámbitos en los que las posibilidades de que el empleo de sistemas de IA incrementen la eficiencia de los resultados parecen mayores, en tareas que van desde la asistencia al diagnóstico de ciertas enfermedades hasta la prevención, el desarrollo de fármacos o el seguimiento de enfermedades crónicas, por ejemplo.

Al mismo tiempo se es consciente, también, de los riesgos que entraña el empleo de sistemas de IA en este ámbito. Podemos encontrar distintos catálogos de riesgos pero, a grandes rasgos, resultan básicamente coincidentes; Mittelstadt, por ejemplo, los estudia en el ámbito de la relación médico-paciente agrupándolos entorno a seis grandes temas: 1) desigualdad en el acceso a la atención sanitaria de alta calidad; 2) transparencia, tanto para los profesionales como para los pacientes; 3) riesgo de sesgos sociales en los sistemas de IA; 4) disolución de la comprensión del bienestar del paciente; 5) sesgo de automatización o riesgo de confiar automáticamente o en exceso en los resultados generados por sistemas de IA, descualificación y desplazamiento de la responsabilidad; 6) impacto en el derecho a la intimidad. En cualquier caso, sean estos u otros los riesgos previstos, parece claro que el empleo de sistemas de IA en el ámbito de la salud no sitúa en un contexto especialmente delicado, por la afectación que puede suponer para la vida de las personas. Así, por ejemplo, el Reglamento UE 2024/1689, de 13 de junio de 2024, clasifica el uso de IA en este ámbito como de alto riesgo, por lo que exige el cumplimiento de unos requisitos específicos, como la incorporación de mecanismos de reducción de riesgos, el empleo de datos de alta calidad, la obligación de ofrecer información clara al usuario, la garantía de supervisión humana o la evaluación del impacto sobre los derechos humanos previa a la implantación⁷.

4 Cfr. Lehr, D. y Ohm, P. «Playing with the Data: What Legal Scholars Should Learn About Machine Learning». *UC Davis Law Review*. 2017; 51: 653-717, 715; cfr., también, Dicasterio para la doctrina de la fe y Dicasterio para la cultura y la educación, *Antiqua et Nova. Nota sobre la relación entre la inteligencia artificial y la inteligencia humana* (28.05.2025), § 39.

5 Por hacer referencia sólo a algunos, Solomonides, A. et alii. «AMIA Position Paper. Defining AMIA's artificial intelligence principles». *Journal of the American Medical Informatics Association*. 2022; 29(4): 585-591; OMS, *Ética y gobernanza de la inteligencia artificial en el ámbito de la salud: orientaciones de la OMS*, Ginebra, 2021; Mittelstadt, B., *op. cit.*, que atiende no a todas las posibilidades de empleo de sistemas de IA en el cuidado de la salud sino sólo a lo que afecta a la relación médico-paciente; Comitato Nazionale per la Bioética y Comitato Nazionale per la Biosicurezza, le Biotecnologie e le Scienze della Vita, *op. cit.*; Línea de trabajo de Transformación digital de DigitalEs, *Inteligencia artificial ética en sanidad. Recomendaciones para la adopción de IA respetuosa, transparente, segura y justa*, DigitalEs, 2022.

6 Cfr. los documentos citados en la nota 5. Hay interpretaciones entusiastas de las posibilidades de la IA en el ámbito del cuidado de la salud y otras más escépticas. Para una breve descripción de posibles aplicaciones de sistemas de IA en la asistencia sanitaria puede verse, por ejemplo, Russell, S. y Norvig, P., *Artificial Intelligence. A Modern Approach* (4ª ed.), Londres, Pearson, 2022, 48; cfr. también Comitato Nazionale per la Bioética y Comitato Nazionale

per la Biosicurezza, le Biotecnologie e le Scienze della Vita, *op. cit.* 7-9; Mittelstadt, B., *op. cit.* 29-36. Para una visión optimista, que considera que la aplicación de la IA en la asistencia sanitaria permitirá una asistencia, en realidad, más humana, cfr. Topol, E., *Deep Medicine: How Artificial Intelligence Can Make Healthcare Human Again*, Nueva York, Basic Books, 2019. Para una revisión crítica, que lo considera un planteamiento ingenuo, cfr. Sparrow, R. y Hatherley, J., «High hopes for "Deep Medicine"? AI, Economics and the Future of Care». *Hastings Center Report*. 2020; 50(1): 14-17.

7 Cfr. Reglamento UE 2024/1689, de 13 de junio de 2024, capítulo III, secciones primera y segunda.

Como vemos, nos encontramos, otra vez, ante riesgos de distinta naturaleza, con distintas respuestas. La atención a los sesgos sociales y el riesgo de discriminación es muy frecuente; los riesgos que tienen que ver con la privacidad y el uso de datos se atienden en detalle en normas y recomendaciones específicas⁸, porque el desarrollo de sistemas de IA necesita grandes cantidades de datos de calidad, y el empleo de historias clínicas digitales y de sistemas de IA en la asistencia sanitaria pueden facilitar mucho el acceso a esos datos. Además, para pronunciarse sobre los criterios éticos para manejar esos datos han de tenerse en cuenta muchas cuestiones: la naturaleza de los datos y la vinculación con el sujeto, el beneficio económico resultante de su uso, la contribución al bien común que su empleo para la investigación pueda suponer, la eficacia de los sistemas de pseudo-anonimización y las posibilidades reales de re-identificación, por ejemplo. En otros casos, se trata de riesgos especialmente significativos para el Derecho, como los que se refieren al desplazamiento de la responsabilidad; aunque aquí, para algunos, la adopción previa de normas claras puede ser suficiente. Por otro lado, parecen riesgos especialmente significativos para el cuidado de la salud los que tienen que ver con el exceso de confianza en sistemas automatizados y la pérdida de cualificación en el profesional: frente a temores más drásticos, pero más improbables, de dominio de los sistemas de IA sobre las personas, parece más realista el riesgo de exceso de confianza en la IA, dada su complejidad o mayor objetividad; una suerte de complejo de inferioridad respecto de la máquina –o de abandono–, que lleva a descuidar la preparación humana respecto de lo que la máquina hace mejor.

Vale la pena, por tanto, estudiar con detalle los distintos riesgos que implica el empleo de sistemas de IA en la asistencia sanitaria, por distintas razones. Sin embargo, por lo que se refiere al objeto de este trabajo, el consentimiento informado del paciente, el riesgo principal parece ser el que tiene que ver con la falta de transparencia u opacidad de los sistemas de IA, en la medida

en que afectará a la información necesaria para prestar un consentimiento válido. Éste es, por otro lado, uno de los riesgos más característico de los sistemas de IA: estamos habituados a que los desarrollos tecnológicos tengan efectos negativos no previstos o que se usen para fines perniciosos; sabemos que suponen, directa o indirectamente, una forma de poder; somos conscientes del alcance que puede tener la generalización de sesgos o criterios discriminatorios. Sin embargo, nos resulta más alarmante la idea de aceptar las propuestas de un sistema artificial cuando no terminamos de entender cómo las alcanza –lo que lleva a algunos a afirmar que se trata más de arte que ciencia, y a mitificar los sistemas de IA⁹.

Pues bien, como decíamos, en este trabajo nos vamos a limitar a reflexionar brevemente sobre la trascendencia que puede tener el empleo de sistemas de IA en la asistencia sanitaria para el consentimiento informado del paciente. Somos conscientes de la amplitud de los términos de esta relación: por un lado, la inteligencia artificial, de no fácil delimitación, hoy omnipresente, causante tanto de entusiasmo¹⁰ como de inquietud¹¹, generadora, en cualquier caso, de incógnitas, con serias áreas problemáticas¹². Por otro, el consentimiento informado, que, por lo menos en España¹³, a la vista de los últimos desarrollos legales y jurisprudenciales de su fundamento constitucional (la inte-

9 Cfr. Lehr, D. y Ohm, P. *op. cit.* 716 y *passim*: todo el trabajo tiene por objeto desmitificar la IA y “descorrer la cortina” que oculta el intenso y complicado trabajo humano de científicos de datos, analistas y programadores que está detrás de lo que puede parecer “modelos mágicos de funcionamiento surgidos de las misteriosas profundidades de una computadora” (717).

10 “Primero resolvió la IA, después usó la IA para resolver cualquier otra cosa” (Demis Hassabis, CEO de Google DeepMind, según refieren Russell, S. y Norvig, P., *op. cit.* 49. En otro sentido, mucho más trascendente, Kurzweil, R., *La singularidad está más cerca. Cuando nos fusionamos con la IA*, (trad. de Alexandre Casanovas) Barcelona, Deusto, 2025. De todas maneras, también la confianza en la IA en el primero de los sentidos implica que, en último término, los problemas humanos se entienden como problemas técnicos, para los que hay técnicamente una mejor opción posible alcanzable por un sistema de IA.

11 Cfr. Russell, S. y Norvig, P., *op. cit.* 51.

12 Es interesante la distinción que se hace en Gaudet, M., Herzfeld, N., Scherz, P. y Wales, J. (eds.), *op. cit.*, entre problemas antropológicos, que en muchas ocasiones se refieren a una situación futura de la IA, y cuestiones éticas concretas con las que nos encontramos hoy en los contextos particulares en los que se aplican sistemas de IA.

13 Aunque, por lo que se refiere a la noción de autodeterminación en el Derecho, no solo en España, como pone de manifiesto el desarrollo en las últimas décadas de nuevos derechos de autodeterminación: cfr. Cartabria, M., «La edad de los nuevos derechos». *Revista de Derecho Político*. 2011; 81: 61-100, *passim*.

8 A esta cuestión atiende el Reglamento UE 2025/327, de 11 de febrero de 2025, relativo al Espacio Europeo de Datos de Salud.

gridad física y moral del art. 15 de la Constitución española) parece entenderse como herramienta de un amplísimo, casi ilimitado, derecho de autodeterminación¹⁴. Por este motivo, a continuación vamos a procurar acotar los términos de esta relación, tratando de ofrecer una comprensión apropiada por lo menos a los efectos de este trabajo.

2. ¿Qué inteligencia artificial para la asistencia sanitaria?

Es conveniente, entonces, especificar a qué nos referimos aquí con la expresión “inteligencia artificial” cuando la aplicamos a la asistencia sanitaria. No es este el lugar para tratar con detalle el significado de esta expresión, pero es necesario saber qué se entiende por IA para poder reflexionar sobre la trascendencia que su intervención en la relación médico-paciente pueda tener para el consentimiento informado de este último.

La definición de IA no es fácil, ni se pretende aquí abordarla. En aquella reunión científica del verano de 1956 que tuvo lugar en Dartmouth College, en Hanover, New Hampshire, John McCarthy, Marvin L. Minsky, Nathaniel Rochester y Claude E. Shannon se proponían estudiar la inteligencia artificial a partir del presupuesto de que todos los aspectos del aprendizaje y otros rasgos de la inteligencia podrían, en principio, describirse de manera tan precisa que se pudiese hacer una máquina capaz de simularlos¹⁵. Así, es frecuente entender la IA a partir de la idea de que es posible que una máquina pueda mostrar un comportamiento que se consideraría inteligente de ser una persona quien lo realizase; esto es, de que es posible desarrollar sistemas o máquinas capaces de imitar comportamiento humano inteligente. En realidad, esta comprensión de la IA es muy amplia, además de dependiente de qué se entienda por inteligencia, por lo que puede ser difícil de delimitar con precisión en contextos particulares; por otro lado, no distingue con precisión IA de aprendizaje automático¹⁶,

ni atiende a otras diferencias dentro del amplio campo de la IA. Tiene, sin embargo, la ventaja de reflejar con más flexibilidad que comprensiones más técnicas la percepción social de la IA, además de permitir incorporar sistemas o modelos nuevos que puedan ir desarrollándose. Esto puede ser especialmente útil en el contexto jurídico-político; así, por ejemplo, el Reglamento Europeo sobre inteligencia artificial sigue ofreciendo una definición de IA relativamente amplia¹⁷.

En cualquier caso, esta comprensión es interesante, además, por su perspectiva funcional: la inteligencia de los sistemas de IA se entiende por su capacidad para ofrecer una respuesta adecuada, asociada a la razón humana, con independencia de cómo se generen esas respuestas¹⁸. Por tanto, aunque se emplee la expresión “inteligencia” para aplicarla a un artefacto, no se pretende necesariamente sostener que la máquina “piense” en sentido humano¹⁹. Sí simula ciertas expresiones de la inteligencia humana²⁰, aunque su contexto original,

17 Cfr., por ejemplo, el art. 3 del Reglamento UE 2024/1689, de 13 de junio de 2024: “ Sistema de IA: un sistema basado en una máquina que está diseñado para funcionar con distintos niveles de autonomía y que puede mostrar capacidad de adaptación tras el despliegue, y que, para objetivos explícitos o implícitos, infiere de la información de entrada que recibe la manera de generar resultados de salida, como predicciones, contenidos, recomendaciones o decisiones, que pueden influir en entornos físicos y virtuales”.

18 Si tenemos en cuenta los criterios de clasificación que proponen Russel y Norvig respecto de las posibles formas de entender la IA (entenderla por referencia al ser humano o por referencia a un estándar de racionalidad, por un lado, y entenderla por referencia al proceso interno o entenderla por referencia a su caracterización externa, por otro) resultarían cuatro modelos posibles de IA, según se entienda que es inteligente en el sentido de que: a) piensa como un ser humano; b) actúa como un ser humano; c) piensa racionalmente, o d) actúa racionalmente. A su juicio, el enfoque más extendido de la IA hoy es el que la entiende desde la perspectiva d), la perspectiva que estos autores llaman “del agente racional”: cfr. Russell, S. y Norvig, P., *op. cit.* 19-22. Se trata, entonces, no de pronunciarse sobre si la máquina “piensa” o no (entendamos ese pensar por comparación con el pensamiento del ser humano o lo entendamos por comparación con un proceso de racionalidad o corrección abstracta) sino de si actúa u obtiene un resultado “inteligente”, en el sentido de correcto o acertado.

19 Sobre esta cuestión puede verse Dicasterio para la doctrina de la fe y Dicasterio para la cultura y la educación, *op. cit.*, *passim*.

20 Hace algunas décadas se propuso distinguir entre IA débil, para referirse a la IA que podía funcionar como si pensase, y la IA fuerte, para referirse a máquinas que no solo simulan pensar sino que efectiva y conscientemente piensa. Hoy, sin embargo, lo más frecuente es entender la IA fuerte no por referencia a ese “efectivamente, pensar” sino como la IA de nivel humano o general, capaz de resolver una muy amplia variedad de tareas tan bien como una persona. La cuestión de si efectivamente piensa o no es, para muchos investigadores en IA, tan poco relevante como la cuestión de si un submarino nada: lo importante es la proximidad funcional (cfr. Russell, S. y Norvig, P., *op. cit.* 1032-1037). A mi juicio, lo relevante

14 Cfr. STC 19/2023, de 22 de marzo, especialmente FJ. 6 y voto particular de la magistrada doña María Luisa Balaguer Callejón.

15 McCarthy, J. Minsky, M., Rochester, N. y Shannon, C. «A Proposal for the Dartmouth Summer research project on Artificial intelligence, August 31, 1955». *AI Magazine*. 2006; 27(4): 12-14.

16 Cfr. Russell, S. y Norvig, P., *op. cit.* 19, nota 1. Cfr. también Mittelstadt, B., *op. cit.* 11.

lógico-matemático, le imponga condiciones; sin dejar de ser, entonces, antes que una forma artificial de inteligencia, un artificio de la inteligencia humana²¹. Sus elementos básicos son los datos y los algoritmos, secuencias de instrucciones expresadas matemáticamente, que le permiten, a partir de esa información almacenada y archivada, descubrir relaciones o conexiones ocultas²². Los datos son de una importancia radical: “un algoritmo es, al fin y al cabo, tan bueno como sean sus datos”²³. Así, estos dos elementos, algoritmos y datos, matizan el carácter autónomo de la “toma de decisiones” de los sistemas de IA.

Como se decía, no vamos a tratar de ofrecer una definición más precisa, pero sí es necesario atender a los aspectos de los sistemas de IA más relevantes para el consentimiento informado del paciente cuando se usan en la asistencia sanitaria. Por eso es necesario tener en cuenta que, aunque en sentido propio las diferencias entre inteligencia humana e inteligencia artificial sean significativas²⁴, desde una perspectiva funcional, y según el ámbito al que nos estemos refiriendo, pueden no serlo: los complejos sistemas actuales de IA pueden llevar a cabo tareas muy sofisticadas en ámbitos determinados. Los que usan aprendizaje automático (*machine learning*) tienen la capacidad de “aprender” y actuar en función de lo aprendido, de manera que, con el tiempo y a partir de la exposición a datos, modifican su comportamiento: por ejemplo, pueden revisar una recomendación basándose en patrones de datos que están evolucionando²⁵. Se trata de sistemas que pueden percibir su entorno y por eso “aprenden” a través de la “experiencia” y, a

partir de ahí, actúan maximizando sus posibilidades de alcanzar su fines²⁶. Mediante un proceso automatizado de descubrimiento de correlaciones entre variables en un conjunto de datos, puede hacer predicciones o estimar un resultado; esto es, “tomar una decisión”²⁷. Para ello operan no limitados por una lógica explícita, de manera transparente, sino que, a partir de sus marcos matemáticos y utilizando ingentes cantidades de datos, son capaces de encontrar asociaciones u obtener resultados mas allá de lo que se les había programado.

Pues bien, es aquí donde nos encontramos, como se adelantaba, con el rasgo de la IA que parece más significativo a los efectos de este trabajo: la posibilidad de que el resultado que ofrezca el sistema de IA vaya más allá de la previsión de sus programadores y que resulte imposible o enormemente difícil para el ser humano conocer las razones de las estimaciones del sistema de aprendizaje automatizado²⁸. Esto es, no sólo es que vaya más allá de lo previsto por su programador, sino que, además, los pasos a través de los cuales interpreta los datos no siempre son transparentes. Nos encontramos, así, con el problema de las cajas negras o de la opacidad o falta de explicabilidad de los sistemas de IA que emplean aprendizaje automático, típicamente identificado como riesgo de la IA tanto en general como, en particular, para el ámbito del cuidado de la salud²⁹.

Es posible, sin embargo, si atendemos, por ejemplo, a Lehr y Ohm³⁰, que sea un error considerar los sistemas de aprendizaje automatizado como sistemas monolíticos, de una sola pieza; cajas negras completamente formadas e inescrutables —a juicio de estos autores, error típico de los juristas³¹. Estos autores proponen, por el contrario, tener en cuenta que nos encontramos ante un producto de una serie de procesos humanos, por lo que resulta po-

para el ámbito de la IA sería, en el ejemplo del submarino, que es el ser humano quien le hace nadar (entendiendo nadar en sentido funcional).

21 Cfr. Dicasterio para la doctrina de la fe y Dicasterio para la cultura y la educación, *op. cit.* §§ 10-12.

22 Cfr. Comitato Nazionale per la Bioética y Comitato Nazionale per la Biosicurezza, le Biotecnologie e le Scienze della Vita, *op. cit.* 5-6.

23 Cfr. Lehr, D. y Ohm, P. *op. cit.* 653-717, 677 y 712.

24 Sin ánimo de entrar aquí en la comparación entre IA e inteligencia humana, sí parece que se puede sostener que los sistemas de IA no comprenden, no tienen intimidad subjetiva ni conciencia de la propia realidad; serían más parecidos a inmensísimas memorias, gestores de datos súper eficientes, que a partir de esa gestión pueden calcular o predecir, en determinados ámbitos, en un nivel muy superior al humano.

25 Cfr. Solomonides, A. *et alii. op. cit.* 586.

26 Cfr. Mittelstadt, B., *op. cit.* 10-11.

27 Cfr. Lehr, D. y Ohm, P. *op. cit.* 671.

28 Cfr. *ibid.*, 705-706.

29 Mittelstadt expone con detalle y claridad este riesgo en la relación médico-paciente, distinguiendo interpretabilidad, transparencia y trazabilidad y distinguiendo también la perspectiva del experto de la del usuario no especializado. La opacidad puede deberse a la inaccesibilidad para el usuario (profesional, paciente) o a la condición del sistema en cuestión de ser fundamentalmente inescrutable o ininteligible: cfr. Mittelstadt, B., *op. cit.* 46-49 y 57-60.

30 Cfr. Lehr, D. y Ohm, P. *op. cit. passim.*

31 Cfr. *ibid.*, 655-656.

sible ganar en explicabilidad³². También para Mittelstadt la explicabilidad resulta no una cuestión de blanco o negro, sino de grados y que debe atenderse en función de la persona (técnico, usuario experto, usuario no experto, etc.); así, hay alternativas para atender a sus exigencias, aunque no siempre se pueda garantizar por completo y en bloque. Sin embargo, esto no excluye que, para lo que nos interesa ahora, en el contexto de la asistencia sanitaria, no siempre sea posible para los usuarios de esos sistemas de IA (esto es, los profesionales asistenciales) conocer cómo —siguiendo qué lógica o en base a qué correlaciones— ha llegado al máquina a los resultados que propone³³. La solución no es simplemente garantizar la intervención humana en la fase final³⁴, ya que en esas condiciones es posible que la persona usuaria no encuentre razones para validar pero tampoco para desechar justificadamente la propuesta del sistema de IA³⁵.

3. Sobre el consentimiento informado en el ámbito de la asistencia sanitaria

Vamos a considerar, entonces, cómo podría afectar el empleo de un sistema de IA así caracterizado al consentimiento informado del paciente. Para ello es conveniente considerar brevemente cuál es la razón de ser del consentimiento informado en la relación médico-paciente, para tenerla a la vista como criterio desde el que desarrollar ese juicio.

He sostenido en otro lugar que existen dos visiones básicas del consentimiento informado en el ámbito de la asistencia sanitaria³⁶. Una lo entiende como expresión

del derecho a la vida y a la integridad física y moral, fundamentado en la dignidad e inviolabilidad de la persona. Para esta visión, el consentimiento informado funciona principalmente como un límite negativo, de manera que la intervención médica necesita, para ser legítima, ser consentida por el paciente (o, por lo menos, no expresamente rechazada, en los casos en que el paciente no puede prestar consentimiento). Su fundamento es, como decíamos, la dignidad del ser humano, que implica la exigencia de ser tratado como persona, no como cosa; como sujeto y no como objeto. En el contexto de la relación asistencial esta exigencia se concreta, en particular, en el deber de respeto a la corporeidad de la persona, que lleva a no intervenir en esa persona si no es con su consentimiento (que puede entenderse presunto en determinadas circunstancias, como adelantábamos). Así, a través del consentimiento informado, el paciente acepta la intervención del profesional asistencial, haciéndola legítima, o la rechaza. A mi juicio, ésta es la función propia del consentimiento informado.

La segunda visión del consentimiento informado es la que lo considera como un mecanismo para garantizar la realización de la elección autónoma. Ésta, a su vez, se entiende como manifestación de la facultad de autodeterminación de la persona, concebida como la capacidad de darse a uno mismo normas que orienten el propio comportamiento libre. En esta visión el consentimiento informado es un instrumento para que el paciente decida qué han de hacer otros (los profesionales) respecto de su propio cuerpo; de esta manera, se autodetermina. Su fundamento es, entonces, la autonomía entendida como la condición de la voluntad de ser ley para sí misma.

La segunda comprensión del consentimiento informado está muy extendida entre académicos y es muy frecuente en propuestas bioéticas. Entre los juristas era menos frecuente: sí se empleaba el lenguaje autonomista, pero el sentido del consentimiento informado solía entenderse al modo de la primera de las visiones expuestas: como un instrumento para aceptar o rechazar un tratamiento o intervención, y no como instrumento de autodeterminación, que permita exigir de un tercero una intervención determinada (entre otras cosas, por

32 Cfr. *ibid.*, 705-706. A juicio de estos autores hay medios técnicos para aumentar la explicabilidad, lo que ocurre es que exige atender a las fases previas a la del algoritmo ya desarrollado y tomando decisiones en el mundo real: esas fases previas conllevan mucha más implicación humana (657-658). Los autores insisten en entender el *machine learning* como el resultado de una serie de procesos humanos, no como un hecho estático, completo (715).

33 Cfr. Mittelstadt, B., *op. cit.* 16. Cfr. también Sparrow, R. y Hatherley, J. *op. cit.* 16.

34 Cfr. Lehr, D. y Ohm, P. *op. cit.* 716.

35 Cfr. Comitato Nazionale per la Bioética y Comitato Nazionale per la Biosicurezza, le Biotecnologie e le Scienze della Vita, *op. cit.* 10-11.

36 Cfr. sobre estas dos visiones y para un desarrollo de lo que se propone a continuación, Pereira Sáez, C. «Two Visions of informed Consent». *Medicine and Law*. 2016; 35: 165-172, y «Constitución y consentimiento informado: España». *Julgar*. 2014; número especial: 47-65.

las dificultades prácticas que conlleva entenderlo como instrumento para exigir en el ámbito de la asistencia sanitaria la realización de la voluntad de una persona respecto de sí misma, cualquiera que sea esa voluntad). Sin embargo, en los últimos años encontramos en España sentencias en las que se afirma expresamente que el fundamento del consentimiento informado –el derecho a la vida e integridad del art. 15 de la Constitución³⁷– es un derecho de autodeterminación: por ejemplo, la sentencia del Tribunal Constitucional español 19/2023, de 22 de marzo, donde se afirma que ofrecer la eutanasia y el suicidio asistido es necesario para garantizar la autodeterminación de la persona, esto es, para dar cumplimiento a la voluntad de la persona respecto de sí misma, igual que lo es respetar el rechazo de tratamiento a través del consentimiento informado³⁸. Parecería, entonces, que, por lo menos en la práctica del Derecho en España, la diferencia entre esas dos visiones del consentimiento informado resulta superflua: la razón de que atendamos al consentimiento (o rechazo) de una intervención no sería el respeto a la corporeidad de la persona, sino a su capacidad de autodeterminación. Por otro lado, esta perspectiva podría parecer especialmente interesante para tratar la relevancia del empleo de sistemas de IA en la asistencia sanitaria, teniendo en cuenta que el riesgo más relevante en este contexto parece ser el de la imposición (por inescrutable) de una decisión ajena, la del sistema de IA. Esto lo corroboraría, por otro lado, la frecuencia con que aparece la referencia a la autonomía del paciente en las propuestas de pautas éticas para el empleo de sistemas de IA en la asistencia sanitaria.

Sin embargo, no es la autodeterminación así entendida lo que pretende garantizar el Derecho, en la práctica; además, resulta teóricamente débil. Por lo que se refiere a lo primero, si tratara de garantizar la autodetermina-

ción, el Derecho afirmaría el deber jurídico de dar cumplimiento a todos nuestros deseos respecto de nosotros mismos (con la única excepción de aquellos que afectasen negativamente a terceros, como exigencia de la coordinación de autonomías); pero no lo hace, como sabemos: por ejemplo, el Derecho español no atiende cualquier solicitud de muerte, sino sólo la de quienes se encuentren en contexto eutanásico. Por lo que se refiere a lo segundo, lo cierto es que la comprensión de la autonomía como auto-legislación, en la que se basa esa noción de autodeterminación, puede resultar menos convincente de lo que parece a primera vista. En la medida en que implica la total indeterminación de la voluntad, esto es, su indiferencia radical y originaria, supone que el obrar libre es, en realidad, incomprensible: la única razón de la determinación de la voluntad es la propia voluntad³⁹. En último término, el problema de entender la libertad como autonomía es ignorar que la libertad, en un cierto sentido y quizá en su estructura más radical, no consiste tanto en un acto de la voluntad como en un reconocimiento. Esto es, deliberamos para decidir libremente y nuestras acciones libres se deben a razones, pero que las razones sean tal no se debe a una decisión libre nuestra, sino que cuando deliberamos nos movemos en un horizonte dado de antemano. Hacemos lo que, desde puntos de vista dados de antemano, nos parece mejor, y nos parece así porque somos como somos⁴⁰. La noción de libertad como autonomía niega este contexto de la deliberación, esta estructura radical de la libertad⁴¹.

Por lo tanto, a pesar de lo más o menos extendidas que estén una y otra visión del consentimiento informado, la que lo considera expresión de la capacidad de au-

37 El art. 15 de la Constitución española establece que “todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes. Queda abolida la pena de muerte, salvo lo que puedan disponer las leyes penales militares para tiempos de guerra.” La sentencia del Tribunal Constitucional español 37/2011, de 28 de marzo, afirma expresamente que este artículo es el fundamento constitucional del consentimiento informado.

38 Cfr. STC 19/2023, de 22 de marzo, FJ 6 C, d) y e), donde la integridad moral se entiende como genérica capacidad de autodeterminación.

39 Esta manera de entender la libertad implica el riesgo, como escribe Taylor, de perder completamente el sentido, porque la razón de ser de la libertad no puede ser la libertad misma, sino que es, más bien, el tipo de bien que necesita de la libertad para ser elegido. La auto-elección como ideal solo tiene sentido porque hay ciertas cuestiones que son más significativas que otras. Y qué cuestiones sean significativas no es cosa que uno mismo determine; si fuera uno mismo quien lo decidiese, ninguna cuestión sería significativa. Cfr. Taylor, C., *La ética de la autenticidad* (trad. de Pablo Carbajosa), Barcelona, Paidós, 1994, 74-75.

40 Cfr. Spaemann, R., *Persons. The Difference Between ‘Someone’ and ‘Something’*, (trad. de Oliver O’Donovan), Oxford, Oxford University Press, 2006, 209-220.

41 Estructura que, a su vez, no impide la libertad de la deliberación porque la “meta-voluntad” de ser feliz no fija acciones concretas ni actos de voluntad. Cfr. Spaemann, R., *op. cit.*, pp. 209-220.

todeterminación resulta limitada. El triunfo del lenguaje autonomista puede explicarse porque, efectivamente, el consentimiento informado es un instrumento que ha de ejercerse *libremente*; sin embargo, esto no significa que su única razón de ser sea proteger la libertad, como si afirmar que protege algún otro bien supusiera negar esa libertad que se quiere proteger. La comprensión autonomista de la libertad se caracteriza porque, para afirmar la libertad, niega que existan bienes que atraigan a la voluntad, porque entiende que sólo así es libre, aunque haya de quedar reducida a una voluntad aleatoria, que quiere sin causa. Hay, no obstante, otro sentido posible de la libertad, que no la condena a la irracionalidad, que la entiende no como voluntad que es ley respecto de sí misma, cosa imposible⁴², sino como voluntad que elige, porque no está determinada, pero en un contexto previo, a partir de algo dado: las formas básicas del bien humano. Así, la libertad no es tanto el fin como la condición de la persona humana, siendo el bien de la persona un bien que necesita de la libertad para ser elegido⁴³.

4. Una propuesta

A mi juicio, éste es el contexto en el que se entiende adecuadamente el sentido del consentimiento informado en el ámbito sanitario, en donde funciona como instrumento de respeto a la integridad de la persona, particularmente en su corporeidad, precisamente en cuanto sujeto libre, no mero cúmulo de células y órganos. Pero tal respeto a la libertad de la persona no consiste en poner por obra su voluntad, sino más bien en considerar que su bien necesita de la libertad para ser elegido. Por este motivo el consentimiento del paciente necesita la información previa por parte del profesional: sólo se puede prestar consentimiento respecto de algo que se conoce, porque la voluntad sólo puede querer lo que la inteligencia le presente como bueno⁴⁴. Pues bien, en el ámbito de la asistencia sanitaria, a diferencia de lo que ocurre en otros ámbitos, no se presume que el paciente conoce y

comprende aquello respecto de lo que ha de consentir (o no), por ser de carácter especializado o científico; por eso se entiende que es obligación del profesional transmitir la información relevante⁴⁵. En estas condiciones, en el contexto de una relación interpersonal, el consentimiento del paciente legitima la intervención del profesional.

La atención al fundamento del consentimiento informado nos da un punto de vista desde el que observar la intervención de sistemas de IA en la asistencia sanitaria —intervención que, por ahora, será habitualmente mediante sistemas parciales de apoyo en la toma de decisiones. Evidentemente, es necesario que los sistemas respeten las exigencias éticas aplicables en general, como la solidez técnica, etc. Por lo que se refiere en concreto al consentimiento informado para la asistencia sanitaria⁴⁶ el criterio básico es, a mi juicio, que la intervención de la IA sea tal que no impida que el consentimiento informado así entendido pueda tener sentido; para ello es necesario que la relación no pierda su carácter interpersonal. En efecto, sólo procede otorgar un consentimiento ante otra persona, ya que la razón de ser no es la autodeterminación de quien consiente, sino la legitimación de quien interviene. Esto exige como pauta básica que el sistema de IA funcione siempre como instrumento en manos del profesional, no como sustituto. En este sentido han de entenderse las propuestas más frecuentes en relación con el consentimiento informado del paciente⁴⁷, de supervisión humana y de explicabilidad. Así, la supervisión humana no ha de ser un mero sello al final del proceso, sino que exige revisar todos los pasos previos de los desarrollos de los sistemas de IA, donde la intervención humana resulta mucho más factible y eficaz, como se adelantaba. Por lo que se refiere a la explicabilidad, el profesional asis-

42 Cfr. Anscombe, E. «Modern Moral Philosophy». *Philosophy*. 1958; 33(124): 1-19, 2.

43 Cfr. Taylor, C., *op. cit.*, 74-75.

44 Cfr. Finnis, J., *Aquinas. Moral, Political and Legal Theory*, Oxford, Oxford University Press, 1998, 62 y ss.

45 Para esto es esencial cómo se entienda la relación médico-paciente, ya que ese “transmitir la información” es, en realidad, mucho más: explicar, ofrecer alternativas, ayudar a ponderar riesgos, etc. Mittelstadt estudia la afectación de la IA a esa relación teniendo en cuenta justamente esa dimensión de relación interpersonal y su dimensión ética: cfr. Mittelstadt, B., *op. cit.* 35-43 y 66-67.

46 Como se adelantaba, atendemos aquí sólo al consentimiento informado para la asistencia sanitaria, no al consentimiento informado para el uso secundario de los datos.

47 Cfr., entre otros, Mittelstadt, B., *op. cit.* 57-60; Comitato Nazionale per la Bioética y Comitato Nazionale per la Biosicurezza, le Biotecnologie e le Scienze della Vita, *op. cit.* 14-16, OMS, *op. cit.* 25-26 y 45-54.

tencial sólo puede hacer suyo, o rechazar con razones suficientes, el resultado que obtenga el sistema de IA, si es capaz de comprender mínimamente sus razones; y sólo así podrá explicarlo y proponerlo al paciente. Para que la explicabilidad no resulte poco más que una pretensión ingenua, panacea aparente para todos los problemas⁴⁸, a la que se pueda responder, escépticamente, que lo que define a los sistemas de aprendizaje automatizado de IA es justamente su falta de explicabilidad, es interesante atender a perspectivas como la que veíamos que proponen Lehr y Ohm: no entender el aprendizaje automatizado de manera monolítica, sino por fases, de tal manera que el sistema pueda resultar más o menos explicable, también en función de para quién. Para los usuarios, el conocimiento del sistema de IA necesario es el conocimiento en cuanto instrumento, como ocurre en tantos otros ámbitos técnicos: más que conocer cómo funciona, es necesario conocer qué hace: qué determina y con qué criterios o razones. Esto puede no ser tarea fácil; habrá que ver hasta dónde es posible conocer, cuál es el ámbito de inescrutabilidad o incertidumbre, cuáles son los riesgos de error o los sesgos y, en general, el resto de limitaciones conocidas que puedan acompañar la propuesta del sistema de IA. En esas condiciones, el profesional podrá decidir el peso que otorga a la propuesta del sistema de IA y explicarlo al paciente.

En conclusión, entonces, el empleo de la IA en la asistencia a personas pasa por entender la IA como un sistema desarrollado por personas, desmitificándolo. Esto no supone ignorar la capacidad que puedan llegar a tener los sistemas de IA ni la seriedad de los riesgos que implica sino, más bien, no perder la confianza en el ser humano, no renunciar a lo que es propio de la persona, libre y responsable, manteniendo, también funcionalmente y no sólo en teoría, la diferencia respecto del artificio.

* * *

Este trabajo es uno de los resultados de la Ayuda para grupos con potencial de crecimiento número ED431B 2023/59 de la Xunta de Galicia.

Conflictos de intereses: no existen

⁴⁸ Cfr. Mittelstadt, B., *op. cit.* 16.

Referencias

- Anscombe, E. «Modern Moral Philosophy». *Philosophy*. 1958; 33(124): 1-19.
- Cartabria, M., «La edad de los nuevos derechos». *Revista de Derecho Político*. 2011; 81: 61-100.
- Comitato Nazionale per la Bioética y Comitato Nazionale per la Biosicurezza, le Biotecnologie e le Scienze della Vita, *Parere congiunto Intelligenza artificiale e medicina: aspetti etici*, Roma, 2020.
- Dicasterio para la doctrina de la fe y Dicasterio para la cultura y la educación, *Antiqua et Nova. Nota sobre la relación entre la inteligencia artificial y la inteligencia humana*, Roma, 2025.
- Finnis, J., *Aquinas. Moral, Political and Legal Theory*, Oxford, Oxford University Press, 1998.
- Gaudet, M., Herzfeld, N., Scherz, P. y Wales, J. (eds.), *Encountering Artificial Intelligence. Ethical & Anthropological Investigations*, Pickwick, Eugene, 2024.
- Grupo independiente de expertos de alto nivel sobre inteligencia artificial creado por la Comisión Europea en junio de 2018, *Directrices éticas para una IA fiable*, Bruselas, 2019.
- Kurzweil, R., *La singularidad está más cerca. Cuando nos fusionamos con la IA*, (trad. de Alexandre Casanovas) Barcelona, Deusto, 2025.
- Lehr, D. y Ohm, P. «Playing with the Data: What Legal Scholars Should Learn About Machine Learning». *UC Davis Law Review*. 2017; 51: 653-717.
- Línea de trabajo de Transformación digital de DigitalEs, *Inteligencia artificial ética en sanidad. Recomendaciones para la adopción de IA respetuosa, transparente, segura y justa*, DigitalEs, 2022.
- McCarthy, J. Minsky, M., Rochester, N. y Shannon, C. «A Proposal for the Dartmouth Summer research project on Artificial intelligence, August 31, 1955». *AI Magazine*. 2006; 27(4): 12-14.
- Mittelstadt, B., *The Impact of Artificial Intelligence on the Doctor-Patient Relationship. Report Commissioned by the Steering Committee for Humans Rights in the fields of Biomedicine and Health (CDBIO)*, Bruselas, Consejo de Europa, 2021.

- OMS, Ética y gobernanza de la inteligencia artificial en el ámbito de la salud: orientaciones de la OMS, Ginebra, 2021.
- Pereira Sáez, C. «Constitución y consentimiento informado: España». *Julgar*. 2014; número especial: 47-65 — «Two Visions of informed Consent». *Medicine and Law*. 2016; 35: 165-172.
- Russell, S. y Norvig, P., *Artificial Intelligence. A Modern Approach* (4ª ed.), Londres, Pearson, 2022.
- Spaemann, R., *Persons. The Difference Between 'Someone' and 'Something'*, (trad. de Oliver O'Donovan), Oxford, Oxford University Press, 2006.
- Solomonides, A. et alii. «AMIA Position Paper. Defining AMIA's artificial intelligence principles». *Journal of the American Medical Informatics Association*. 2022; 29(4): 585-591.
- Sparrow, R. y Hatherley, J., «High hopes for "Deep Medicine"? AI, Economics and the Future of Care». *Hastings Center Report*. 2020; 50(1): 14-17.
- Taylor, C., *La ética de la autenticidad* (trad. de Pablo Carbajosa), Barcelona, Paidós, 1994.
- Topol, E., *Deep Medicine: How Artificial Intelligence Can Make Healthcare Human Again*, Nueva York, Basic Books, 2019.
- UNESCO, *Recomendación sobre la ética de la inteligencia artificial*, 2021.

COLABORACIONES



CEREBRO DE LOS NIÑOS CON DISFORIA DE GÉNERO. EFECTOS DE LAS HORMONAS Y LOS BLOQUEANTES DE LA PUBERTAD EN UN CEREBRO EN DESARROLLO. UNA APROXIMACIÓN ÉTICA

CHILDREN'S BRAINS WITH GENDER DYSPHORIA. EFFECTS OF HORMONES AND PUBERTY BLOCKERS ON A DEVELOPING BRAIN. AN ETHICAL APPROACH

NATALIA LÓPEZ-MORATALLA^{1*} <https://orcid.org/0000-0001-6979-5292>

AMPARO CALLEJA²

MARÍA FONT³ <https://orcid.org/0000-0001-6611-1780>

1*. Facultad de Ciencias de la Universidad de Navarra, Irunlarrea nº1, 31008 Pamplona. natalialm@unav.es

2. Departamento de Endocrinología y Nutrición, Universidad de Navarra, Pamplona, España. acalleja@unav.es

3. Facultad de Farmacia y Nutrición de la Universidad de Navarra, Irunlarrea nº1, 31008 Pamplona.

mfont@unav.es

RESUMEN:

Palabras clave:

transexualidad infantil, disforia de género, bloqueantes de la pubertad, transición de género, cerebro infantil.

Recibido: 08/11/2024

Aceptado: 09/03/2025

En los últimos años, se ha observado un aumento significativo de menores con disforia de género (DG) que buscan tratamientos de transición, incluyendo bloqueadores de la pubertad y hormonas cruzadas. El cerebro infantil, en constante desarrollo, presenta diferencias estructurales y funcionales en niños con DG en comparación con los cisgénero, especialmente en áreas donde existen diferencias sexuales. El desarrollo cerebral en la infancia y adolescencia está fuertemente influenciado por las hormonas sexuales. Durante la pubertad, se produce una reorganización significativa del cerebro, con cambios en la materia gris y blanca que afectan la cognición, el control emocional y la socialización. La administración de bloqueadores de la pubertad interfiere en este proceso, lo que puede tener consecuencias en el coeficiente intelectual, la memoria de trabajo y la toma de decisiones. Los tratamientos con bloqueadores de la pubertad y hormonas cruzadas tienen beneficios y riesgos. Entre los beneficios se menciona la reducción de la angustia de los menores al evitar los cambios corporales irreversibles de la pubertad. Sin embargo, los riesgos incluyen la disminución de la densidad ósea, posibles impactos en la fertilidad y alteraciones en el desarrollo cerebral. Estudios recientes indican que la inhibición de la pubertad puede afectar la funcionalidad cognitiva y las funciones ejecutivas. El aumento de diagnósticos de DG ha generado preocupación en la comunidad médica. Se ha observado que muchos menores con DG presentan antecedentes de experiencias adversas en la infancia, mayores tasas de ansiedad y depresión, y en algunos casos, diagnósticos dentro del espectro autista. Además, algunos estudios sugieren que el auge en diagnósticos de disforia de género en adolescentes puede estar influenciado por factores sociales y exposición a redes digitales. En respuesta a la creciente controversia sobre los efectos de estos tratamientos, algunos países han restringido o prohibido el uso de bloqueadores de la pubertad en menores, citando la falta de evidencia científica sólida sobre su seguridad y efectividad a largo plazo. Desde una perspectiva ética, se analiza la praxis médica no basada en

evidencias científicas, la aplicación del principio del interés superior del menor y se plantean interrogantes sobre la capacidad de los menores para dar un consentimiento informado. Se destaca la importancia de un enfoque multidisciplinario para el diagnóstico y tratamiento de la DG, considerando alternativas que no impliquen intervenciones médicas irreversibles hasta que el menor alcance la madurez suficiente para tomar decisiones plenamente informadas.

ABSTRACT:

Keywords:

childhood
transsexuality,
gender dysphoria,
puberty blockers,
gender transition,
child brain

In recent years, there has been a significant increase in minors with gender dysphoria (GD) seeking transition treatments, including puberty blockers and cross-sex hormones. The developing child's brain exhibits structural and functional differences in children with GD compared to cisgender children, particularly in areas where sex differences exist. Brain development during childhood and adolescence is strongly influenced by sex hormones. During puberty, a significant reorganisation of the brain occurs, with changes in grey and white matter affecting cognition, emotional regulation, and socialisation. The administration of puberty blockers interferes with this process, which may have consequences on IQ, working memory, and decision-making. Treatments with puberty blockers and cross-sex hormones have both benefits and risks. Among the benefits, reducing the distress of minors by preventing the irreversible bodily changes of puberty is often cited. However, the risks include decreased bone density, potential impacts on fertility, and alterations in brain development. Recent studies indicate that puberty suppression may affect cognitive functionality and executive functions. The rise in GD diagnoses has raised concerns within the medical community. It has been observed that many minors with GD have a history of adverse childhood experiences, higher rates of anxiety and depression, and, in some cases, diagnoses within the autism spectrum. Additionally, some studies suggest that the surge in gender dysphoria diagnoses among adolescents may be influenced by social factors and exposure to digital networks. In response to the growing controversy over the effects of these treatments, some countries have restricted or banned the use of puberty blockers in minors, citing a lack of solid scientific evidence regarding their long-term safety and effectiveness. From an ethical perspective, concerns have been raised about medical practices not based on scientific evidence, the application of the principle of the child's best interests, and questions regarding minors' capacity to provide informed consent. The importance of a multidisciplinary approach to the diagnosis and treatment of GD is emphasised, considering alternatives that do not involve irreversible medical interventions until the minor reaches sufficient maturity to make fully informed decisions.

1. Introducción

La transexualidad es la condición que describe a la persona cuyo sexo psicológico difiere del biológico. Se caracteriza por la percepción de pertenencia al género opuesto y un fuerte deseo de modificar su cuerpo. Cuando esta percepción incongruente genera malestar y angustia, se habla de disforia de género (DG).

Esta situación puede manifestarse tanto en adultos como en preadolescentes y niños, pero las estrategias diagnósticas y terapéuticas varían entre estos grupos debido a diferencias en el desarrollo cerebral, psicológico, físico y social.

Para las personas transgénero que se someten a un tratamiento de transición, la terapia hormonal cruzada es una de las intervenciones más solicitadas y aceptadas. En uso desde hace décadas¹, este tratamiento implica la administración de estrógenos o testosterona para inducir características sexuales secundarias del género con el que se identifican. Suele ser un tratamiento de por vida y requiere evaluaciones periódicas para ajustar la dosis y detectar posibles efectos secundarios, como riesgos

¹ López Moratalla, N. et al. (2024). "Brain Characteristics of Transgender individuals and consequences of gender assignment treatment". *Cuadernos de Bioética*. 35: 91-102. DOI: 10.30444/CB.168

cardiovasculares. Además, conlleva efectos irreversibles, especialmente en la fertilidad. Por otra parte, la interrupción del tratamiento puede revertir parcialmente sus efectos y causar desajustes hormonales.

Los tratamientos quirúrgicos, opcionales para personas transexuales y transgénero, están diseñados para modificar características anatómicas y alinearlas con la identidad de género del individuo. Estas intervenciones pueden incluir cirugías como la mastectomía bilateral en hombres/niños trans (de femenino a masculino, FtM) o el aumento de senos en mujeres trans (de masculino a femenino, MtF), así como procedimientos genitales complejos. Dado que la mayoría de estos procedimientos son irreversibles, se requiere una evaluación multidisciplinaria con un sólido apoyo psicológico, debido al alto impacto emocional de esta fase del proceso de transición².

En el caso de niños y preadolescentes, el diagnóstico y tratamiento presentan desafíos añadidos, ya que su cerebro aún está en desarrollo y es diferente al de los adultos. Es importante considerar que el cerebro humano es un órgano altamente plástico que experimenta cambios significativos desde la etapa fetal hasta la adolescencia, con transformaciones a nivel estructural, funcional y neuroquímico.

Según la guía clínica española de atención a menores transexuales³, se ofrece tratamiento supresor de la pubertad si, al inicio o en el transcurso de esta, aparece o se intensifica el malestar por el desarrollo de características sexuales secundarias. Durante la pubertad, el organismo libera la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH), que estimula el desarrollo de las gónadas (ovarios o testículos), promueve la formación de gametos y la producción de hormonas esteroides. El tratamiento supresor se lleva a cabo mediante la administración de análogos de GnRH (GnRHa).

Es fundamental distinguir entre incongruencia de género (IG) y DG, términos que a menudo se usan indistintamente, aunque no son equivalentes. La IG, que

esta incluida en la transexualidad y la identidad transgénero, se refiere a la experiencia significativa y persistente de incompatibilidad entre la identidad de género de una persona y el género que se espera en función de su sexo biológico. Por otro lado, la DG es un diagnóstico médico que se establece cuando una persona experimenta un deterioro psicológico o funcional significativo asociado a dicha incongruencia. La DG se define por la angustia del individuo, manifestada en una combinación de ansiedad, depresión e irritabilidad, y no por la mera presencia de incongruencia de género⁴.

Asimismo, es importante diferenciar la DG del comportamiento atípico de género, en el que niños muestran interés por actividades o preferencias generalmente asociadas al otro género. Este comportamiento ocurre en aproximadamente el 2-3% de la población, y la mayoría de estos individuos no son transgénero.

En este trabajo, aportamos conocimientos sobre las diferencias entre el cerebro de menores con DG y el de individuos menores con sexo psicológico que no difiere del biológico (que denominaremos comunmente: "controles"), lo que sugiere la existencia de una diferenciación alterada. También analizamos los efectos de las hormonas y de los bloqueadores de la pubertad (GnRHa) en un cerebro aún en desarrollo y con dicha diferenciación alterada.

Por último, se realiza un análisis desde el punto de vista ético, considerando los principios de la praxis médica basada en evidencias científicas, el principio del mejor interés del menor y la posibilidad de otorgar un consentimiento informado.

2. Construcción del cerebro infantil

Las diferencias en el procesamiento de los conocimientos, el comportamiento, las emociones entre niños, adolescentes y adultos se han observado desde la antigüedad. Actualmente, gracias a las técnicas basadas en resonancia magnética funcional de imagen, se ha podido constatar la existencia de cambios anatómicos del

2 López Moratalla, N. et al. (2024). "Brain Characteristics of Transgender individuals and consequences of gender assignment treatment". Cuadernos de Bioética. 35: 91-102. DOI: 10.30444/CB.168

3 Moral-Martos, A. et al. (2020). "Guía clínica de atención a menores transexuales, transgéneros y de género diverso". *Anales de Pediatría*, 96:349.e11-349.e11. DOI: 10.1016/j.anpedi.2022.02.002

4 Brown, GR. (2023) "Incongruencia y disforia de género". <https://www.merckmanuals.com/es-us/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/incongruencia-y-disforia-de-g%C3%A9nero/incongruencia-y-disforia-de-g%C3%A9nero>. Accedido, 29 de enero de 2025.

cerebro durante la infancia y la adolescencia, entre los que destaca el aumento en el volumen de materia blanca en todo el cerebro⁵. Recientemente se ha mostrado que durante la fase de transición al final del primer año de vida tardía a la niñez se produce una reorganización de la corteza prefrontal (PFC) que podría apoyar el desarrollo de procesos tempranos de control inhibitorio⁶.

Durante la infancia y la preadolescencia, diferentes sistemas hormonales regulan aspectos fundamentales del desarrollo cognitivo, emocional y conductual^{7,8,9}.

Con anterioridad hemos mostrado¹⁰ como los diferentes procesos de construcción y maduración del cerebro están dirigidos por las hormonas sexuales. El aumento de volumen durante la etapa prenatal e infancia se debe a la generación de neuronas que desarrollan sus terminaciones (sustancia gris). Desde el tercer trimestre de gestación y los primeros años de vida, se establecen las primeras conexiones (sustancia blanca) entre las neuronas. De forma que este proceso de mielinización, que implica la envoltura de las fibras nerviosas con vainas de mielina, permita aumentar la velocidad de conducción de los impulsos nerviosos. En los primeros meses, se mielinizan principalmente las vías sensoriales y motoras, facilitándose de este modo la percepción y la coordinación motora gruesa. Durante la infancia media (3-7 años), el cerebro sigue especializándose y consolidando habilidades cognitivas y emocionales. Los procesos clave incluyen: (a) la expansión de la corteza prefrontal, que es la responsable del control de impulsos, la toma de decisiones y la planifi-

cación. Esta corteza sigue desarrollándose lo que permite una mayor regulación emocional y habilidades de resolución de problemas. (b) Desarrollo de la lateralización hemisférica. En esta etapa se profundiza la especialización de los hemisferios cerebrales, de modo que el hemisferio izquierdo se asocia predominantemente con el lenguaje y la lógica, mientras que el derecho está más involucrado en la creatividad y el procesamiento espacial. (c) La consolidación de la memoria a largo plazo mejora gracias a la maduración del hipocampo y la corteza asociativa. Esto lleva a avances en la memoria y el aprendizaje. Las experiencias educativas y el juego estructurado favorecen la integración de conocimientos y la flexibilidad cognitiva.

Al llegar la pubertad, una molécula transmisora (kisspeptina¹¹) activa la producción de hormonas sexuales que dirigen la maduración sexual. Neuronas en el hipotálamo, segregan de forma intermitente la hormona liberadora de la gonadotropina (GnRH) que estimula la glándula pituitaria anterior, la cual, a su vez, libera las hormonas luteinizante (LH) y la foliculo-estimulante (FSH), las cuales estimulan el desarrollo de las gónadas (testículos u ovarios), y promueven la formación de gametos y la producción de hormonas esteroideas.

Las hormonas continúan apareciendo de forma cíclica en las chicas y lineal en los chicos, a lo largo de la adolescencia la disponibilidad de hormonas sexuales marca de forma destacada la trayectoria de maduración cerebral, que tiene lugar aproximadamente un par de años antes en las chicas que en los chicos. El aumento de hormonas sexuales inicia la estructuración de la arquitectura funcional de cada individuo, lo que determinará su desarrollo posterior. Desde la pubertad hasta el final de la adolescencia se produce un onda de maduración que comienza en la nuca y avanza hacia arriba y hacia la frente. La maduración consiste en la poda de las terminaciones nerviosas de las neuronas y formación de la funda de mielina que protege los axones: disminución de volumen por conversión de la materia gris a blanca¹².

5 Lenroot, RK. and Giedd, JN. (2006) "Brain development in children and adolescents: Insights from anatomical magnetic resonance imaging". *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 30: 718-729. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2006.06.001>.

6 Fiske, A. et al. (2024). "The neural correlates of response inhibition across the transition from infancy to toddlerhood: An fNIRS study". *Imaging Neuroscience*. 2: 1-21. https://doi.org/10.1162/imag_a_00206

7 Kabotyanski, KE. and Somerville, LH. (2021). "Puberty: Your Brain on Hormones". *Front. Young Minds*. 9:554380. DOI: 10.3389/frym.2020.554380

8 Juraska, JM. et al. (2013). "Sexual differentiation of the adolescent rodent brain: hormonal influences and developmental mechanisms". *Horm. Behav.* 64:203-10. DOI: 10.1016/j.yhbeh.2013.05.010

9 Sisk, CL., and Zehr, JL. (2005). Pubertal hormones organize the adolescent brain and behavior. *Front. Neuroendocrinol.* 26:163-74. DOI: 10.1016/j.yfrne.2005.10.003

10 Cfr: López Moratalla, N. y Font Arellano, M. (2022) "Neuropsicología de la Infancia y la Adolescencia". Capítulos 1 y 2. Universidad de Piura y EUNSA. 2ª Edición 2022.

11 Tena-Sempere, M. (2009). "Neuroendocrinología de la reproducción: the kisspeptin age". *Endocrinol Nutr.* 56:103-105. DOI: 10.1016/S1575-0922(09)70838-1.

12 Cfr: López Moratalla, N. y Font Arellano, M. (2022) "Neuropsicología de la Infancia y la adolescencia". Capítulos 1 y 2. Universidad de Piura y EUNSA. 2ª Edición 2022.

Además, en la etapa prenatal se inicia ya una diferenciación estructural y funcional de diferentes áreas entre el cerebro femenino y el cerebro masculino¹³. Son precisamente estas áreas y funciones las que permiten analizar si existen diferencias entre el cerebro de los niños transexuales y transgénero y los controles.

3. El cerebro de las personas adultas, y de niños, transgénero

Está establecido que el cerebro de las personas transexuales adultas difiere del de personas con sexo psicológico que no difiere del biológico en las áreas que presentan diferencias estructurales o funcionales entre hombres y mujeres. Se conocen tanto las bases genéticas que originan estas diferencias como el hecho de que, en personas trans, se produce un cambio esencial en la conectividad de las neuronas de la red de percepción corporal, lo que provoca la disforia¹⁴. Este conocimiento permite caracterizar la condición transexual o transgénero y diferenciarla de otras identidades transgénero como género no binario, género fluido o género queer, que presentan, en general, otros problemas de salud mental que a veces se confunden con la DG.

Aunque la etiología de la DG es compleja y multifactorial, las investigaciones recientes han señalado una posible base genética que contribuye a esta condición. Uno de los enfoques principales en la investigación genética de la DG ha sido el estudio de los receptores hormonales, especialmente los receptores de andrógenos (AR) y estrógenos (ER)^{15,16}, sugiriendo una posible asociación entre estas variantes genéticas y la disforia de género. Se ha propuesto también la influencia de va-

riantes del gen que codifica la aromatasa¹⁷, una enzima clave en la conversión de andrógenos a estrógenos, que desempeña un papel crucial en la diferenciación sexual del cerebro durante el desarrollo fetal. Además de las variaciones genéticas, la epigenética—modificaciones heredables en la expresión génica sin cambios en la secuencia de ADN—ha emergido como un factor relevante en la disforia de género¹⁸: las modificaciones epigenéticas podrían influir en la identidad de género al alterar la expresión de genes clave durante el desarrollo cerebral.

En la actualidad se llevan a cabo análisis genético y epigenético¹⁹ de niños con DG respecto a controles. La integración de enfoques genéticos, epigenéticos y ambientales será esencial para desarrollar una comprensión más completa de la DG y mejorar el diagnóstico y las intervenciones clínicas para las personas que la experimentan.

3.1. Cerebro Infantil Trans y DG: Una Posible Diferenciación Sexual Alterada

Entre los 2 y los 4 años, la mayoría de los niños perciben su género en concordancia con su sexo. Solo una pequeña proporción se identifica como transgénero hacia los 4 o 5 años, aunque la mayoría de estos regresarán a su género de nacimiento en la pubertad²⁰. Sin embargo, si la DG persiste en la adolescencia suele, en ese momento, aumentar su intensidad.

Los experimentos dirigidos a examinar si existen diferencias en el cerebro de niños trans son muy difíciles de llevar a cabo debido a la necesidad de alcanzar un número elevado que permita conocer si las posibles diferencias son significativas; además muchos de ellos se retiran del estudio. Por otra parte, se mezclan diferentes edades y estadios de pubertad y es especialmente difícil conseguir niños controles como de transgénero que

13 Cfr: López Moratalla, N. y Font Arellano, M. (2022) "Neuropsicología de la Infancia y la Adolescencia". Capítulos 1 y 2. Universidad de Piura y EUNSA. 2ª Edición 2022.

14 López Moratalla, N. et al. (2024). "Brain Characteristics of Transgender individuals and consequences of gender assignment treatment". *Cuadernos de Bioética*. 35: 91-102. DOI: 10.30444/CB.168

15 Henningsson, S. et al. (2005). "Sex steroid-related genes and male-to-female transsexualism". *Psychoneuroendocrinology*, 30: 657-664. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2005.02.006>

16 Hare, PB. (2009). "Androgen Receptor Repeat Length Polymorphism Associated with Male-to-Female Transsexualism". *Biological Psychiatry*. 65: 93-96. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2008.08.033>

17 Fernández, R. et al. (2018). "Molecular basis of Gender Dysphoria: androgen and estrogen receptor interaction". *Psychoneuroendocrinology*, 98: 161-167. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2018.07.032>

18 Ramírez, K., et al. (2021). "Epigenetics Is Implicated in the Basis of Gender Incongruence: An Epigenome-Wide Association Analysis". *Frontiers in Neuroscience*. 15:701017. DOI: 10.3389/fnins.2021.701017.

19 Fernández, R. Comunicación personal

20 Graham, P. (2023). "Transgender children and young people: how the evidence can point the way forward". *B. J. Psych Bull*. 47: 98-104. DOI:10.1192/bjb.2022.3.

acepten no ser tratados hormonalmente. Sin embargo, es importante establecer qué diferencias en el cerebro aparecen antes de la pubertad según el sexo, lo que podría reflejar efectos organizativos tempranos de las hormonas durante el desarrollo y/o aquellos que se establecen bajo la influencia de hormonas puberales.

De ahí el valor de un artículo reciente que aborda, por primera vez con cohortes numerosas, el estudio del cerebro infantil transexual²¹. El objetivo de este estudio, realizados con técnicas de neuroimagen en niños y adolescentes con DG, es determinar si existe una diferenciación sexual alterada en el cerebro encontrando datos que apoyan esta hipótesis, tanto a nivel estructural como funcional.

A nivel estructural, un estudio²² anterior se dirigió a examinar si hay signos de un desarrollo cerebral atípico según el sexo en 55 adolescentes FtM y 38 MtF, 44 niños y 52 niñas sin GD. Cuantificaron los volúmenes regionales de materia gris neuronal (GM), observaron cambios sutiles en los volúmenes de materia gris. En las distintas etapas del tratamiento, los volúmenes cerebrales de niños DG coincidían en gran medida con su sexo biológico. Sin embargo, al examinar estructuras específicas que normalmente presentan diferencias sexuales en niñas o niños cisgénero, detectaron alteraciones sutiles en los volúmenes de materia gris en la dirección de su género experimentado en vez del correspondiente a su sexo biológico.

Una de ellas es el hipotálamo, que forma parte del cerebro sexual encargado de procesar los estímulos sexuales; es mayor en niños cis que en niñas cis y precisamente su volumen disminuye en niños transgénero (MtF).

Los dos hemisferios del cerebro difieren en estructura y función, con pequeñas pero marcadas diferencias entre los sexos en cuanto a la lateralización (Tabla 1)²³. A nivel

funcional analizan la capacidad de rotación mental (manipulación realizando giros de objetos en 3D) mayor en hombre que en mujeres; encuentran que está disminuida en niños transgénero MtF respecto a niños cisgénero.

Por el contrario, la respuesta a la feromona androstadiona (presente en el sudor masculino), que activa el hipotálamo en mujeres, aumenta en niñas trans (MtF) y no en niños trans (FtM).

Tabla 1. Diferenciación sexual alterada en menores con DG^a

Cerebro infantil	Cerebro infantil DG
Volumen de materia gris de áreas dimórficas según sexo	↑
Volumen del hipotálamo (F<M)	MtF ↓
Capacidad de rotación mental (F<M)	MtF ↓
Respuesta a andrógenos (M<F)	MtF ↓

^a M masculino; F femenino

Es decir, lo que es mayor en el cerebro masculino disminuye en menores trans MtF, mientras lo mayor en el cerebro femenino aumenta en estos MtF.

Por tanto, se observan cambios, muy sutiles, en las regiones del cerebro que muestran diferencias de sexo, lo que confirma en parte la hipótesis de la diferenciación sexual.

También se observan algunas señales neuronales específicas en individuos transgénero, relacionadas con la microestructura de la materia blanca y patrones de conectividad funcional, lo cual sugiere que podrían presentar un fenotipo cerebral propio²⁴. Estos resultados están en línea con estudios de resonancia magnética²⁵, realizados en personas adultas transgénero, sugiriendo que probablemente existan mecanismos neuronales subyacentes a la transexualidad, similares a los observados en adultos.

21 Bakker, J. (2024). "Neurobiological characteristics associated with gender identity: Findings from neuroimaging studies in the Amsterdam cohort of children and adolescents experiencing gender incongruence". *Hormones and Behavior*. 164:105601. <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2024.105601>.

22 Hoekzema, E. et al. (2015). "Regional volumes and spatial volumetric distribution of gray matter in the gender dysphoric brain". *Psych. neuroendocrinology*. 55: 59–71. DOI: 10.1016/j.psyneuen.2015.01.016.

23 Hirnstein, M. et al. (2018). "Cognitive sex differences and hemispheric asymmetry: a critical review of 40 years of research. Laterality Asymmetries Body". *Brain Cogn*. 24: 204–252. <https://doi.org/10.1080/1357650X.2018.1497044>.

24 Fernández, R. Comunicación personal.

25 (a) Kreukels, BP. and Guillamon, A. (2016). "Neuroimaging studies in people with gender incongruence". *Int. Rev. Psychiatry* 28: 120–128. DOI: 10.3109/09540261.2015.1113163; (b) Guillamon, A., et al. (2016) "A review of the status of brain structure research in transsexualism". *Arch. Sex. Behav*. 45: 1615–1648. DOI: 10.1007/s10508-016-0768-5

4. Disforia de género en menores: diagnóstico y pautas de tratamiento más frecuentes

En niños, el diagnóstico de disforia es más complejo que en los adultos, debido a las etapas de desarrollo y la exploración de la identidad que son naturales en la infancia. Según el Manual MSD-5²⁶, la DG infantil es un diagnóstico clínico que a menudo se manifiesta tan temprano como los 2 o 3 años, pero puede presentarse a cualquier edad.

En estos casos, los criterios diagnósticos incluyen una marcada incongruencia entre el género experimentado o expresado y el género correspondiente al sexo biológico, que dura al menos seis meses; se manifiesta, al menos, por algunos de los siguientes indicadores: (a). Deseo de ser del otro género o insistencia en que se es del otro género. (b). Preferencia por vestimenta típica del otro género. (c). Preferencia por roles de género opuestos en el juego. (d). Preferencia por juguetes, juegos o actividades típicamente utilizados o practicados por el otro género. (e). Preferencia por compañeros de juego del otro género. (f). Rechazo de juguetes, juegos y actividades típicamente asociados con el género asignado. (g). Rechazo de la anatomía sexual propia. (h). Deseo de las características sexuales del género experimentado.

El tratamiento de la DG en niños y preadolescentes es un proceso, generalmente conservador e individualizado, que busca aliviar el malestar asociado con la transsexualidad y apoyar al niño en su desarrollo saludable. Las intervenciones pueden incluir enfoques psicológicos, sociales y médicos, dependiendo de la edad del niño, la severidad de la disforia y las circunstancias individuales.

Las pautas de tratamiento más frecuentes se basan en protocolos desarrollados por diferentes grupos, como el del grupo de Amsterdam, que recomiendan pautas para evaluar a niños y jóvenes transgénero y, en su caso, ofrecerles una estrategia basada en el empleo de bloqueadores de la pubertad, hormonas cruzadas y cirugía de reasignación de sexo²⁷. Otros protocolos que inclu-

yen las directrices sobre las terapias médicas en niños y adolescentes con DG han sido publicadas por la Asociación Profesional Mundial para la Salud Transgénero (WPATH) y, más recientemente, por distintas sociedades médicas^{28,29}.

El enfoque terapéutico se centra preferentemente en: (a) Apoyo psicológico: cuyo objetivo principal es proporcionar un espacio seguro donde el niño pueda explorar su identidad de género y expresar sus sentimientos y preocupaciones. Un enfoque común es la terapia afirmativa de género, que valida y apoya la identidad de género del niño. Esta terapia se centra en ayudar al niño a desarrollar una autoimagen positiva y a manejar el estrés asociado con la DG. Además, se trabaja con la familia para educar y fomentar un entorno de apoyo. La terapia también puede abordar comorbilidades como la ansiedad o la depresión. (b) Transición social: implica cambios en la presentación y el rol de género del niño en la vida diaria, sin intervenciones médicas. Esto puede incluir acciones como adoptar un nombre y pronombres que se alineen con la identidad de género del niño; el cambio de estilo de vestimenta y apariencia para reflejar el género experimentado; ajustar la participación en actividades o grupos que correspondan al género con el que el niño se identifica. La transición social puede aliviar significativamente la disforia de género y mejorar el bienestar emocional del niño. Sin embargo, es crucial que esta decisión se tome en conjunto con profesionales de la salud y la familia, considerando los deseos del niño y el contexto social.

(c) Intervenciones médicas. Otro tipo de intervención farmacológica es la llamada Terapia hormonal de afirmación de género, que se aplica a los preadolescentes mayores a los que se les aplica un tratamiento hormonal con el objetivo de desarrollar características sexuales secundarias acordes con su género percibido. La administración de estrógenos o testosterona debe

26 American Psychiatric Association (2023). DSM-5-TR®. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Editorial Médica Panamericana S.A.

27 Hare, PB. (2009). "Androgen Receptor Repeat Length Polymorphism Associated with Male-to-Female Transsexualism". *Biological Psychiatry*. 65: 93-96. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2008.08.033>

28 Guerrero-Fernández, J. and Mora Palma, C. (2020). "Protocolo de tratamiento hormonal en niños y adolescentes trans". *Rev Esp Endocrinol Pediatr*. 11 (Supl 1). <https://www.endocrinologiapediatrica.org/revistas/P1-E33/P1-E33-S2635-A595.pdf>. Accedido, 3 de febrero de 2025.

29 Coleman, E. et al. (2022). "Standars of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8". *Int. J. Transgenderism*. 23 n. S1 (S1-S258). DOI: 10.1080/26895269.2022.2100644.

ser supervisada por un equipo médico especializado y se inicia generalmente después de los 16 años, según las guías médicas internacionales.

(d) La aplicación de otros procedimientos, como la cirugía de afirmación de género, son procedimientos quirúrgicos, irreversibles, diseñados para modificar características anatómicas y alinearlas con la identidad de género del individuo, mediante procesos que llevan a modificar los genitales, las características sexuales secundarias y otras características físicas para que coincidan con la identidad de género, son menos frecuentes en el caso de los niños, pero se aplican en determinados casos, en fases tempranas de la adolescencia. Su irreversibilidad hace que se deba esperar a que los afectados adquieran suficiente madurez intelectual para entender las consecuencias de la aplicación de estos procedimientos.

5. Tratamiento de transición de género en menores: bloqueantes de la pubertad

Los protocolos actuales de tratamiento hormonal reciben cada vez más críticas por la falta de evidencia científica sólida que permita sopesar adecuadamente los riesgos y beneficios de estas intervenciones en jóvenes. Los efectos de las hormonas cruzadas pueden ser irreversibles, en especial en lo que respecta a la apariencia física.

Se aconseja antes de comenzar este tratamiento de transición de género en menores y preadolescentes someterlos a la acción de fármacos que inhiben la pubertad, como son los análogos de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH), conocidos como bloqueantes de la pubertad (GnRHa). Son fármacos que suprimen la pubertad fisiológica y que se utilizan para retrasar temporalmente el inicio de la pubertad. Esto permite al niño y a su familia ganar tiempo para explorar la identidad de género sin la presión de los cambios corporales irreversibles asociados con la pubertad.

Dado que los agonistas de GnRH tienen como aplicaciones clínicas aprobadas el tratamiento de la pubertad precoz en infancia³⁰, tratamientos contra cáncer de

próstata, mama y ovarios poliquísticos en adultos³¹ y de endometriosis³², su aplicación en DG se basó en la idea de que la supresión temporal de la pubertad también podría ser beneficiosa en este contexto³³. No obstante, se conoce que la privación de andrógenos para el tratamiento del cáncer de próstata tiene efectos secundarios: aumenta el riesgo de empeoramiento e incidencia de depresión, y puede aumentar el riesgo de demencia y de suicidio³⁴.

Su mecanismo de acción se basa en la desensibilización del eje hipotálamo-hipófisis-gónadas (Figura 1), lo que impide la producción de hormonas sexuales. En condiciones normales, el hipotálamo secreta GnRH de forma pulsátil, estimulando la adenohipófisis para liberar las gonadotropinas: hormona luteinizante (LH) y hormona foliculoestimulante (FSH). Estas hormonas promueven la producción de estrógenos y testosterona en los ovarios y testículos, respectivamente. La administración continua de estos fármacos GnRHa reduce drásticamente la secreción de gonadotropinas y, en consecuencia, de hormonas sexuales. Con la disminución de estrógenos y testosterona, se inhiben los cambios puberales típicos, tales como el desarrollo mamario en mujeres y el crecimiento testicular en varones y se ralentiza la maduración de los caracteres sexuales secundarios y la capacidad reproductiva³⁵.

31 (a) Huirne, JAF. and Lambalk, CB. (2001). "Gonadotropin-releasing-hormone-receptor antagonists". *Lancet*, 358: 1793 – 1803. (c) Garrido, MP. et al. (2023). "Conventional and new proposals of GnRH therapy for ovarian, breast, and prostatic cancers". *Front. Endocrinol.* 14:1143261. DOI: 10.3389/fendo.2023.1143261.

32 Vannuccini, S. et al. (2022). "The endocrine background. Tratamientos hormonales para la endometriosis: El trasfondo endocrino". *Rev Endocr Metab Disord.* 23: 333–355 <https://doi.org/10.1007/s11154-021-09666-w>

33 Corripio, R. (2017) "Indicaciones, eficacia y seguridad del tratamiento con análogos de GnRH". *Rev Esp Endocrinol Pediatr.* 8:55–63. DOI: 10.3266/RevEspEndocrinolPediatr.pre2017.Oct.435

34 Siebert, A. L. et al. (2020). "Neuropsychiatric Impact of Androgen Deprivation Therapy in Patients with Prostate Cancer: Current Evidence and Recommendations for the Clinician". *Eur. Uro. Focus.* 6: 1170 – 1179. DOI:10.1016/j.euf.2020.05.014

35 Betsi G. et al. (2024). "Puberty suppression in adolescents with gender dysphoria: an emerging issue with multiple implications". *Front Endocrinol (Lausanne).* 15:1309904. DOI: 10.3389/fendo.2024.1309904.

30 Cheuiche, AV. et al. (2021) "Diagnosis and management of precocious sexual maturation: an updated review." *Eur J Pediatr.* 180, 3073–3087 (2021). <https://doi.org/10.1007/s00431-021-04022-1>

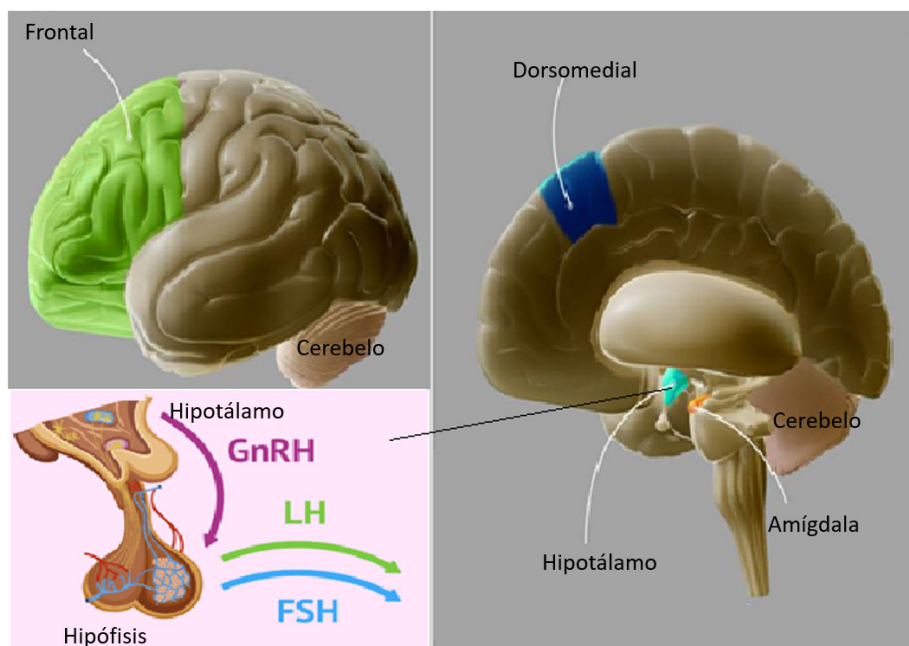


Figura 1. El eje hipotálamo-hipófisis-gónadas.

Los fármacos de este tipo más empleados son acetato de leuprolida y triptorelina³⁶; se administran a través de inyecciones subcutáneas o intramusculares, y su frecuencia de administración varía desde mensual hasta cada seis meses, dependiendo del compuesto específico y el protocolo de tratamiento; como primera elección en España se recomienda acetato de triptorelina o de leuprolide en su forma de depot mensual de 3,75 mg.

El uso de bloqueadores de la pubertad tiene varios beneficios potenciales para los niños transgénero; entre ellos cabe citar: (a) Reducción de la disforia de género, al evitar los cambios irreversibles de la pubertad, los jóvenes pueden experimentar menos angustia relacionada con su cuerpo. (b) Mejora de la salud mental. Estudios han demostrado una reducción en los síntomas de ansiedad y depresión en jóvenes trans que reciben este tratamiento. (c) Facilitación de la transición médica, ya que los bloqueadores pueden hacer que las intervenciones hormonales posteriores sean más efectivas y menos complejas.

36 Al-Inany, H. and Aboulghar, M. (2002.). "GnRH antagonist in assisted reproduction: a Cochrane review". *Hum Reprod.* 17: 874-85. <https://doi.org/10.1093/humrep/17.4.874>

5.1. Efectos relacionados con el empleo de inhibidores de la pubertad

El uso de bloqueadores de la pubertad presenta algunas preocupaciones, entre las que destacan^{37,38,39,40,41}: (a) Impacto en la densidad ósea: La pubertad es un período crucial para el desarrollo óseo. Algunos estudios han sugerido que el uso de bloqueadores puede reducir la densidad mineral ósea, aunque este efecto parece ser reversible con la reintroducción de hormonas sexuales. (b) Efectos psicológicos: Aunque muchos jóvenes informan

37 Brik, T. et al. (2020). "Trajectories of Adolescents Treated with GonadotropinReleasing Hormone Analogues for Gender Dysphoria". *Archives of Sexual Behavior*, 49:2611–2618. <https://doi.org/10.1007/s10508-020-01660-8>.

38 Claahsen, HN. et al. (2021). "Gender incongruence and gender dysphoria in childhood and adolescence—current insights in diagnostics, management, and follow-up". *European Journal of Pediatrics* 180:1349–1357. DOI: 10.1007/s00431-020-03906-y.

39 Kyriakou A. et al. (2020). "Current approach to the clinical care of adolescents with gender dysphoria". *Acta Biomed.* 91: 165-175. DOI: 10.23750/abm.v91i1.9244.

40 Schagen, SEE. et al. (2020). "Bone Development in Transgender Adolescents Treated With GnRH Analogues and Subsequent Gender-Affirming Hormones". *The J. of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 105: 1–12 DOI:10.1210/clinem/dgaa604.

41 Butler, G. et al. (2021). "Short-term outcomes of pubertal suppression in a selected cohort of 12- to 15-year-old young people with persistent gender dysphoria in the UK". *PLoS ONE* 16: e0243894. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0243894>

mejoras en su salud mental, algunos pueden experimentar sentimientos de aislamiento o angustia relacionados con el retraso puberal. (c) Fertilidad futura: Dado que los bloqueadores detienen la producción de hormonas sexuales, pueden influir en el desarrollo de gametos, lo que podría tener implicaciones para la fertilidad futura. Esto requiere una discusión detallada con el paciente y sus familias.

El manejo de los efectos secundarios derivados del uso de inhibidores de la pubertad requiere un enfoque multidisciplinario que incluya a endocrinólogos, pediatras, psicólogos y otros profesionales de la salud.

Algunas de las estrategias recomendadas para abordar los principales efectos secundarios se resumen a continuación: En el caso de la disminución de la densidad mineral ósea (DMO) se recomienda, además de realizar una valoración inicial, para establecer los niveles de partida, hacer un seguimiento periódico (cada año preferentemente) durante el tratamiento para detectar posibles disminuciones en la DMO. También se recomienda fomentar una ingesta adecuada de calcio y vitamina D, así como la práctica regular de ejercicio físico de fuerza. En casos extremos se debe considerar la introducción gradual de hormonas sexuales (terapia hormonal de afirmación de género).

Es necesario realizar un seguimiento del crecimiento y la estatura, tomando datos cada 3-6 meses. Si se observa una desaceleración significativa en la velocidad de crecimiento, se debe realizar una evaluación endocrinológica detallada para determinar la necesidad de ajustar el tratamiento o considerar intervenciones adicionales.

Antes de iniciar el tratamiento es necesario realizar una evaluación psicológica intensa para identificar cualquier condición preexistente que pueda exacerbarse. Se debe procurar apoyo psicológico continuo durante el tratamiento, con sesiones regulares para monitorear el estado emocional del paciente y ofrecer intervenciones terapéuticas según sea necesario. En caso de aparecer síntomas de depresión, ansiedad u otros trastornos del estado de ánimo, se debe considerar la derivación a un especialista en salud mental para una evaluación y tratamiento más detallados.

5.2. Efectos sobre las funciones cerebrales de los bloqueantes de la pubertad

Se conoce poco sobre los efectos de las hormonas y su administración en el desarrollo y la maduración de la funcionalidad cognitiva (Tabla 2). La revisión de 2024⁴² que utilizaremos en este apartado está motivada por la incongruencia de pensar que los efectos del retraso de la pubertad fueran reversibles cuando la maduración del cerebro es un proceso temporal continuo en que la pubertad es una “ventana de oportunidad” para el desarrollo de las funciones ejecutivas y la cognición social.

De hecho, la pubertad tiene efecto sobre la maduración de la corteza prefrontal que sufre un importante recableado en esta etapa, lo que lleva consigo cambios de comportamiento en las funciones ejecutivas asociadas, incluyendo control de impulsos, toma de decisiones y conductas dirigidas a objetivos, así como una mayor reactividad a los estímulos sociales y emocionales⁴³. Diversos datos apuntan a que las hormonas puberales son necesarias para el desarrollo cerebral y el funcionamiento cognitivo completos; así en niñas con pubertad precoz se observó disminución del volumen de materia gris en regiones involucradas en la cognición y la emoción⁴⁴. Un estudio de resonancia magnética funcional de 105 niños de entre 8–19 años, muestra el papel de la pubertad en control de los impulsos⁴⁵.

42 Baxendale, S. (2024) “The impact of suppressing puberty on neuropsychological function: A Review *Acta Paediatrica*. 113:1156–1167. DOI: 10.1111/apa.17150

43 Delevich, K. et al. (2021). “Coming of age in the frontal cortex: the role of puberty in cortical maturation”. *Semin Cell Dev Biol*. 118:64–72. DOI:10.1016/j.semcdb.2021.04.021

44 Chen, T. et al. (2019). “Altered brain structure and functional connectivity associated with pubertal hormones in girls with precocious puberty”. *Neural Plast*. 2019:1465632. DOI:10.1155/2019/1465632

45 Ravindranath, O. et al. (2022). “Pubertal development underlies optimization of inhibitory control through specialization of ventrolateral prefrontal cortex”. *Dev Cogn Neurosci*. 58:101162. DOI:10.1016/j.dcn.2022.101162

Tabla 2. Efecto de los GnRHa sobre funciones cerebrales^a

Cerebro de niños con DG	
No tratados	Tratados con GnRHa
Coeficiente intelectual	9 puntos ↓
Memoria de trabajo	15 puntos ↓
<u>Funciones ejecutivas atípicas</u>	
M≠F	M=F
MtF	MtF↓ ^b
FtM M=F	M≠F
Asociación entre inteligencia y rendimiento educativo	=

^aM, masculino; F, femenino. ^b respecto a controles y no tratados

La revisión señalada anteriormente⁴⁶ comenta tres trabajos que muestran evidencias de un impacto perjudicial de la supresión puberal:

(a) sobre el coeficiente intelectual (QI) en un niño de 11 años⁴⁷, en el inicio del tratamiento con 11 años y 10 meses tenía un QI de 80, disminuyendo 9 puntos a los 13 años y 3 meses hasta 71 y la memoria de trabajo bajo 15 puntos, manteniéndose esas caídas a los 14 y dos meses.

(b) Dado que la adolescencia marca un período importante para el desarrollo del funcionamiento ejecutivo (conjunto de procesos mentales que permiten planificar el tiempo, recordar instrucciones, centrar la atención y manejar múltiples tareas con éxito) se determinó⁴⁸ si la tarea denominada de la Torre de Londres (mide la precisión de la capacidad de elaborar estrategias) se vio alterada en adolescentes con DG cuando fueron tratados con GnRHa. Mostraron que quienes padecen DG y no están tratados presentan activaciones cerebrales atípicas según el sexo durante el desempeño de la prueba; por el contrario los tratados con los bloqueantes de la

pubertad puntuaban igual los hombres y mujeres. Sin embargo, las adolescentes trans (MtF) tratadas tuvieron puntuaciones significativamente más bajas que los grupos de control y las MtF no tratadas. Por el contrario, los adolescentes con DG no tratados no mostraron diferencias de sexo significativas, mientras que los tratados con GnRHa mostraron diferencias de sexo similares a sus grupos de control de sexo genético. Es decir, las hormonas puberales pueden inducir activaciones cerebrales atípicas según el sexo en adolescentes con DG.

(c) El tercer trabajo⁴⁹ tuvo como objetivo examinar la asociación entre la inteligencia previa al tratamiento y el rendimiento educativo después del tratamiento de afirmación de género, incluida la supresión de la pubertad, en adolescentes transgénero y no encontraron diferencias con la población general.

En conclusión, la supresión de la pubertad afecta la estructura del cerebro y el desarrollo de funciones sociales y cognitivas.

6. Otros aspectos de la transexualidad infantil

La transexualidad infantil es un tema complejo que requiere de una comprensión interdisciplinaria, ya que involucra aspectos psicológicos, médicos, legales y sociales. Debe considerarse la posible influencia de otras circunstancias, en la evolución posterior de los afectados.

6.1. Experiencias adversas

Las experiencias adversas en la infancia tienen un tremendo impacto negativo en la salud a lo largo de la vida. Un estudio muestra una mayor prevalencia de estas experiencias adversas en personas transgénero en comparación con personas que no lo son⁵⁰. Las formas más comunes incluyen abuso parental, abusos físicos y negligencias (54,3%), así como abuso entre iguales

46 Schagen, SEE. et al. (2020). "Bone Development in Transgender Adolescents Treated With GnRH Analogues and Subsequent Gender-Affirming Hormones". *The J. of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 105: 1–12 DOI:10.1210/clinem/dgaa604.

47 Schneider, MA. et al. (2017). "Brain maturation, cognition and voice pattern in a gender dysphoria case under pubertal suppression". *Front Hum Neurosci*. 11:528. DOI:10.3389/fnhum.2017.00528

48 Staphorsius, AS. et al. (2015). "Puberty suppression and executive functioning: an fMRI- study in adolescents with gender dysphoria". *Psychoneuroendocrinology*. 56:190-9. DOI:10.1016/j.psyneuen.2015.03.007

49 Arnoldussen M. et al. (2022). "Association between pre-treatment IQ and educational achievement after gender-affirming treatment including puberty suppression in transgender adolescents". *Clin Child Psychol Psychiatry*. 27:1069-76. DOI:10.1177/13591045221091652

50 Feil, K. et al. (2023). "Higher Prevalence of Adverse Childhood Experiences in Transgender Than in Cisgender Individuals: Results from a Single-Center Observational Study". *J. Clin. Med*. 12: 4501. <https://doi.org/10.3390/jcm12134501>

(54,3%). Estas experiencias generan un “estrés crónico” que desregula la producción de cortisol (la “hormona del estrés”) y causa modificaciones estructurales y funcionales en el cerebro, afectando circuitos implicados en la detección de amenazas y la regulación emocional. Se debería examinar cómo estas experiencias adversas contribuyen a los problemas de salud mental observados en esta población⁵¹. La atención médica debe tener en cuenta estas circunstancias y evaluarlas adecuadamente.

También se ha encontrado que el maltrato en la infancia se asocia con una reducción del volumen de la materia gris cerebral, en regiones vinculadas a la regulación de las emociones en niñas y al control de los impulsos en niños⁵². Destaca la reducción de volumen en la corteza prefrontal, asociada con el control del comportamiento, cognición y emociones.

6.2. Intentos de suicidio

Estudios realizados en varios países han observado tasas de intentos de suicidio más altas entre niños transgénero en comparación con sus pares que no lo son de la misma edad⁵³. Una gran encuesta nacional de adolescentes en Estados Unidos muestra que los adolescentes transgénero presentan tasas elevadas de ideación e intentos suicidas frente a los adolescentes cisgénero. Los hombres transgénero, las mujeres transgénero y los adolescentes no binarios asignados al sexo femenino tienen un riesgo especialmente alto de estas conductas.

6.3. Orientación sexual

Un estudio en adolescentes derivados a una clínica de identidad de género durante la infancia mostró que aquellos cuya disforia de género persistió después de

la pubertad tenían más probabilidades de ser homosexuales o bisexuales⁵⁴. La mayoría de los que experimentan atracción homosexual no son transgénero ni han mostrado un comportamiento atípico de género. Generalmente, los niños y niñas transgénero suelen, aunque no siempre, presentar atracción hacia personas del mismo sexo. Este sentimiento, a menudo, conlleva confusión e incertidumbre. Sin embargo, para muchos niños y niñas transgénero, estos sentimientos refuerzan su rol transgénero: “Si realmente soy una niña, no es sorprendente que me atraigan los niños”, podría decirse un niño transgénero, y viceversa en el caso de niñas, lo cual genera nuevamente confusión e incertidumbre sobre su rol.

7. Situación actual: número de personas que acuden a tratamiento de transición

En las últimas décadas, se ha observado un incremento notable en el número de personas, tanto adultas como menores, que buscan atención médica para abordar esta situación^{55,56}. Se observa además un llamativo descenso en la edad media de los individuos que reclaman esta condición⁵⁷.

Desde 2005 se observa un cambio en el patrón de derivaciones. Hasta entonces, las cifras de derivación eran prácticamente iguales para niños y niñas, pero desde entonces se ha producido un aumento notable en las derivaciones de quienes fueron niñas. Además, anteriormente las tasas de problemas de salud mental entre los niños derivados habían sido aproximadamente iguales a las de la población general, mientras que ahora se observan tasas más altas de trastornos

51 Thoma, BC. et al. (2021). “Disparities in Childhood Abuse Between Transgender and Cisgender Adolescents”. *Paediatrics*, 148:e2020016907. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-016907>

52 Erin, E. et al. (2011). “Corticostriatal-Limbic Gray Matter Morphology in Adolescents With Self-reported Exposure to Childhood Maltreatment”. *Arch Pediatr. Adolesc. Med*;165:1069-1077. DOI:10.1001/archpediatrics.2011.565

53 Thoma, BC. et al. (2019). “Suicidality Disparities Between Transgender and Cisgender Adolescents”. *Pediatrics*. 144:e20191183. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-1183>

54 Steensman, TD. et al. (2013). “Factors associated with desistence and persistence of childhood gender dysphoria: a quantitative follow-up study”. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 52: 582–90. DOI: 10.1016/j.jaac.2013.03.016

55 Thompson, L. et al. (2022). “A prima systematic review of adolescent gender dysphoria literature: 1) epidemiology”. *PLOS Glob Public Health*. 2:e0000245. DOI: 10.1371/journal.pgph.0000245

56 Taylor, J. et al. (2024). “Characteristics of children and adolescents referred to specialist gender services: a systematic review”. *Archives of Disease in Childhood*. 109:s3-s11. DOI:10.1136/archdischild-2023-326681

57 Sun, CF. et al. (2023). “The mean age of gender dysphoria diagnosis is decreasing”. *Gen Psychiatr*.36:e100972. DOI: 10.1136/gpsych-2022-100972.

psiquiátricos, como depresión⁵⁸, y de trastornos neurológicos, incluido el autismo⁵⁹.

En concreto, y en relación con el incremento de diagnósticos en niños y adolescentes, se puede citar, a título de ejemplo, un estudio reciente realizado en Inglaterra⁶⁰ que reveló que, en la última década, el número de niños y jóvenes diagnosticados con disforia de género por médicos generales aumentó cincuenta veces. Específicamente, la prevalencia de disforia de género pasó de uno en 60.000 en 2011 a uno en 1.200 en 2021, destacando que el incremento ha sido más pronunciado entre niñas. Además, se observó que los menores con DG a menudo presentan problemas adicionales de salud mental, como ansiedad y depresión, en tasas comparables a aquellos con autismo o trastornos alimentarios.

En los Países Bajos un equipo analizó datos de 20 años (1997-2018) en niños y adolescentes⁶¹, revelando un aumento notable en las visitas a clínicas de identidad de género. Se destaca que una proporción sustancial de niños que acudieron por primera vez antes de los 10 años de edad no cumplía con los criterios de diagnóstico de disforia de género. Esto plantea un problema ético y subraya la necesidad de un diagnóstico individualizado.

Este aumento en los diagnósticos también se ha observado en otros países. Por ejemplo, en Estados Unidos, un análisis de datos de 2017 a 2021 mostró que la prevalencia estimada de disforia de género aumentó significativamente (desde 15.172 en 2017 a 42.167 en 2021, mientras que la edad promedio de los diagnosticados disminuyó. Específicamente, la prevalencia entre individuos femeninos aumentó a los 11 años, alcanzando su

punto máximo entre los 17 y 19 años, y luego disminuyó a los 22 años. En contraste, entre los masculinos la prevalencia comenzó a aumentar a los 13 años, alcanzó su punto máximo a los 23 años y luego disminuyó gradualmente. Estas diferencias de edad podrían deberse al momento de la pubertad, ya que las niñas generalmente entran en la pubertad antes que los niños, y los jóvenes tienden a buscar ayuda médica para los problemas de género durante la pubertad⁶².

Varios factores pueden estar contribuyendo al aumento en el número de personas que buscan atención médica por disforia de género. Entre ellos se incluyen una mayor conciencia y aceptación social de las identidades transgénero, lo que puede llevar a más personas a buscar ayuda médica. Además, el acceso a información a través de internet y las redes sociales ha permitido que más personas se informen sobre la disforia de género y las opciones de tratamiento disponibles. Sin embargo, este aumento también ha generado debates sobre la adecuación de las intervenciones médicas, especialmente en menores, y la necesidad de protocolos estandarizados para su atención.

Diversos estudios han intentado determinar la posible existencia de un contagio social que contribuya al creciente número de niños y adolescentes con problemas relacionados con la disforia de género. Por ejemplo, Littman, en sus investigaciones⁶³, propone que, en efecto, existe un contagio social en los adolescentes (una "disforia de género de aparición rápida" que supone una nueva entidad médica). Para ello, utilizó datos de foros en línea donde varios padres informaban que sus hijos parecían experimentar una disforia de género de aparición repentina. Los padres describen que la aparición de la disforia de género ocurre en el contexto de pertenencia a un grupo de amigos, donde uno o varios

58 Palmeroni, N. et al. (2020). "Identity distress throughout adolescence and emerging adulthood: age trends and associations with exploration and commitment processes". *Emerg Adulthood*. 8: 333–43. <https://doi.org/10.1177/2167696818821803>

59 Warrier V. et al. (2020). "Elevated rates of autism, other neurodevelopmental and psychiatric diagnoses, and autistic traits in transgender and gender-diverse individuals". *Nat Commun* 11: 3959. <https://doi.org/10.1038/s41467-020-17794-1>

60 Jarvis, SW. et al. (2025). "Epidemiology of gender dysphoria and gender incongruence in children and young people attending primary care practices in England: retrospective cohort study". *Archives of Disease in Childhood*. DOI: 10.1136/archdischild-2024-327992. Accedido, 31 de enero de 2025.

61 Van der Loos, M. (2023). "Children and adolescents in the Amsterdam Cohort of Gender Dysphoria: trends in diagnostic- and treatment trajectories during the first 20 years of the Dutch Protocol". *The Journal of Sexual Medicine*. 20, 398–409. <https://doi.org/10.1093/jsxmed/qdac029>.

62 Bright Path. Behavioral Health. Gender Dysphoria Statistics In The United States. <https://www.brightpathbh.com/gender-dysphoria-statistics/>. Accedido, 1 de febrero de 2025.

63 (a) Littman, L. (2018). "Parent reports of adolescents and young adults perceived to show signs of a rapid onset of gender dysphoria". *PLoS ONE* 13: e0202330. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202330>. (b) Littman L. (2019). "Correction: Parent reports of adolescents and young adults perceived to show signs of a rapid onset of gender dysphoria". *PLoS ONE* 14: e0214157. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214157>

de los compañeros también se identifican como transgénero en el mismo período de tiempo. Los padres también informaron que sus hijos mostraron un aumento en el uso de redes sociales e internet antes de la divulgación de su identidad transgénero. Estos jóvenes expresan una situación de fuerte emoción negativa y buscan la terapia hormonal cruzada como un escape similar al que algunos encuentran en el consumo de alcohol o en la autolesión para evitar emociones dolorosas. Para cumplir con los criterios de diagnóstico de disforia de género, un niño debe haber mostrado características observables de esta condición antes de la pubertad, como un fuerte rechazo hacia juguetes típicos de su género asignado o una marcada resistencia a usar ropa convencionalmente asociada a su sexo. Sin embargo, el 80% de los padres en el estudio informaron no haber observado ninguno de estos signos tempranos en sus hijos.

El notable aumento en la exposición de los adolescentes a las redes sociales en los últimos 10 a 15 años, saturadas de referencias a la identidad de género, hace comprensible que surjan cuestionamientos y confusión en relación con este tema.

8. Políticas con relación a menores con disforia de género: restricciones en países europeos

Los tratamientos para la disforia de género en niños y preadolescentes han generado debates en la comunidad médica y social. Algunos argumentan que las intervenciones tempranas pueden prevenir el sufrimiento psicológico y mejorar la calidad de vida, mientras que otros advierten sobre los riesgos de iniciar tratamientos irreversibles en una etapa temprana del desarrollo.

En términos legales, la capacidad del menor para consentir estos tratamientos varía según el país y la legislación vigente y ha experimentado cambios notables en los últimos años⁶⁴.

Los bloqueadores de pubertad, aprobados para el tratamiento de la pubertad precoz, tras unos años de

experiencia algunos países han prohibido o restringido el tratamiento⁶⁵.

Por ejemplo, en marzo de 2024, el Servicio Nacional de Salud de Inglaterra (NHS) anunció que ya no prescribiría bloqueadores de la pubertad a niños en las clínicas de identidad de género debido a la falta de evidencia que respalde su seguridad o eficacia. Y posteriormente, en abril de 2024, la única clínica de género de Escocia informó que también había dejado de recetar bloqueadores de la pubertad a menores de 18 años⁶⁶. Es significativo el cierre de la clínica Tavistock, de Londres, en su día pionera y hoy condenada por el caso de una niña que, con 16 años, fue sometida al tratamiento con bloqueadores de pubertad. Ella misma les denunció cuando fue consciente de lo que había sucedido y ahora les espera además una demanda colectiva de más de 1.000 familias que han visto la vida de sus hijos arruinada tras ser sometidos a transiciones hormonales y quirúrgicas sin las debidas precauciones⁶⁷. En efecto, se confirmó que en esta clínica se estaban administrando estos tratamientos, sin tener en cuenta las distintas circunstancias de los pacientes, y con consecuencias y efectos secundarios dañinos e irreversibles.

Otro ejemplo es la situación en Suecia, país que, a partir de abril de 2021, puso fin a la práctica de prescribir bloqueadores de la pubertad y terapia hormonal cruzada a menores de 16 años. La intervención hormonal en jóvenes de 16 a 18 años sigue estando permitida, pero solo puede realizarse en entornos de investigación aprobados por el comité de revisión ética de Suecia, tras un consentimiento informado exhaustivo que exponga los importantes riesgos e incertidumbres de los tratamientos hormonales y que considere el nivel de madurez del menor, así como su capacidad para otorgar un verdadero consentimiento informado.

65 Tudela, J. and Bosch, E. (2024). Observatorio de Bioética. Instituto Ciencias de la Vida. Universidad Católica de Valencia. <https://www.observatoriobioetica.org/2024/06/politicas-europeas-en-relacion-a-menores-con-disforia-de-genero-un-analisis-comparativo/10001816>. Accedido, 04_11_2024.

66 Cass Final Report (2024). <https://cass.independent-review.uk/home/publications/final-report/>. Accedido, 2 de febrero de 2025.

67 Royal Court of Justice. Case No CO: 60.2020. <https://www.judiciary.uk/wp-content/uploads/2020/12/Bell-V-Tabistock-Judgment.pdf>. Marron M., Keira Bell, la chica arrepentida de convertirse en hombre, gana el juicio con polémica. [https://www.niusdiario.es/vida/visto-oido/keira-bell-chica-transgenero-gana-juicio-terapia-hormonal-transexuales_18_3052095284.html]

64 Harris, S. (2024). Europe and the Puberty Blocker Debate. Medscape Medical News. <https://www.observatoriobioetica.org/2024/06/politicas-europeas-en-relacion-a-menores-con-disforia-de-genero-un-analisis-comparativo/10001816> Accedido, 2 de febrero de 2025.

En este contexto, el Hospital Universitario Karolinska, encargado de tratar en Suecia a menores con disforia de género, anunció que los médicos suecos dejaron de prescribir medicamentos para detener o retrasar la pubertad a menores de 16 años como parte de los procedimientos de transición de género. La razón es que aún no se conocen con certeza los efectos a largo plazo de dicha intervención.

Asimismo, el hospital declaró que los menores con disforia de género seguirán recibiendo atención psicológica y psiquiátrica, además de ser evaluados para posibles tratamientos futuros.

En España, la Ley vigente para la Igualdad de las Personas Trans y la Garantía de los Derechos LGBTI⁶⁸ contempla la medicación con bloqueadores de la pubertad y el cambio de sexo legal a partir de los 12 años, desoyendo las advertencias de los expertos sobre los graves riesgos de esta mala práctica médica.

9. Valoración ética

En el presente trabajo analizamos el diagnóstico y los tratamientos hormonales en menores con disforia de género (DG), considerando que la fundamentación ética de cualquier decisión en Pediatría se basa en el “principio del mejor interés del menor”. Cualquier vulneración de este principio constituye una mala praxis médica, al igual que la falta de conocimientos científicos necesarios para una buena práctica clínica.

(a) En primer lugar, es éticamente inaceptable que un médico tome decisiones clínicas basándose en la autopercepción del paciente en lugar de un diagnóstico clínico fundamentado en evidencia científica. Además de una evaluación psicológica y psiquiátrica, se requiere una prueba diagnóstica que permita diferenciar a quienes padecen DG de aquellos con disforia de género de aparición rápida o que han experimentado eventos traumáticos. Dado que en adultos la DG tiene una base genética y epigenética⁶⁹, y que el cerebro de un niño

transgénero presenta una diferenciación sexual alterada, el análisis genético podría ser una posible prueba diagnóstica a investigar. El llamativo aumento de menores con DG en las últimas décadas conlleva la responsabilidad de identificar sus causas.

(b) Los tratamientos hormonales, incluido el uso de bloqueadores de la pubertad, reciben cada vez más críticas debido a la falta de evidencia científica sólida que permita sopesar adecuadamente los riesgos y beneficios de estas intervenciones en niños y jóvenes. Actualmente, se llevan a cabo dentro de un marco médico con insuficiente evidencia sobre sus efectos secundarios corporales, especialmente en términos de infertilidad, así como en la organización y funcionalidad cerebral.

Para que los tratamientos hormonales respondan al mejor interés del niño, los riesgos inherentes deben ser inferiores a los beneficios; este principio es fundamental en la evaluación de los tratamientos para la DG en menores, especialmente en lo que respecta a intervenciones hormonales y quirúrgicas.

Las hormonas cruzadas fueron objeto de denuncias contra la clínica Tavistock, precisamente porque no lograban el efecto esperado y porque los pacientes no habían sido informados adecuadamente sobre sus consecuencias, incluida la infertilidad. Además, los efectos de las hormonas cruzadas pueden ser irreversibles, en especial en lo que respecta a la apariencia física. Sin embargo, estos protocolos se han convertido en una práctica común en las clínicas de identidad de género. Como se ha señalado, los menores con DG presentan ya alteraciones en la diferenciación sexual del cerebro, las cuales se ven acentuadas con la administración de bloqueadores de la pubertad, interfiriendo con los cambios específicos de la adolescencia en la cognición.

En cuanto a los tratamientos hormonales cruzados y las cirugías de afirmación de género, el debate ético se intensifica debido a la irreversibilidad de algunos procedimientos y a la posibilidad de que, en la adultez, algunos pacientes se arrepientan y deseen retransicionar para volver a la congruencia entre su sexo y su género.

Entre los beneficios atribuidos al bloqueo de la pubertad se menciona que la interrupción del desarrollo

68 Ley 4/2023, de 28 de febrero, para la igualdad real y efectiva de las personas trans y para la garantía de los derechos de las personas LGTBI. [<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2023-5366>]. Accedido, 3 de febrero de 2025.

69 López Moratalla, N. et al. (2024). “Brain Characteristics of Transgender individuals and consequences of gender assignment treatment”. Cuadernos de Bioética. 35: 91-102. DOI: 10.30444/CB.168

de los caracteres sexuales secundarios puede aliviar la tensión causada por la incongruencia entre la apariencia física y el género percibido. Sin embargo, la justificación de que estos tratamientos responden al mejor interés del niño se basa en la hipótesis de que reducen el estrés derivado de la disforia, lo que en algunos casos podría prevenir el suicidio. No obstante, esta relación no está claramente demostrada. En consecuencia, en aras del mejor interés del menor, sería preferible una intervención médica que priorice la prevención del suicidio sin recurrir a tratamientos de efectos irreversibles.

(c) Uno de los principales retos éticos en el tratamiento de menores con DG es el derecho del individuo a tomar decisiones informadas sobre su propio cuerpo. En Pediatría, el consentimiento informado se maneja a través del consentimiento de los padres y el asentimiento del menor. Aquí surge un conflicto: si un niño expresa un deseo persistente de realizar una transición de género, ¿tiene la madurez suficiente para tomar esa decisión? Diversos marcos éticos sostienen que la capacidad de toma de decisiones varía según la edad y el desarrollo cognitivo. En consecuencia, algunos expertos proponen un modelo escalonado en el que la participación del menor en la decisión aumente con la edad. Sin embargo, en los niños, la capacidad de tomar decisiones plenamente informadas es muy limitada⁷⁰.

(d) Los padres desempeñan un papel fundamental en las decisiones sobre la salud de sus hijos. No obstante, el conflicto entre el interés del menor y la opinión de los padres puede generar tensiones éticas, especialmente cuando estos se oponen a ciertos tratamientos por motivos religiosos, culturales o personales.

La sociedad también influye en el debate ético, ya que las percepciones sobre la identidad de género varían ampliamente según el contexto cultural y político. En algunos países, existe un apoyo creciente a la afirmación de la identidad de género en menores, mientras que en otros se han implementado restricciones legales a estos tratamientos médicos.

Por otro lado, persiste un fuerte debate sobre la inclusión de estos tratamientos en los sistemas de salud pública. Mientras algunos sostienen que deben ser financiados por el Estado como parte del derecho a la salud, otros argumentan que los recursos limitados deben destinarse prioritariamente a tratamientos con mayor evidencia de eficacia y seguridad a largo plazo.

Cabe destacar que, a pesar del aumento en el número de personas que buscan atención médica por DG, aún existen desafíos significativos en la prestación de servicios adecuados. La falta de protocolos estandarizados y la necesidad de formación especializada para el personal sanitario son barreras comunes, especialmente en el caso de niños y preadolescentes. Además, la presencia de comorbilidades psiquiátricas en algunas personas transgénero puede dificultar el proceso de evaluación y tratamiento, lo que subraya la importancia de un enfoque integral y multidisciplinario en la atención.

En este sentido, sería fundamental reforzar la evaluación psicológica y garantizar un acompañamiento multidisciplinario, con énfasis en la exploración terapéutica y el apoyo psicosocial.

10. Conclusiones

Se pueden proponer, a la vista de todo lo que hemos analizado, las siguientes conclusiones:

A diferencia del cerebro adulto, el cerebro infantil está en construcción y el del adolescente en maduración. Durante estos procesos, y desde el desarrollo uterino, las hormonas sexuales desempeñan un papel fundamental.

Existen evidencias de que el cerebro de los niños con DG presenta una diferenciación sexual alterada, lo que sugiere diferencias en la funcionalidad y estructura respecto a los niños con sexo psicológico que no difiere del biológico.

Se ha demostrado que hay un impacto de la pubertad en el desarrollo cerebral. Las hormonas puberales son esenciales para el desarrollo cognitivo, social y emocional. Su ausencia o alteración debido a tratamientos hormonales puede afectar a áreas relacionadas con estos aspectos.

⁷⁰ Miranda-Novoa, M. (2022). "El tratamiento de afirmación de género en menores con disforia de género y la validez del consentimiento informado". *Cuadernos de Bioética*. 33: 99-109. DOI: 10.30444/CB.116

El empleo de los bloqueadores de la pubertad, en menores con DG puede alterar el desarrollo del cerebro, interfiriendo en funciones ejecutivas y cognitivas. También pueden afectar la fertilidad y el desarrollo gonadal.

Con respecto a las consideraciones éticas, la supresión de la pubertad y el tratamiento con hormonas cruzadas plantea problemas éticos en relación con el principio del interés superior del menor, la buena praxis médica y la capacidad de dar un consentimiento informado.

En distintos países se están desarrollando numerosos debates y proponiendo restricciones en el uso de bloqueadores de la pubertad en menores, debido a la falta de evidencia sobre su seguridad y efectos a largo plazo.

11. Contribución de los autores

Natalia López-Moratalla: Dirección y selección y estudio de bibliografía.

Amparo Calleja: Correcciones y descripción de la bibliografía no seleccionada al comienzo.

María Font: Redacción del texto de acuerdo con el estudio de la bibliografía seleccionada. Correcciones y formato final.

12. Conflicto de intereses

Las autoras declaran que no existen conflictos de interés.

Referencias

- al-Inany, H. and Aboulghar, M. (2002). "GnRH antagonist in assisted reproduction: a Cochrane review". *Hum Reprod.* 17: 874-85. <https://doi.org/10.1093/humrep/17.4.874>
- American Psychiatric Association (2023). DSM-5-TR®. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Editorial Médica Panamericana S.A.
- Arnoldussen M. et al. (2022). "Association between pre-treatment IQ and educational achievement after gender-affirming treatment including puberty suppression in transgender adolescents". *Clin Child Psychol Psychiatry.* 27:1069-76. DOI:10.1177/13591045221091652
- Bakker, J. (2024). "Neurobiological characteristics associated with gender identity: Findings from neuroimaging studies in the Amsterdam cohort of children and adolescents experiencing gender incongruence". *Hormones and Behavior.* 164:105601. <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2024.105601>.
- Baxendale, S. (2024) "The impact of suppressing puberty on neuropsychological function: A Review *Acta Paediatrica.* 113:1156–1167. DOI: 10.1111/apa.17150
- Betsi, G. et al. (2024). "Puberty suppression in adolescents with gender dysphoria: an emerging issue with multiple implications". *Front Endocrinol (Lausanne).* 15:1309904. DOI: 10.3389/fendo.2024.1309904.
- Bright Path. Behavioral Health. Gender Dysphoria Statistics In The United States. <https://www.brightpathbh.com/gender-dysphoria-statistics/>. Accedido, 1 de febrero de 2025
- Brik, T. et al. (2020). "Trajectories of Adolescents Treated with Gonadotropin Releasing Hormone Analogues for Gender Dysphoria". *Archives of Sexual Behavior,* 49:2611–2618. <https://doi.org/10.1007/s10508-020-01660-8>.
- Brown, GR. (2023) "Incongruencia y disforia de género". <https://www.merckmanuals.com/es-us/professional/trastornos-psiQUI%3%A1tricos/incongruencia-y-disforia-de-g%3%A9nero/incongruencia-y-disforia-de-g%3%A9nero>. Accedido, 29 de enero de 2025.
- Butler, G. et al. (2021). "Short-term outcomes of pubertal suppression in a selected cohort of 12- to 15-year-old young people with persistent gender dysphoria in the UK". *PLoS ONE* 16: e0243894. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0243894>
- Cass Final Report (2024). <https://cass.independent-review.uk/home/publications/final-report/>. Accedido, 2 de febrero de 2025.
- Chen, T. et al. (2019). "Altered brain structure and functional connectivity associated with pubertal hormones in girls with precocious puberty". *Neural Plast.* 2019:1465632. DOI:10.1155/2019/1465632
- Cheuiche, AV. et al. (2021). "Diagnosis and management of precocious sexual maturation: an updated

- review." *Eur J Pediatr*. 180, 3073–3087 (2021). <https://doi.org/10.1007/s00431-021-04022-1>
- Claahsen, HN. et al. (2021). "Gender incongruence and gender dysphoria in childhood and adolescence—current insights in diagnostics, management, and follow-up". *European Journal of Pediatrics* 180:1349–1357. DOI: 10.1007/s00431-020-03906-y.
- Coleman, E. et al. (2022). "Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8". *Int. J. Transgenderism*. 23 n. S1 (S1-S258). DOI: 10.1080/26895269.2022.2100644.
- Corripio, R. (2017) "Indicaciones, eficacia y seguridad del tratamiento con análogos de GnRH". *Rev Esp Endocrinol Pediatr*. 8:55-63. DOI. 10.3266/RevEspEndocrinolPediatr.pre2017.Oct.435
- Delevich, K. et al. (2021). "Coming of age in the frontal cortex: the role of puberty in cortical maturation". *Semin Cell Dev Biol*. 118:64-72. DOI:10.1016/J.SEMCDB.2021.04.021
- Erin, E. et al. (2011). "Corticostratial-Limbic Gray Matter Morphology in Adolescents With Self-reported Exposure to Childhood Maltreatment". *Arch Pediatr. Adolesc. Med*;165):1069-1077. DOI:10.1001/archpediatrics.2011.565
- Feil, K. et al. (2023). "Higher Prevalence of Adverse Childhood Experiences in Transgender Than in Cisgender Individuals: Results from a Single-Center Observational Study". *J. Clin. Med*. 12: 4501. <https://doi.org/10.3390/jcm12134501>
- Fernández, R. et al. (2018). "Molecular basis of Gender Dysphoria: androgen and estrogen receptor interaction". *Psychoneuroendocrinology*, 98: 161-167. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2018.07.032>.
- Fernández, R. (2025). Comunicación personal
- Fiske, A. et al. (2024). "The neural correlates of response inhibition across the transition from infancy to toddlerhood: An fNIRS study". *Imaging Neuroscience*. 2: 1–21. https://doi.org/10.1162/imag_a_00206
- Garrido, MP. et al. (2023). "Conventional and new proposals of GnRH therapy for ovarian, breast, and prostatic cancers". *Front. Endocrinol*.14:1143261. DOI: 10.3389/fendo.2023.1143261.
- Graham, P. (2023). "Transgender children and young people: how the evidence can point the way forward". *B. J. Psych Bull*. 47: 98–104. DOI:10.1192/bjb.2022.3.
- Guerrero-Fernández, J. and Mora Palma, C. (2020). "Protocolo de tratamiento hormonal en niños y adolescentes trans". *Rev Esp Endocrinol Pediatr*. 11 (Suppl 1). <https://www.endocrinologiapediatrica.org/revisitas/P1-E33/P1-E33-S2635-A595.pdf>. Accedido, 3 de febrero de 2025.
- Guillamon, A., et al. (2016) "A review of the status of brain structure research in transsexualism". *Arch. Sex. Behav*. 45: 1615–1648. DOI: 10.1007/s10508-016-0768-5
- Hare, PB. (2009). "Androgen Receptor Repeat Length Polymorphism Associated with Male-to-Female Transsexualism". *Biological Psychiatry*. 65: 93-96. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2008.08.033>
- Harris, S. (2024). Europe and the Puberty Blocker Debate. *Medscape Medical News*. <https://www.observeriobiologica.org/2024/06/politicas-europeas-en-relacion-a-menores-con-disforia-de-genero-un-analisis-comparativo/10001816> Accedido, 2 de febrero de 2025.
- Henningsson, S. et al. (2005). "Sex steroid-related genes and male-to-female transsexualism". *Psychoneuroendocrinology*, 30: 657-664. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2005.02.006>
- Hirnsstein, M. et al. (2018). "Cognitive sex differences and hemispheric asymmetry: a critical review of 40 years of research. Laterality Asymmetries Body". *Brain Cogn*. 24: 204-252. <https://doi.org/10.1080/1357650X.2018.1497044>.
- Hoekzema, E. et al. (2015). "Regional volumes and spatial volumetric distribution of gray matter in the gender dysphoric brain". *Psych neuroendocrinology*. 55: 59–71. DOI: 10.1016/j.psyneuen.2015.01.016.
- Huirne, JAF. and Lambalk, CB. (2001). "Gonadotropin-releasing-hormone-receptor antagonists". *Lancet*, 358: 1793 – 1803.
- Jarvis, SW. et al. (2025). "Epidemiology of gender dysphoria and gender incongruence in children and young people attending primary care practices in England:

- retrospective cohort study". *Archives of Disease in Childhood*. DOI: 10.1136/archdischild-2024-327992. Accedido, 31 de enero de 2025.
- Juraska, JM. et al. (2013). "Sexual differentiation of the adolescent rodent brain: hormonal influences and developmental mechanisms". *Horm. Behav.* 64:203–10. DOI: 10.1016/j.yhbeh.2013.05.010
- Kabotyanski, KE. and Somerville, LH. (2021). "Puberty: Your Brain on Hormones". *Front. Young Minds*. 9:554380. DOI: 10.3389/frym.2020.554380
- Kreukels, BP. and Guillamon, A. (2016). "Neuroimaging studies in people with gender incongruence". *Int. Rev. Psychiatry* 28: 120–128. DOI: 10.3109/09540261.2015.1113163.
- Kyriakou A. et al. (2020). "Current approach to the clinical care of adolescents with gender dysphoria". *Acta Biomed.* 91: 165-175. DOI: 10.23750/abm.v91i1.9244.
- Lenroot, RK. and Giedd, JN. (2006) "Brain development in children and adolescents: Insights from anatomical magnetic resonance imaging". *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 30: 718-729. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2006.06.001>
- Ley 4/2023, de 28 de febrero, para la igualdad real y efectiva de las personas trans y para la garantía de los derechos de las personas LGTBI. [<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2023-5366>]. Accedido, 3 de febrero de 2025.
- Littman, L. (2018). "Parent reports of adolescents and young adults perceived to show signs of a rapid onset of gender dysphoria". *PLoS ONE* 13: e0202330. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202330>.
- Littman L. (2019). "Correction: Parent reports of adolescents and young adults perceived to show signs of a rapid onset of gender dysphoria". *PLoS ONE* 14: e0214157. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214157>
- López Moratalla, N. y Font Arellano, M. (2022) "Neuropsicología de la Infancia y la Adolescencia". Capítulos 1 y 2. Universidad de Piura y EUNSA. 2ª Edición 2022.
- López Moratalla, N. et al. (2024). "Brain Characteristics of Transgender individuals and consequences of gender assignment treatment". *Cuadernos de Bioética*. 35: 91-102. DOI: 10.30444/CB.168
- Miranda-Novoa, M. (2022). "El tratamiento de afirmación de género en menores con disforia de género y la validez del consentimiento informado". *Cuadernos de Bioética*. 33: 99-109. DOI: 10.30444/CB.116
- Moral-Martos, A. et al. (2020). "Guía clínica de atención a menores transexuales, transgéneros y de género diverso". *Anales de Pediatría*, 96:349.e11-349.e11. DOI: 10.1016/j.anpedi.2022.02.002
- Palmeroni, N. et al. (2020). "Identity distress throughout adolescence and emerging adulthood: age trends and associations with exploration and commitment processes". *Emerg Adulthood*. 8: 333–43. <https://doi.org/10.1177/2167696818821803>
- Ramírez, K., et al. (2021). "Epigenetics Is Implicated in the Basis of Gender Incongruence: An Epigenome-Wide Association Analysis". *Frontiers in Neuroscience*. 15:701017. DOI: 10.3389/fnins.2021.701017.
- Ravindranath, O. et al. (2022). "Pubertal development underlies optimization of inhibitory control through specialization of ventrolateral prefrontal cortex". *Dev Cogn Neurosci*. 58:101162. DOI:10.1016/J.DCN.2022.101162
- Royal Court of Justice. Case No CO: 60.2020. <https://www.judiciary.uk/wp-content/uploads/2020/12/Bell-V-Tabis-tock-Judgment.pdf>. Marron M., Keira Bell, la chica arrepentida de convertirse en hombre, gana el juicio con polémica. [https://www.niusdiario.es/vida/visto-oido/keira-bell-chica-transgenero-gana-juicio-terapia-hormonal-transexuales_18_3052095284.html]
- Schagen, SEE. et al. (2020). "Bone Development in Transgender Adolescents Treated With GnRH Analogues and Subsequent Gender-Affirming Hormones". *The J. of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 105: 1–12 DOI:10.1210/clinem/dgaa604
- Schneider, MA. et al. (2017). "Brain maturation, cognition and voice pattern in a gender dysphoria case under pubertal suppression". *Front Hum Neurosci*. 11:528. DOI:10.3389/fnhum.2017.00528
- Siebert, A. L. et al. (2020). "Neuropsychiatric Impact of Androgen Deprivation Therapy in Patients with Pros-

- tate Cancer: Current Evidence and Recommendations for the Clinician". *Eur. Uro. Focus.* 6: 1170 – 1179. DOI:10.1016/j.euf.2020.05.014
- Sisk, CL., and Zehr, JL. (2005). Pubertal hormones organize the adolescent brain and behavior. *Front. Neuroendocrinol.* 26:163–74. DOI: 10.1016/j.yfrne.2005.10.003
- Staphorsius, AS. et al. (2015). "Puberty suppression and executive functioning: an fMRI- study in adolescents with gender dysphoria". *Psychoneuroendocrinology.* 56:190-9. DOI:10.1016/j.psyneuen.2015.03.007
- Steensman, TD. et al. (2013). "Factors associated with desistence and persistence of childhood gender dysphoria: a quantitative follow-up study". *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry;* 52: 582–90. DOI: 10.1016/j.jaac.2013.03.016
- Sun, CF. et al. (2023). "The mean age of gender dysphoria diagnosis is decreasing". *Gen Psychiatr.*36:e100972. DOI: 10.1136/gpsych-2022-100972
- Taylor, J. et al. (2024). "Characteristics of children and adolescents referred to specialist gender services: a systematic review". *Archives of Disease in Childhood.* 109:s3-s11. DOI:10.1136/archdischild-2023-326681
- Tena-Sempere, M. (2009). "Neuroendocrinología de la reproducción: the kisspeptin age". *Endocrinol Nutr.*56:103-105. DOI: 10.1016/S1575-0922(09)70838-1.
- Thoma, BC. et al. (2019). "Suicidality Disparities Between Transgender and Cisgender Adolescents". *Pediatrics.* 144:e20191183. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-1183>
- Thoma, BC. et al. (2021). "Disparities in Childhood Abuse Between Transgender and Cisgender Adolescents". *Paediatrics,* 148:e2020016907. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-016907>
- Thompson, L. et al. (2022). "A prima systematic review of adolescent gender dysphoria literature: 1) epidemiology". *PLOS Glob Public Health.* 2:e0000245. DOI: 10.1371/journal.pgph.0000245
- Tudela, J. and Bosch, E. (2024). Observatorio de Bioética. Instituto Ciencias de la Vida. Universidad Católica de Valencia. <https://www.observatoriobioetica.org/2024/06/politicas-europeas-en-relacion-a-menores-con-disforia-de-genero-un-analisis-comparativo/10001816>. Accedido, 04_11_2024.
- Van der Loos, M. (2023). "Children and adolescents in the Amsterdam Cohort of Gender Dysphoria: trends in diagnostic- and treatment trajectories during the first 20 years of the Dutch Protocol". *The Journal of Sexual Medicine.* 20, 398–409. <https://doi.org/10.1093/jsxmed/qdac029>
- Vannuccini, S. et al. (2022). "The endocrine background. Tratamientos hormonales para la endometriosis: El trasfondo endocrino". *Rev Endocr Metab Disord.*23: 333–355 <https://doi.org/10.1007/s11154-021-09666-w>
- Warrier V. et al. (2020). "Elevated rates of autism, other neurodevelopmental and psychiatric diagnoses, and autistic traits in transgender and gender-diverse individuals". *Nat Commun* 11: 3959. <https://doi.org/10.1038/s41467-020-17794-1>



REFLEXIONES DERIVADAS DEL INFORME: LA COMISIÓN THE LANCET SOBRE MEDICINA, NAZISMO Y EL HOLOCAUSTO: EVIDENCIA HISTÓRICA, IMPLICACIONES PARA HOY, ENSEÑANZA PARA EL MAÑANA

REFLECTIONS DERIVED FROM REPORT: THE LANCET COMMISSION ON MEDICINE, NAZISM, AND THE HOLOCAUST: HISTORICAL EVIDENCE, IMPLICATIONS FOR TODAY, TEACHING FOR TOMORROW

SALVADOR MARÍ-BAUSET <https://orcid.org/0000-0002-2184-9148>

Universidad Católica de Murcia

Observatorio de Bioética de la Universidad Católica de Valencia

Carlos Albors, 34. 46220 Picassent (Valencia)

Tfo. 625385300

salvador.mari@ext.uv.es

RESUMEN:

Palabras clave:

The Lancet,
holocausto,
eugenesia, eutanasia

Recibido: 05/03/2024

Aceptado: 08/03/2025

Si bien, en principio, el artículo de The Lancet Commission on Medicine, Nazism, and the Holocaust, pretende dotar a los estudiantes de medicina de una brújula moral para orientar el futuro de la práctica médica como un muro de contención social frente al antisemitismo, trata el Holocausto no desde una óptica filosófica, sino pedagógica, recurriendo a estrategias didácticas desde un enfoque historiográfico. Lo que en el fondo parecía un alegato contra el comportamiento de los experimentos de los médicos nazis, deviene en la justificación de la ley positiva de las democracias liberales al uso. Lo que obvia, sin embargo, es de suma importancia: que la mayoría de los sanitarios del régimen con su inicuo proceder fueron juzgados y sentenciados y, no obstante, en la sociedad occidental contemporánea está muy presente un peligro todavía mayor: la tecnociencia, que tal como viene a plantearse puede comprometer, de nuevo, la identidad, la dignidad o la vida misma de la persona humana. Profundizar en las causas, objeto de nuestro estudio, y evitar que puedan repetirse, supone repensar la naturaleza humana desde el pensamiento aristotélico-tomista, que es donde reside el fundamento de las leyes morales que dimanar de la ley natural. Este rearme moral supone asumir, desde el realismo filosófico, el orden ontológico del *ser*, el orden antropológico del *ser-con* en cuanto la razón conoce como el orden del *debe ser*, que se transmuta en orden ético merced al ejercicio de la libertad de la persona humana.

ABSTRACT:**Keywords:**

The Lancet,
holocaust, eugenics,
euthanasia

Although, in principle, the Lancet article Commission on Medicine, Nazism, and the Holocaust, aims to provide medical students with a moral compass to guide the future of medical practice as a social retaining wall against anti-Semitism, it deals with the Holocaust not from a philosophical point of view, but from a pedagogical one, resorting to didactic strategies from a historiographical approach. What seemed to be a plea against the behaviour of the Nazi doctors' experiments becomes a justification of the positive law of the liberal democracies in use. However, what it ignores is of the utmost importance: that the majority of the regime's doctors were tried and sentenced for their iniquitous actions, and yet, in contemporary Western society, an even greater danger is very much present: techno-science, which, as it stands, can once again compromise the identity, dignity and very life of the human person. Going deeper into the causes, the target of our study, and preventing their repetition means rethinking human nature from the perspective of aristotelian-thomistic thought, which is the basis of the moral laws that derive from the natural law. This moral rearmament supposes assuming, from philosophical realism, the ontological order of being, the anthropological order of being-with, insofar as reason knows as the order of ought to be, which is transmuted into an ethical order thanks to the exercise of the freedom of the human person.

1. Introducción

El Holocausto, la solución final, la Shoah, llevado a cabo por el régimen nazi supuso la persecución y aniquilamiento sistemático de 6 millones de judíos y es, tal vez, el ejemplo mejor documentado y más nefando genocidio perpetrado contra la humanidad a lo largo de la historia. Dado que este crimen raramente se contempla en los planes actuales de estudios de las ciencias de la salud, Richard Horton, editor-jefe de The Lancet¹, convocó la Comisión sobre la Medicina, Nazismo y Holocausto. Esta Comisión², que abarca aspectos psicológicos, sociales, políticos, económicos y profesionales del nazismo, tiene como objetivo proporcionar una recapitulación amplia, fidedigna y actualizada del papel de la medicina y los profesionales médicos en el florecimiento y puesta en práctica de la agenda antisemita, racista y eugenésica del régimen nazi que culminó en una serie de atrocidades y, en última instancia, en el Holocausto. Sobre esta base, se plantean implicaciones para el campo médico y para la sociedad actual en general y se diseña un plan de actuación para la incorporación de esta historia en los planes de estudios de ciencias de la salud a nivel

mundial. A través de diversas intervenciones didácticas que posibiliten evaluar los planes de estudio existentes propone, como marco conceptual, enfoques educativos adecuados “...basados en la formación de una identidad profesional basada en la compasión...” (p. 1) y “para aprender sobre la medicina, el nazismo y el Holocausto, y promover la conducta ética, la formación de una identidad compasiva y el desarrollo moral” (p. 45). Esta historia en la educación de los profesionales de la salud incluye una hoja de ruta que contempla planes de estudio, recursos pedagógicos y métodos de evaluación para el desarrollo curricular (pp. 51-53).

El presente trabajo, desarrollado a partir de una reseña publicada por el autor en el Observatorio de Bioética de la UCV³, tiene por objeto el estudio crítico del artículo de The Lancet “Sobre Medicina, Nazismo y el Holocausto”, que hasta el presente representa la más acabada y completa elaboración de lo que supuso la historia de la medicina en el nazismo y el Holocausto y sus implicaciones, incluida la enseñanza, en la práctica de las profesiones sanitarias en la actualidad. En concreto, nos atenemos a determinadas afirmaciones que exigen su posterior desarrollo cuando no su correspondiente discusión. Por tanto, esta crítica supone realizar algunas

1 Horton R. Offline: Medicine and the Holocaust—it's time to teach. *The Lancet*. 2019; 394(10193): 105.

2 Czech H, Hildebrandt S, Reis SP, Chelouche T, Fox M, González-López E, et al. The Lancet Commission on medicine, Nazism, and the Holocaust: historical evidence, implications for today, teaching for tomorrow. *The Lancet*. 2023; 402(10415): 1867-1940.

3 La Comisión Lancet sobre medicina, nazismo y Holocausto <https://www.observatoriobioetica.org/2023/12/la-comision-lancet-sobre-medicina-nazismo-y-holocausto/43193>

consideraciones filosóficas, no suficientemente clarificadas en el artículo de The Lancet, sobre el actuar humano en temas de salud que permitan reivindicar los principios clásicos de la ética médica hipocrática fundamentada en el pensamiento aristotélico-tomista. Pese a que el artículo de The Lancet describe ampliamente lo acontecido en el periodo nazi y el papel que desempeñaron los profesionales de la salud en el planteamiento y ejecución de políticas inhumanas, genocidas, que hoy conocemos como Holocausto, echamos a faltar un posicionamiento audaz, un ejercicio de reflexión moral profundo, objetivo, y de apertura espiritual para lograr una vida humana que se conduzca racional y libremente porque así podremos discernir, elegir y justificar conscientemente nuestras decisiones para lograr el bien y, en último extremo, la felicidad como fin según refiere Aristóteles⁴.

Y es, desde este supuesto, en el que nuestro estudio pretende profundizar con el objeto de clarificar conceptos (utilizados explícita o implícitamente en el artículo motivo de estudio) como compasión, neolenguaje, autonomía, eugenesia y eutanasia, que conforman los apartados de nuestro estudio y que a lo largo de este pasaremos a exponer. Estos cinco conceptos tratados en el artículo de The Lancet nos permitirán establecer similitudes y diferencias entre el proceder del régimen nazi y de los regímenes democráticos en la actualidad y de ambos frente al pensamiento aristotélico-tomista. Su denominador común es el rechazo de la metafísica y la desconfianza, por lo tanto, respecto de la pretensión de poder alcanzar una verdad universal, una norma válida para todos en el plano ético. Téngase en cuenta que desde este planteamiento, sobre todas las manifestaciones de la persona humana (lenguaje, cultura, trabajo, ciencia, técnica, política, economía, historia, ...) sobrevuela la ética, la primera en jerarquía y condición de posibilidad de todas las demás.

Como primera providencia, una aproximación didáctica a las cuestiones éticas/bioéticas, más allá de condicionamientos socioculturales, exige de la persona humana un acervo intelectual que le permita discernir

prácticamente el bien del mal. Y esta se va forjando desde la más tierna infancia en la familia y continua en la escuela para desembocar, transcurrido el tiempo, en la universidad. De hecho, el juicio moral que nos merecen las personas se supedita al ideal de vida al que se consagran: seguimos más fácil y naturalmente modelos de personas que normas.

2. La Comisión de The Lancet

El extenso y ampliamente documentado artículo de The Lancet (74 p. y más de 800 referencias), objeto de este artículo, enfatiza las implicaciones de la historia nazi para la bioética actual centradas en temas como el consentimiento informado; conflicto de intereses; desnazificación de la profesión médica; uso de colecciones anatómicas o histológicas; epónimos médicos o el reconocimiento de las víctimas y supervivientes de delitos médicos durante el nazismo. Igualmente, refiere, que aprender sobre esta historia y sus ecos contemporáneos posibilitará que los estudiantes investiguen otras historias de abusos y crímenes médicos. Como reza en la p.37 panel 17, *"es importante incluir el antisemitismo en los debates y el aprendizaje sobre diversidad, equidad e inclusión, sobre todo para combatir el antisemitismo en los campus académicos"*. Este loable objetivo, siguiendo a The Lancet, podría servir como modelo para futuras investigaciones, documentación y educación sobre otras historias de connivencia médica en la discriminación y violencia inhumanas, así como establecer un nuevo paradigma en la educación en valores para todos los profesionales futuros no sólo sanitarios y, de este modo, poder contribuir a la lucha contra todo tipo de intolerancias y prejuicios.

Para ello plantea *grosso modo* los siguientes ambiciosos objetivos: fijar criterios en el papel de la medicina, los profesionales médicos y la sociedad en general en la implementación de la agenda antisemita, racista y eugenésica del régimen nazi y esbozar una hoja de ruta para la integración de esta historia en los planes de estudios de ciencias de la salud en todo el mundo; explicar en detalle el hecho histórico que supuso la colaboración voluntaria, mejor adhesión inquebrantable, de muchos

⁴ Aristóteles. Ética nicomáquea. Ed.Gredos. Barcelona. 2007; I, 3, 980a-993a.

médicos alemanes al Partido Nacionalsocialista de los Trabajadores Alemanes y colaboracionistas en la persecución y denuncia de colegas médicos políticamente disidentes (entre ellos médicos judíos), aunque también los hubo que, por convicción y aun a riesgo de sus vidas, supieron enfrentarse al *establishment* y proteger a los más vulnerables; desmontar la creencia de que los experimentos humanos nazis eran pseudociencia cuando en realidad respondían a procedimientos perfectamente equiparables a la más pura ortodoxia científica (aunque obviando el sufrimiento que causaban); evidenciar que la ética médica en el régimen nazi fue en realidad una pseudoética reductiva, pragmática, utilitarista, que antepone la salud del *wolk* alemán a “degenerados” en la terminología nazi: judíos, gitanos, personas con discapacidades o trastornos psiquiátricos, prisioneros políticos y de guerra entre otros; por último, promover la formación de profesionales de la salud moralmente conscientes y autocríticos, al mismo tiempo que valientes y resilientes.

3. Marco teórico

Exterminios, segregación racial y discriminación social se han dado a lo largo y ancho de la Historia de la humanidad. Sin ánimo de ser exhaustivos: la hambruna irlandesa, la marginación o exclusión social (de los negros en USA o el *apartheid* en Sudáfrica), las emigraciones forzadas, las violaciones, los asesinatos (entre ellos el aborto, el suicidio asistido o la eutanasia), la Vendée, los crímenes cometidos por totalitarismos de cualquier ideología, desde el socialismo en sus varias manifestaciones como el del partido nazi o las deportaciones y los asesinatos en masa del régimen estalinista, la Revolución Cultural maoísta o los Jemeres rojos de Pol Pot en Camboya, el genocidio armenio, las bombas nucleares sobre Hiroshima y Nagasaki, los bombardeos aliados en los estertores de la II Guerra Mundial y más recientemente Bosnia, Ucrania o Gaza.

A pesar de lo cual hemos de convenir, y condenar sin paliativos, que durante el período nazi los profesionales de la ciencia, la medicina y la salud pública colaboraron activamente para justificar políticas de Estado orienta-

das al asesinato selectivo de personas que fueron consideradas por el Estado “indignas de vivir”, (homosexuales, seres humanos con trastornos cognitivos u otras discapacidades) y de comunidades en razón de su etnia, nacionalidad o convicciones religiosas. En expresión de Rudolf Hess⁵, lugarteniente de Hitler (p.7) “*el nazismo era Biología aplicada*”. Con ello aludía a las teorías eugenésicas de Galton, las cuales partían de la premisa de que el progreso de cualquier sociedad requería restringir la reproducción entre comunidades e individuos considerados “indeseables” (eugenesia negativa) a la par que favorecer la mejora biológica de sus miembros fomentando la reproducción en los individuos considerados adecuadamente capacitados (eugenesia positiva).

El artículo de The Lancet discurre incidentalmente ante una realidad evidente: que las prácticas eugenésicas, derivadas del darwinismo social de Spencer, se dieron con antelación a la toma del poder en 1933, democráticamente, del *Führer*. Cómo refiere el artículo de The Lancet (p.4) “*estos antecedentes dieron un aire de legitimidad a los científicos alemanes, que llevaron los principios del racismo médico y la eugenesia al extremo y contribuyeron a la legitimación científica de las políticas virulentamente antisemitas y racistas del régimen nazi.*” Lo cual no justifica su proceder. Y prueba de ello es que fueron juzgados y sentenciados (sin entrar en la valoración de las penas impuestas) en el juicio médico de Nuremberg (1946-47), aunque otros siguieron ejerciendo sin sufrir acciones punitivas. Hoy el nazismo, como tal ha desaparecido, si acaso permanece residual en algunas manifestaciones.

Aunque cita de pasada los precedentes que se dieron en países de la anglosfera, entre otros^{6,7}, ya a finales del S. XIX y principios del siglo XX la eugenesia gozó de gran predicamento secundada por políticos, científicos e intelectuales de la talla de Graham Bell o Winston

5 González López E, Ríos Cortés R. El holocausto, una reflexión ética y educativa desde la medicina. *Edetania: Estudios y propuestas socioeducativos*. 2023; (63), 119-135, 121.

6 Farías Velásquez I. Eugenesia. Origen de la teoría, expansión y principales prácticas, siglos XIX y XX. *Revista de Historia (Concepción)*. 2024; 31: 11 y ss.

7 Greco D, Welsh J. Derechos Humanos, Ética y Práctica Médica. *Revista Bioética*. 2016;24: 443-451, 444 y ss.

Churchill⁸, el presidente Theodore Roosevelt⁹ y que sirvieron de inspiración a las políticas raciales en la Alemania nazi¹⁰. Ya con anterioridad, la esterilización forzosa de las personas tenidas por discapacitadas abarcó países como Australia, Canadá, Reino Unido y EEUU al igual que también Escandinavia y Japón¹¹. Desde una premisa semejante se puede contemplar el ensayo clínico, sin consentimiento informado, llevado a cabo entre 1932 y 1972 por el Servicio de Salud Pública de Estados Unidos sobre seiscientos aparceros afroamericanos y conocido como experimento Tuskegee¹².

Mención aparte merece Margareth Sanger¹³. En 1916 esta enfermera norteamericana abrió la primera clínica de control de la natalidad; en 1921 fundó la American Birth Control League que posteriormente daría lugar a International Planned Parenthood Federation, la mayor organización abortista del mundo, financiada por Naciones Unidas, Comisión Europea, gobiernos y fundaciones varias y cuyo cometido consiste en implementar políticas sobre la salud reproductiva y sexual, la planificación familiar, el empoderamiento de la mujer o las políticas demográficas.

En la actualidad los herederos de Sanger (entiéndase Planned Parenthood) campan por sus fueros y son entronizados por el Nuevo Orden Mundial, orden que contempla amenazas dolientemente evidentes como la eutanasia/suicidio asistido, el aborto ya químico o quirúrgico, la ideología de género o los emergentes movimientos tecnocientíficos y culturales del trans y posthumanismo, entre otros. Téngase en cuenta que en el mundo se producen unos 73 millones de abortos al año,

según datos de Amnistía Internacional. Solo en España pasan de los 100.000 y en EEUU de 300.000 a 400.000. Respecto a la eutanasia/suicidio asistido, según el Observatorio de Bioética (24 abril, 2019) de la UCV está aumentando exponencialmente en todos los países en que han sido legalizados.

Tras esta digresión y ateniéndonos de nuevo al artículo de The Lancet constatamos que trata esta cuestión no desde una perspectiva filosófica (soslaya su relativismo moral utilitarista como se deduce del propio texto y que a continuación expondremos), sino pedagógica, descriptiva, por lo que en su investigación implementa estrategias didácticas desde un planteamiento historiográfico. The Lancet presenta, con ese objetivo, un nuevo paradigma educativo al que denomina *"formación de identidad profesional informada por la historia"* (p.1). Pero la ética es superior a la historia. Esta, como manifestación del actuar del hombre, se encuentra en un nivel inferior, razón por la cual la *"formación de identidad profesional"* debe estar informada por la ética, en la medida que trata del comportamiento libre de la persona humana en cuanto bueno de modo absoluto e incondicionalmente debido. Para ello, recurre a la implementación, basándose en la evaluación de los planes de estudios médicos existentes, de enfoques educativos para *"enfrentarse al antisemitismo, el racismo y otras formas de discriminación y que promuevan la conducta ética, el desarrollo moral y la formación de una identidad profesional basada en la compasión"* (p.1) a través de la educación sobre la medicina, el nazismo y el Holocausto. Con este fin, toma como modelo el papel de la medicina durante el periodo nazi y para ello propone incorporar en la formación profesional de los profesionales de la salud una reflexión crítica sobre las conexiones entre los valores y la ética históricos y contemporáneos.

4. Compasión

La compasión, citada pero no explicada en el artículo de The Lancet, puede dar lugar a equívocos, a interpretaciones que no se correspondan con la realidad a la que remite. Cabría cuestionarse que entiende la Comisión por tal ya que no nos dice en que consiste. La filosofía

9 Lacalle Noriega M. Transhumanismo y Derecho: De la Naturaleza Humana a la autodeterminación como fundamento de los derechos humanos. *Cuadernos de Bioética*.2021;32(105): 225-235, 228.

10 Sáez JP. El movimiento eugenésico estadounidense como clave del éxito de la eugenesia en siglo XX y la posibilidad de su retorno en el siglo XXI. *Ágora. Papeles de Filosofía* .2018; 123-148, 126 y ss.

11 Ramos Velázquez AE. Introducción al origen, difusión y práctica política de la eugenesia. Desde 1860 hasta 1945. Ed. Universidad de la Laguna. Sta. Cruz de Tenerife. 2015.

12 Alsan M. Wanamaker M. Tuskegee y la salud de los hombres negros. *Revista trimestral de economía*. 2018;133(1): 407-455, Abstract.

13 Sanger M. The Selected Papers of Margaret Sanger Vol-ume 4: Round the World for Birth Control. 1920-1966. Illinois Press. Urbana-Champaign, 2016.

escolástica, en la que fundamos nuestro estudio crítico, es clara al respecto: la compasión es un afecto que radica en la intimidad, en lo más profundo del ser personal. Pero este, como el resto de afectos, no conforma nuestro *ser*, sino nuestro *estar*. Y, por tanto, debemos advertir que la persona humana no se reduce a estos. Los afectos son precedentes y consecuentes de los actos humanos. Son, por consiguiente, segundos respecto a estos. Por lo demás, todos los afectos son estados “subjetivos” y no dan cuenta directamente de la realidad, de lo fáctico, ya que carecen de referencia intencional pura sobre la realidad extrasubjetiva, de conocerla tal cual es, a diferencia de los objetos pensados y los actos de la voluntad. De tal modo que quien actúa siguiendo sus dictados acaba midiendo la bondad o malicia de sus actos según la repercusión sentimental de estos en nosotros, lo cual deviene en el emotivismo y en el consecuencialismo ético. Por tanto, hay que ordenar nuestra afectividad subordinándola a los actos del conocer y del querer. Con todo, las respuestas afectivas al ser libres, son morales en sí mismas (hacia lo bueno o lo malo).

Lamentablemente, se constata que el pensamiento dominante (totalitario en la administración nazi) y la opinión de la mayoría de lo “políticamente correcto” (hoy en día en la democracias liberales) son coincidentes: han descuidado, cuando no olvidado, el conocimiento teórico (la antropología de la intimidad, la metafísica y la ética) en aras de otros saberes humanos inmediatos, prácticos, útiles, como la *tecnociencia*, al mismo tiempo que, olvidando las virtudes de la voluntad se recurre a lo pragmático. Este abandono cognitivo y volitivo conduce a una hipertrofia del sentimiento, el emotivismo que desatiende el ejercicio libre del conocer y del querer correcto y no da cuenta cabal del buen obrar, del atenerse a la Ley Natural. Desde los postulados del pensamiento aristotélico-tomista se busca la verdad última, los fundamentos y principios más allá de lo fenoménico, del conocer experimental. En consecuencia, el olvido de la verdad última conduce al imperio de la ideología (que no es sino una religión secularizada). Motivo por el cual ya desde hace XXV siglos con la filosofía clásica se abandonó el *mythos*, etimológicamente relato, por la bús-

queda de esa verdad. Búsqueda con aciertos y errores pero siempre actual, vigente, como una posible fuente de conocimiento y sabiduría. Si la verdad se soslaya, el bien, que tampoco existiría, es convertido en interés. Se sustituye el bien común y se suplanta por el interés general (si bien es cierto que para ocultar, en realidad, que se trata de intereses particulares). Sin embargo, el interés de una mayoría supone la existencia de una minoría. Minoría, por otra parte, víctima de la cancelación, de la cultura *woke*, de lo políticamente correcto. Tal interés general, hoy como ayer, no es sino cultura de la muerte y dictadura del relativismo moral.

5. (neo)Lenguaje

The Lancet en su informe apela a determinadas expresiones paradigmáticas de la neolengua: interrupción voluntaria del embarazo (IVE) por aborto, planificación familiar, derechos sexuales y reproductivos o empoderamiento de la mujer, neoeugenesia, etc. Ello supone resignificar lo enunciado y, en definitiva, prescindir de la carga moral implícita de la realidad que se expresa, renunciar a su consideración [bio]ética.

No debemos olvidar que ya en la antigua Grecia los sofistas utilizaron la retórica como instrumento de su gestión. Era un saber aparente. No buscaban la verdad sino solo atendían a la interpretación pragmática del lenguaje, aquello que les podía reportar una utilidad concreta. Era una filosofía, por tanto, que se distinguía por su relativismo y subjetivismo respecto de la verdad y a los que acompañan el escepticismo, el indiferentismo, el convencionalismo ético y el utilitarismo. Esta corriente de pensamiento fue prevalente tanto en el período nazi como lo es en la actualidad. En oposición a este, para el *realismo*, la palabra expresa pensamientos que son universales. Ese expresar es su intencionalidad (la remitiencia de lo pensado o de lo dicho a la realidad, a lo que la idea o la palabra refiere). El pensar siempre es previo y condición de posibilidad del lenguaje y no a la inversa, aunque entre ambos se dé una mutua correspondencia.

Pero si el pensar no es susceptible de mentir en cuanto está hecho para descubrir la verdad, el lenguaje, a través del diálogo, es factor de cohesión social y como

con este se puede mentir, es evidente que no garantiza de modo necesario el descubrir y comunicar la verdad. A su pesar, el faltar a la verdad corroe el lenguaje. Una falsedad absoluta es la destrucción total del lenguaje. Pero no solo del lenguaje, sino, del orden social entero con las implicaciones bioéticas que comporta. Por ello, tanto durante el nazismo como en la actualidad hay expresiones que a menudo encubren, con una manifiesta distorsión y manipulación del lenguaje, conceptos que serían rechazados éticamente si se evitaran los eufemismos, el neolenguaje, ya que, en realidad, suponen su uso emocional con el objeto de crear y formar opinión: un persistente e insidioso ejercicio de falseamiento de la realidad al amparo de la perversión del lenguaje.

6. Relativismo ético y autonomía

Ya Julián Huxley¹⁴, primer director general de la Unesco, agnóstico y eugenista convencido, negando la existencia de un Dios personal, afirmaba que nada hay inmutable o eterno en [bio]ética. En idénticos términos se expresa el texto de The Lancet, *"...los valores y la ética en la atención de la salud no son inmutables..."* (pp.2, 35) y como corolario reclama *"la formación de profesionales, moralmente valientes y resilientes, ..."* con *"voluntad de defender y actuar según las propias creencias éticas"*.

Sin embargo, desde los postulados que defendemos, toda reflexión ética parte del juicio que, de manera espontánea, evidente, inmediata, no discursiva, emitimos sobre la corrección o incorrección moral de lo fáctico, el modo según el cual algo debe o no debe hacerse (es preferible o no que se haga). Esta ley moral será práctica, en cuanto remite al comportamiento libre; normativa o prescriptiva, respecto al cómo hay que obrar; incondicionada de modo absoluto; inmutable, en cuanto el acto de ser personal y la dignidad que le inhiere no está sometido a las circunstancias contingentes de tiempo, lugar, biografía, cultura... y como consecuencia tales leyes éticas también lo serán; natural, objetiva, es como es porque se asienta en la naturaleza humana donde reside

el fundamento de las leyes morales, las inclinaciones que causan su obrar. Nos referimos a la Ley Natural, la ley del obrar humano en tanto en cuanto lo natural hace referencia a nuestros actos conforme a razón. Desde este planteamiento no podemos menos que rechazar las afirmaciones del texto de The Lancet y entenderlas reductivamente como ejemplo de subjetivismo, mero relativismo ético en oposición a la existencia de un orden moral objetivo tenido por racional y verdadero. Sentirse obligado a algo supone necesariamente la conciencia de que aquello que obliga nos obliga por sí mismo, es, objetivamente, distinto e independiente de nosotros. En último extremo, en ética las leyes son valorativas y normativas: no dicen cómo es el comportamiento humano, sino que muestran cómo debe ser y cómo es preferible que sea.

Por otra parte, si bien nuestro artículo se identifica en su totalidad con el planteamiento expuesto en el texto de The Lancet sobre el periodo nazi y sus políticas eugenéticas, no podemos menos que discrepar del indulgente tratamiento que otorga a prácticas análogas en la sociedad actual. Frente al darwinismo social del III Reich, hoy en día prima el individualismo, una de cuyas manifestaciones es la autonomía. En ambos casos se genera insensibilidad y despreocupación hacia aquellas personas que demandan más atención y cuidados negándoles su dignidad intrínseca. Puro utilitarismo. Tal como se entiende, si por un lado refiere, *"la protección y el respeto de los derechos humanos son obligaciones primordiales de los profesionales de la salud"* (p.35), y en otro párrafo (p.38) afirma: *"...el derecho fundamental al aborto como parte de la autodeterminación..."*, cabría preguntarse ¿Dónde queda el principio de no contradicción? ¿El derecho a la vida no es el primero de los derechos sin el cual no podrían darse otros? ¿No es acaso el *nasciturus* persona humana? Desde el planteamiento de nuestro escrito la respuesta es obvia.

Pero, la libertad de elección o autonomía es un supuesto antropológico esencial, consustancial a la condición humana, es condición de posibilidad, y, por lo tanto, carente de todo valor moral. Ser autónomo no es motivo de mérito o de demérito. Solo lo será si nuestro libre

¹⁴ Huxley J. Ensayos de un biólogo. Editorial Sudamericana. Buenos Aires. 1967; 12-14.

actuar, en cuanto tal, esté ordenado (o no) a la dimensión moral del perfeccionamiento personal: toda acción correcta reclama bondad en su agente y la bondad de este demanda atenerse a lo debido. Sin embargo, el informe motivo de estudio obvia las consecuencias de una cuestión que consideramos controvertida y delicada en la relación médico-paciente. Al respecto cabe apuntar que el principio de respeto a la autonomía del paciente podría reducir el papel del médico a proporcionar datos empíricos acerca del diagnóstico, pronóstico y a ofertar las diferentes alternativas en el tratamiento del modo más aséptico posible, sin injerencias éticas que manifestaran sus íntimas convicciones morales y que pudieran comprometer la autonomía del paciente.

Como refiere la frase del trabajo de The Lancet *“como reacción a la historia de la eugenesia, a los consejeros se les enseña expresamente a no ser directivos, enfatizar la elección personal o de los padres”* (p.38). Lo cual viene a confirmar que debe prevalecer la autodeterminación, la autonomía, del paciente. En este contexto el médico actuaría como mero proveedor de servicios sin implicaciones éticas. Ese *laissez faire, laissez passer* que podemos referir a la autodeterminación individual se ve amparada por el poder coercitivo del Estado. Tómese como ejemplos en España la Ley Orgánica 2/2010 del aborto, la Ley Orgánica 3/2021 de la eutanasia, la posible introducción de “listas negras” o la Francia del gobierno Macron elevando el aborto a derecho fundamental contemplado en la Constitución.

Y continua en el referido texto: *“Conceptualmente, la principal diferencia entre la neoeugenesia y la eugenesia del pasado es el enfoque en la salud y la elección individuales sin intervención gubernamental explícita en la primera, en comparación con el énfasis en los intereses del colectivo impuesto mediante una intervención gubernamental abierta o incluso coerción en la segunda [...] Las preocupaciones sobre la neoeugenesia incluyen el argumento de que el uso de tecnologías de reproducción asistida, la implantación selectiva de embriones y los abortos en este contexto podrían constituir el primer paso hacia la selección de nacimientos bajo coerción estatal”* (p.38). En realidad, siguiendo el argumentario de

The Lancet, no es la práctica de estas intervenciones lo inquietante sino el ser o no controladas por el Estado.

Aunque la ética es un saber de fines lo que parece que da a entender el artículo de The Lancet es que prioriza los medios (elección personal libre vs. control estatal) en la realización de dichas prácticas que convergen en un mismo fin. Sin embargo, aunque existan disparidad de pareceres, sigue diciendo, las posibles *“interpretaciones se centran en los valores fundamentales de la dignidad humana, la autonomía y la igualdad”* (p.35). Para ello, siguiendo a The Lancet (pp. 1,35): *“Se necesita coraje, resistencia y resiliencia para prevenir y contrarrestar posibles abusos de confianza, poder y autoridad en la atención de salud [...]. En consecuencia, es de vital importancia desarrollar resiliencia moral y humildad entre los profesionales de la salud y fomentar habilidades y prácticas de promoción, activismo, denuncia y oposición a los abusos de poder”*. En realidad, conceptos como resistencia o resiliencia moral no son sino sucedáneos seculares contemporáneos de lo que desde la filosofía clásica se entiende como virtudes cardinales: prudencia, justicia, fortaleza y templanza.

Del mismo modo, así expresado, el médico y sus actos quedarían reducidos al recurso a la *episteme* (ciencia) y la *techné* (como algo distinto del agente). Sin embargo, sería forzado a abdicar de la *praxis* (pese a que es precisamente en esta donde radica el ámbito de la ética), quedando la ética a voluntad del paciente. Es decir, el médico se vería obligado a renunciar a la dimensión intelectual y volitiva de la acción, en virtud de las cuales estas se orientan hacia un bien a conseguir que redunde en la perfección personal, dado que el propio resultado permanece también en dicho agente. Por otra parte, correspondería al paciente, en virtud de su autonomía, determinar lo que para él es su “proyecto vital”, aquello que entiende para su bien con el conocimiento previo de las alternativas de tratamiento que se le han ofertado. Ello exigiría la consideración del paciente como agente moral responsable y libre para tomar decisiones y donde radicaría el consentimiento informado. En la práctica implica que cada persona parte de sus propias convicciones, más o menos fundadas.

Este planteamiento supondría la indefendible presunción de que la medicina, como ciencia o profesión, carecería de significación ética. Nociones como salud y enfermedad, lo normal y lo patológico, el dolor y la resiliencia, en suma, la vida y la muerte quedarían a criterio exclusivo del paciente. Como consecuencia, el diálogo y la negociación médico-paciente no serían sino un ejercicio de persuasión mutua con la intención de imponer determinadas apreciaciones personales carentes de fundamentación racional. Puro contractualismo. Por tanto, los juicios éticos serían mero resultado de una respuesta emotiva y que, por tanto, no serían ni verdaderos ni falsos, ni buenos ni malos, ni correctos o errados. Sin embargo, en oposición a este sentir, hemos de convenir que el juicio moral que nos merecen las personas se supedita al ideal de vida al que se consagran: seguimos más fácil y naturalmente modelos de personas que normas. Razón por la cual hemos de convenir que la calidad del acto médico gravitará sobre la calidad moral del médico, en sus virtudes, en su perfil de buena persona.

7. Eugenesis (higiene racial)

El informe de The Lancet, (como conspicuo representante del reduccionismo ético utilitarista), al tratar la eugenesis (a la que en aras del neolenguaje considera como neoeugenesis en cuanto *"conexión con la reproducción basada en la tecnología"*) (p. 38. Panel 18) asume expresiones tales como *"...en el debate sobre la neoeugenesis, las referencias a la historia de la participación médica en el nazismo pueden ser útiles ...porque las prácticas modernas centradas en el paciente no tienen casi nada en común con las características clave que hicieron que la eugenesis nazi fuera claramente contraria a la ética [...] Es importante reconocer estas diferencias entre el pasado y el presente, incluidas las cuestiones éticas [...] de las tecnologías reproductivas, las pruebas prenatales y el aborto en este contexto, así como el derecho a la vida y a la libertad de expresión. La tensión entre el derecho fundamental al aborto como parte de la autodeterminación y la preocupación por la selección de vidas humanas por motivos eugenésicos basada en el cribado prenatal hace que esta sea una de*

las cuestiones éticas más controvertidas". Según refiere, la característica diferencial de la nueva eugenesis, (eugenesis liberal) consistiría en respetar la libertad reproductiva de cada individuo, en cuanto posibilitaría que las personas decidieran por sí mismas cuales son los rasgos que desean promover y cuales evitar. Así entendida, hoy es prevalente en la mayoritaria de las democracias liberales occidentales, (aquellas que esgrimen principios democráticos, liberales, progresistas). Aunque estas, en último extremo, terminan reproduciendo el guión de los procedimientos del régimen nazi al privar a los más indefensos del carácter de persona humana.

Si bien una de las cuestiones fundamentales a debatir, si no la prioritaria, sería dirimir el límite entre los deseos de los progenitores y la protección en las generaciones futuras de su identidad genética, ello exigiría, siguiendo el artículo de The Lancet, la intervención del Estado; el cual, ante tal disyuntiva, debería clarificar legislativa y jurídicamente y así delimitar dicha libertad reproductiva individual. Desde esta alternativa no es difícil aventurar lo que presupone: poder recurrir al aborto, ya químico o quirúrgico, la transferencia y manipulación genética de embriones, la reducción embrionaria, la criopreservación de embriones sobrantes, los diagnósticos preimplantatorios y determinados prenatales, etc.¹⁵.

Pero desde nuestro planteamiento es obvio que no todo lo que la ciencia permita hacer debería necesariamente terminar haciéndose. Y ello es lo verdaderamente preocupante. Más allá de si es compatible con la dignidad personal ser engendrado con ciertas cautelas y sólo ser declarado digno de existir y desarrollarse después de un examen genético que lo valide, lo importante es significar que el respeto absoluto por la persona humana, la dignidad que la inhiere, su libertad, su capacidad racional y subsiguiente responsabilidad, deberían servir como principio inspirador para no repetir las atrocidades causadas por el régimen nazi, ni en la actualidad tras la fachada de un cuestionable liberalismo.

Rectificando dicho enfoque podemos educir:

¹⁵ Marí Bauset S. Aproximación a la Bioética desde la epistemología, ética y antropología de Leonardo Polo. Sindéresis. Madrid. 2023; 360 y ss.

- a) Uno sería menos persona (o dejaría de serlo) en las etapas embrionaria o fetal, en la niñez, en la vejez o la enfermedad, si la persona humana se determinara en función del cuerpo en su discurrir temporal.
- b) La naturaleza humana del embrión de nuestra especie no deja lugar a dudas a tenor de los continuos avances de la embriología.
- c) La singularidad de la persona humana a nivel biológico viene determinada por un genoma particular y privativo presente ya en el cigoto humano, como refiere Justo Aznar¹⁶, distinto del padre y la madre. Y dicho nuevo código genético, único, siguiendo a Tudela¹⁷, interactúa con determinadas vías de señalización epigenéticas en el que participa un mecanismo altamente especializado que regula la respuesta inmune materno-fetal, garantizando la viabilidad del *nasciturus*. En consecuencia, desde el momento de la fecundación se constituye un nuevo ser distinto de sus progenitores en un proceso de desarrollo sin saltos, continuo. No es por tanto un apéndice del cuerpo materno, sino que es en él donde habita un ser personal, intrínsecamente singular, irreducible, insustituible, irremplazable, sin antecedentes ni consecuentes.

Pese a ello, es importante significar que la persona humana es única por la subsistencia, persistencia y singularidad antropológica y que a nivel biológico se manifiesta como individualidad en función de su dotación genética. Como refiere Juan Pablo II en Aparisi¹⁸, *“El genoma humano no solo tiene un significado biológico; es portador de una dignidad antropológica que tiene su fundamento en el alma espiritual que lo impregna y vivifica”* Ello supone de un lado, la dignidad inherente a cada persona humana; de otro, una igual dignidad para todo ser humano.

¹⁶ Aznar J. Estatuto biológico del embrión humano. *Bioética y cuidados de enfermería*. Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA), Valencia. 2014; 47-64.

¹⁷ Tudela J, Estellés R, Aznar J. Maternal-foetal immunity: an admirable design in favour of life. *Medicina e Morale*. 2014; 63(5).

¹⁸ Aparisi A. Genoma humano, dignidad y derecho. *Revista de derecho y salud*. 2002; 10(1): 95-104.

Habermas, representante de la segunda generación de la Escuela de Frankfurt, agnóstico, encarnación del pensamiento liberal secular y que se encuentra en las antípodas del pensamiento aristotélico-tomista es muy elocuente al respecto. Con una idea muy distinta de la fundamentación de la ética, ambos llegan a conclusiones semejantes a partir de preocupaciones morales compartidas. Siendo pensador fuera de toda sospecha de tomismo, tiene el convencimiento de que solo en Dios reside la dimensión creadora, del mismo modo que el futuro del hombre, en cuanto *homo faber*, estaría amenazado si no asume que la persona humana debe limitarse a producir. Porque Dios crea la vida de todas sus criaturas con y por amor solícito y, por ello, poseedoras de bondad y perfección consustancial a su naturaleza, mientras que el hombre pretende manipular, reduciéndolo a la dimensión de simple objeto y modificando su propia realidad ontológica. Riesgo que solo podemos conjurar, como refiere U. Ferrer¹⁹, *“admitiendo la inseparabilidad entre la naturaleza humana y su existir personal [terrenal] y, en consecuencia, haciendo derivar la dignidad de la primera de la dignidad de la persona humana”*.

Podemos educir de lo expuesto que el embrión y el feto son persona humana en acto con potencialidades todavía no actualizadas. El concebido no nacido no es una persona potencial. Las cualidades que con el tiempo vaya adquiriendo serán función del ser que se es, por cuanto el acto precede siempre a la potencia y al desarrollo de esta. Y en este caso, el acto es la persona humana. Habermas²⁰ se pronuncia, en definitiva, a favor de la consideración de un *“derecho a una herencia genética en la que no se haya intervenido artificialmente”*.

8. Eutanasia

El término *“eutanasia se utilizó cínicamente para encubrir asesinatos en masa bajo el control estatal como sello distintivo de la medicina bajo el régimen nazi. En la actualidad, la eutanasia es frecuentemente*

¹⁹ Ferrer U. Posthumanismo y Dignidad de la Especie Humana. *Contextos*. 2005-2006; XXIII-XXIV (45-48), 171-188.

²⁰ Habermas J. El futuro de la naturaleza humana. Paidós. Barcelona. 2018; 34 y ss.

entendida como la prestación de asistencia por parte de profesionales de la salud a pacientes que buscan acelerar su muerte, [...]. Motivo que vincula los asesinatos de pacientes del período nazi con la eutanasia contemporánea es la suposición de que los individuos afectados han perdido la “calidad de vida”. Por supuesto, tales juicios dependen en gran medida de las cambiantes evaluaciones médicas, sociales y culturales de las enfermedades, el sufrimiento y la discapacidad humanos” (pp. 38, 39). Al igual que al referirse a la eugenesia, la eutanasia practicada en los campos de exterminio nazi se tipifica de crimen contra la humanidad, aunque es más indulgente al tratar semejante práctica de la eutanasia contemporánea. Sin embargo, si bien *a priori* no emite ningún juicio ético sobre la misma, limitándose a exponer los condicionantes predisponentes, el párrafo final induce a admitir en aras de una mal entendida autonomía su apuesta por ella: “Las leyes, las prácticas y la terminología contemporáneas sobre la eutanasia son cambiantes y difieren de un país a otro. El asesinato de pacientes bajo el régimen nazi, sancionado por el Estado, difiere en aspectos importantes de las personas que buscan asesoramiento y asistencia médica para poner fin a su vida en situaciones en las que no ven otra opción. Del mismo modo, sin embargo, otros podrían cuestionar si el Estado debería negar a las personas mentalmente competentes el derecho a acceder a la asistencia médica para morir en caso de que la soliciten, especialmente porque el control estatal sobre las decisiones sanitarias individuales fue un sello distintivo de la medicina bajo el régimen nazi” (p. 39).

Lo cual viene a significar que esta práctica en el régimen nazi se fundamentó, exclusivamente, en la violación sistemática del respeto a la autonomía sin considerar la “regla de oro” ética de obrar el bien y evitar el mal.

Por contra, la eutanasia tal como en la actualidad se entiende y práctica, no es, en palabras de Danilo Castellano, sino expresión de la libertad “negativa”. Esta no tiene más norma, más regla y fin que ella misma. Sin asumir, como bien explica Spinoza²¹ al definir el Estado

“ético”²² que es el medio más seguro para que este se reafirme como fuente única de moralidad. Es, por tanto, garantía de la libertad de pensamiento y de conciencia, como también refiere León XIII²³ en su Carta Encíclica *Immortale Dei*.

Como leemos en el artículo de The Lancet (p. 12): “Los pacientes individuales debían ser vistos a través de la lente de su valor genético, racial y económico percibido para el pueblo”. Y como representación de este, el Estado cuyas disposiciones legales eran jurídicamente vinculantes. La ley positiva sería la fuente de la moral y de la justicia y, por tanto, la ética sería un producto del Estado. La legalidad constituiría, así mismo, el criterio supremo y lo que el Estado estableciera es lo moral y justo porque él sería la única fuente de Derecho. Y tales leyes ya no estarán al servicio de la verdad y el bien sino al servicio de los que tienen el poder coercitivo para imponer su voluntad. Entiendo que, como refiere Te Lancet “El asesinato de pacientes bajo el régimen nazi, sancionado por el Estado, ...” (p. 39), esta afirmación nos orienta como conclusión razonable asumir que es precisamente desde el Estado de donde dimanaron las leyes justificativas de tal atrocidad. Leyes que, en último extremo, justificarían la bondad o malicia y, en consecuencia, el juicio moral correspondiente. Como reza el informe de The Lancet en su pag. 35, “la ética tiende a cambiar con el tiempo dependiendo de factores culturales, sociales, económicos y políticos”. Así entendida, ¿podemos ha-

22 “solo el poder político puede ser fuente de la vida moral. Los que tienen el poder soberano son guardianes e intérpretes del derecho civil y que únicamente ellos tienen derecho a decidir que sea lo justo y que lo injusto, lo que sea conforme o no” y concluye “en orden a mantener el derecho de la mejor manera posible y asegurar la estabilidad del Estado, conviene dejar a cada uno libre de pensar lo que quiera y decir lo que piense”.

23 León XIII. Carta Encíclica *Immortale Dei*. 1885. n. 10. “El principio supremo de este derecho nuevo es el siguiente: todos los hombres, de la misma manera que son semejantes en su naturaleza específica, son iguales también en la vida práctica. Cada hombre es de tal manera dueño de sí mismo, que por ningún concepto está sometido a la autoridad de otro. Puede pensar libremente lo que quiera y obrar lo que se le antoje en cualquier materia. Nadie tiene derecho a mandar sobre los demás. En una sociedad fundada sobre estos principios, la autoridad no es otra cosa que la voluntad del pueblo [el Estado], el cual, como único dueño de sí mismo, es también el único que puede mandarse a sí mismo. Es el pueblo el que elige las personas a las que se ha de someter. Pero lo hace de tal manera que traspasa a éstas no tanto el derecho de mandar cuanto una delegación para mandar, y aun ésta sólo para ser ejercida en su nombre”.

21 Spinoza B. Tratado teológico-político. Alianza Editorial. Madrid. 2018; 72.

blar de Ética *comme il faut*? Si bien el objeto material de la ética son las acciones humanas en cuanto libres, su objeto formal se atiene a la moralidad de dicho actuar, a la bondad o maldad de las acciones humanas en cuanto tales. Una ética mudable no es en puridad ética, más bien se trasmuta en utilitarismo, mero pragmatismo. Del mismo modo, en ambos casos, el régimen nazi y las democracias occidentales, olvidan, cuando no ignoran, la diferencia que se da entre legalidad y legitimidad; porque, sin entrar en honduras, la legalidad remite a la ley pública de una sociedad determinada: la ley positiva (y por tanto al albur de contingencias socio-políticas) impuesta por la autoridad (caso del nazismo) o fruto de un consenso social mayoritario (en las democracias al uso).

En cambio, la legitimidad implica el reconocimiento de una ley que trasciende la legalidad, inmutable, que no depende ni de un convenio social ni de disposiciones de un régimen totalitario, sino que debe entenderse como *“la participación de la ley eterna en la criatura racional”* como la define el Aquinate²⁴. Es decir, según la realidad ontológica de la persona humana, de su naturaleza y en función de los condicionamientos que impone la identidad histórico-moral de un determinado grupo social. Lo cual exige la existencia de un orden moral objetivo, tenido por racional y verdadero.

En último extremo, lo manifestado en el trabajo de The Lancet representa la reducción de la ética a mera expresión de un poder que pretende legitimarse a sí mismo y ello sirve tanto para los regímenes totalitarios, caso del nazi, como para los gobiernos de las democracias modernas. Y este es, a mi juicio, la falacia que presenta este escrito: el olvido, cuando no la negación, de la Ley Natural. Porque la democracia, entendida como fundamento de gobierno, es la pretensión de que el número determina el bien y la verdad. Es un error teológico, metafísico y político. Como forma de gobierno, pese a pretender gobernar las mayorías, gobiernan unas élites a través de minorías ocultas, pero influyentes, que en realidad son genuina criptocracia. Cabe incluir entre ellas la tecnocracia y particularmente la sinarquía —las altas finanzas, organismos supranacionales— poderes

fácticos que detentan el poder mundial en nombre de una gobernanza global a través de la apariencia de democracia de masas. Tómense como ejemplo las directrices emanadas de la ONU con sus Conferencias —El Cairo, Pekín—, la OMS o la vigente Agenda 2030 de la que podemos destacar sus objetivos 3.7²⁵ y 5.6²⁶.

Como lo es The Lancet Planetary Health²⁷ —una revista del grupo— *“La adopción universal de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas y los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)”* es *“Un resultado ambicioso”*.

A fin de cuentas, se da una convergencia de fines, la eutanasia, tanto en el desprecio a la vida en el nazismo y el que se evidencia en diversas democracias contemporáneas. Sin embargo, el texto de The Lancet condena al primero, para paradójicamente acabar justificando al segundo. *“Durante el período nazi, cuando los profesionales de la salud mataban activamente a pacientes considerados indignos de vivir, el término eutanasia se utilizó cínicamente para encubrir asesinatos en masa. En la actualidad, la eutanasia es frecuentemente entendida como la prestación de asistencia por parte de profesionales de la salud a pacientes que buscan acelerar su muerte ...”* (p.38). Así expresado (prestación de asistencia) entiendo que, en último extremo, justifica de forma inequívoca la eutanasia. Envía el Juramento Hipocrático al baúl de los recuerdos, valga la expresión.

Y continua: *“El asesinato de pacientes autorizado por el Estado durante el régimen nazi difiere en aspectos importantes de las personas que buscan asesoramiento y asistencia médica para acabar con su vida en situaciones en las que no ven otra opción”*. (p.39). El

25 Objetivo 3. Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades. 3.7 De aquí a 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales.

26 Objetivo 5. Lograr la igualdad de género y empoderar a todas las mujeres y las niñas: 5.6 Asegurar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos según lo acordado de conformidad con el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, la Plataforma de Acción de Beijing y los documentos finales de sus conferencias.

27 Moallemi EA, Malekpour S, Hadjidakou M, Raven R, Szetey K, Moghadam MM, et al. Local Agenda 2030 for sustainable development. *The Lancet Planetary Health*. 2019; 3(6): E 240-E 241.

24 Aquino T. Suma Teológica I-II. q.9, 1, a. 2, co.

texto ignora que no hay “vidas indignas” de ser vividas, sino, más bien, condiciones de vida “indignas”. Y estas se pueden resignificar con apoyo físico, psicológico y espiritual.

De lo expuesto en este apartado podemos inferir:

- a) El imperativo del respeto a la vida de la persona humana es el primero de sus derechos fundamentales, es el bien supremo, la *conditio sine qua non* del despliegue de todas sus capacidades. De su estructura antropológica podemos deducir que posee una dignidad incondicional y un valor absoluto que exige siempre ser respetada por encima de las capacidades físicas, psicológicas o espirituales y contingencias socio-culturales: nunca disminuye ni se pierde su dignidad ontológica.
- b) Aunque determinadas situaciones límite pueden inducir a desear no vivir porque no se soportan el dolor o el sufrimiento que la vida puede deparar en algún momento, no por ello, existen “vidas indignas de ser vividas”. Más bien, cuando no se les dispensa la atención sanitaria requerida (cuidados paliativos y la sedación paliativa o en la agonía), cariño y consuelo espiritual pueden darse, en el fondo, “condiciones indignas”.
- c) La eutanasia es especialmente grave (toda muerte es prematura), pues se trata de causar la muerte a quien está enfermo física o psíquicamente o cuya vida parece que no es digna de ser vivida. Aunque los motivos pueden ser diversos, e incluso bien intencionados, suponen siempre un quebranto del valor del propio proyecto vital siempre abierto a crecer, una pérdida del sentido de la dignidad personal. Violentar la vida con la eutanasia obra en detrimento de su propio propósito, pues el fin de esta no es la muerte, sino la vida. No se vive para morir, sino para vivir más.

En resumen, la deshumanización en la medicina niega, independientemente de raza, sexo, género, clase, estatus o capacidad, los derechos humanos y la dignidad de las personas, recogidos en los Art. 1 y 2 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos.

9. Conclusión

Conforme a lo expuesto, nos encontramos ante la paradoja que se da entre el régimen nazi, para el cual la sociedad es esencialmente una realidad totalizante del Estado que de modo marginal toma en consideración las sociedades intermedias y los individuos y el liberalismo que la concibe como una pluralidad de individuos que solo están unidos por simple consenso, pura convención. En realidad, caso de ambos planteamientos, como ocurre en el proceder de los sanitarios nazis y los que se dan en la actualidad, responden a un voluntarismo de base que permea el pensamiento filosófico desde Ockham llegando hasta la actualidad. Todas ellas formulaciones antropológicas que conformando un heterogéneo marco de interpretaciones tienen en común una perspectiva reduccionista de la persona humana.

Ayer como hoy, en la raíz de estas prácticas, se encuentran teorías inspiradoras convergentes. Porque si dichas teorías conducen a los mismos efectos, cabe preguntarse ¿Qué importaría que las justificaciones propuestas fueran diferentes si las prácticas del exterminio a las que conducen son las mismas?

Si de hecho darse muerte, o solicitarla, es la afirmación suprema de su libertad soberana. ¿Qué le impide al hombre erigirse en dueño de la vida y de la muerte del otro, nacido o por nacer? Estamos aquí en el origen tanto del totalitarismo nazi como de todas las morales contemporáneas relativistas, contra las cuales se opone el realismo filosófico y sus fundamentos antropológicos, metafísicos y epistemológicos que extienden su virtualidad al orden práctico, la ética/bioética. Y, en consecuencia, con la exigencia de ahondar en el conocimiento de una ética sustentada en los bienes reales, las normas prudenciales de la razón práctica y las virtudes de la voluntad.

Por último, podemos afirmar que por sí solo el desarrollo tecnocientífico no puede prevenir ni justificar las transgresiones éticas. Los principios en los que se fundamenta la dignidad de la persona humana cualquiera sea su madurez, capacidad operativa y relacional han sido descuidados, cuando no olvidados.

No obstante, se atisba siempre un rayo de esperanza. La persona humana es constante y esperanzado afán por encima de los peligros que le conciernen. Como nos ilustra Frankl²⁸: “Nosotros hemos tenido la oportunidad de conocer al hombre mejor quizá que ninguna otra generación ¿Qué es, en realidad, el hombre? Es el ser que siempre decide lo que es. Es el ser que ha inventado las cámaras de gas, pero asimismo es el ser que ha entrado en ellas con paso firme, musitando una oración”.

Quedémonos con lo segundo, porque apelando a Sócrates²⁹, “es peor cometer una injusticia que padecerla”.

Agradecimientos

Mi gratitud al profesor Antonio Pardo de la UNAV que ha realizado aportaciones importantes al manuscrito. Sus sugerencias lo han enriquecido y sus correcciones lo han mejorado.

No existen conflictos de intereses.

Referencias

- Alsan M, Wanamaker M. Tuskegee y la salud de los hombres negros. *Revista trimestral de economía*. 2018;133(1):407-455. Abstract.
- Aparisi A. Genoma humano, dignidad y derecho. *Revista de derecho y salud*. 2002; 10(1): 95-104.
- Aquino T. Suma Teológica I-II. q.91, a. 2, co.
- Aristóteles. Ética nicomáquea, Ed.Gredos. Barcelona. 2007; I, 3, 980a-993a.
- Aznar J. Estatuto biológico del embrión humano. *Bioética y cuidados de enfermería*. Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA), Valencia. 2014; 47-64.
- Czech H, Hildebrandt S, Reis SP, Chelouche T, Fox M, González-López E, et al. The Lancet Commission on medicine, Nazism, and the Holocaust: historical evidence, implications for today, teaching for tomorrow. *The Lancet*. 2023; 402(10415): 1867-1940.
- Farías Velásquez I. Eugenesia. Origen de la teoría, expansión y principales prácticas, siglos XIX y XX. *Revista de Historia (Concepción)*.2024; 31: 11 y ss.
- Ferrer U. Posthumanismo y Dignidad de la Especie Humana. *Contextos*. 2005-2006; XXIII-XXIV (45-48): 171-188.
- Frankl V. El hombre en busca de sentido. Herder. Barcelona. 1981; 79.
- González López E, Ríos Cortés, R. El holocausto, una reflexión ética y educativa desde la medicina. *Ede-tania: Estudios y propuestas socioeducativos*. 2023; (63): 119-135, 121.
- Greco D, Welsh J. Derechos Humanos, Ética y Práctica Médica. *Revista Bioética*.2016; 24:443-451,444 y ss.
- Habermas J. El futuro de la naturaleza humana. Paidós. Barcelona. 2002; 34 y ss.
- Horton R. Offline: Medicine and the Holocaust-it's time to teach. *The Lancet*. 2019; 394 (10193): 105.
- Huxley J. Ensayos de un biólogo. Editorial Sudamericana. Buenos Aires. 1967; 12-14.
- Lacalle Noriega M. Transhumanismo y Derecho: De la Naturaleza Humana a la autodeterminación como fundamento de los derechos humanos. *Cuadernos de Bioética*.2021; 32(105), 225-235, 228.
- León XIII. Carta encíclica Immortale Dei. 1885; n. 10.
- Marí-Bauset S. Aproximación a la Bioética desde la epistemología, ética y antropología de Leonardo Polo. *Sindéresis*. Madrid. 2023; 360 y ss.
- Moallemi EA, Malekpour S, Hadjikakou M, Raven R, Sze-ty K, Moghadam MM, et al. Local Agenda 2030 for sustainable development. *The Lancet Planetary Health*. 2019; 3(6): E 240-E 241.
- Peréz-Castells J. La eugenesia. Claves de una agresión contra el ser humano. *Persona y Derecho*.2023; 333-359, 335.
- Platón. *Diálogos*. Gredos. Barcelona. 2006; 469.
- Ramos Velázquez AE. Introducción al origen, difusión y práctica política de la eugenesia. Desde 1860 hasta 1945. Ed. Universidad de la Laguna. Sta. Cruz de Tenerife. 2015.
- Sáez JP. El movimiento eugenésico estadounidense como clave del éxito de la eugenesia en el siglo XX y la po-

²⁸ Frankl V. El hombre en busca de sentido. Herder. Barcelona. 1981; 79.

²⁹ Platón. Diálogos. Gredos. Barcelona. 2006; 469.

sibilidad de su retorno en el siglo XXI. *Ágora. Papeles de Filosofía*. 2018; 123-148: 126 y ss.

Sanger M. The Selected Papers of Margaret Sanger. Volume 4: Round the World for Birth Control: 1920-1966. Illinois Press. Urbana-Champaign. 2016.

Spinoza B. Tratado teológico-político. Alianza Editorial. Madrid. 1986; 72.

Tudela J, Estellés R, Aznar J. Maternal-foetal immunity: an admirable design in favour of life. *Medicina e Morale*. 2014; 63(5).

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 pluridisciplinar 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 morbimortalidad, 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 incapacitante”.

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@quiron salud.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.



LA RELEVANCIA DEL PRINCIPIO DE PRECAUCIÓN EN LAS ACTUACIONES BIOSANITARIAS QUE UTILICEN LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL (IA)

MARÍA LUISA DE TORRES SOTO

Universidad Complutense de Madrid

Plaza Menéndez Pelayo nº 4

28040 Madrid

mdetorress@gmail.com; mdetorre@ucm.es

La Inteligencia Artificial (IA) se está utilizando en muchos campos de la actividad biosanitaria, siendo claros los peligros en los ámbitos ético y jurídico que supone su uso inadecuado, especialmente por las vulneraciones que puede provocar en los derechos fundamentales de las personas.

Los estudiosos de la ética de la IA coinciden en tener en cuenta los principios generales precursores en el ámbito de la bioética (beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia), añadiendo otros principios específicos para la IA, que son concreciones de alguno de aquellos, como el de Responsabilidad; Privacidad; Equidad; Transparencia; y, Confianza.

El principio de precaución ha sido poco tratado en el campo de la IA. Dado el marcado carácter personalista que según buena parte de la Doctrina tiene este principio, parece necesario aplicarlo en esta materia acompañándolo de los principios de dignidad y subsidiariedad, pues así pueden obtenerse mejores criterios de ayuda para gestionar riesgos potenciales con

el objetivo de asegurar tecnologías más seguras para las presentes y futuras generaciones. El Consejo de Europa aconseja incluir el pensamiento ético y precautorio como parte integrante en los estudios científicos y tecnológicos para impulsar el desarrollo de la cultura precautoria.

Consideramos que, en las acciones biosanitarias llevadas a cabo con IA, antes de la comprobación científica de un eventual daño injusto, conviene trabajar en la implementación de un *iter* precautorio, que podría concretarse en determinar lo mejor posible el riesgo y/o la amenaza; conocer cómo percibe la sociedad ese problema; establecer medidas a adoptar en función del grado de incertidumbre; identificar un orden en las medidas para casos de urgencia; mejorar la comunicación del riesgo a las partes afectadas; potenciar la formación de los profesionales a nivel científico, técnico, ético y jurídico; y, realizar el seguimiento de las medidas para comprobar su efectividad y/o eficacia.

Este trabajo NO ha sido financiado ni becado.

CUADERNOS DE BIOÉTICA

Revista Oficial de la Asociación Española de Bioética y Ética Médica

Nº 118. Volumen XXXVI, 3ª 2025
septiembre - diciembre



REVISTA CUADERNOS DE BIOÉTICA

Nº 118. Volumen XXXVI, 3ª 2025

septiembre - diciembre

SUMARIO

TEMA DE ESTUDIO

FINAL DE LA VIDA

- ¿Ha excluido el Tribunal Constitucional del acceso a la eutanasia a las personas con enfermedad psíquica?: Una reflexión acerca de la STC 19/2023 221
Federico de Montalvo Jääskeläinen
- El farmacéutico frente a la muerte asistida: ¿Cuál es su visión? ¿Qué dilemas se plantea? 231
Esther Mateo Folgado, José López Guzmán
- ¿Preparados para morir a los 75? 241
Álvaro Sanz Rubiales, María Luisa del Valle Rivero, Lucía Mateo Otero

COLABORACIONES

- Inteligencia artificial vs autoconsciencia. Una aproximación ética 255
Natalia López-Moratalla, Carmen de la Fuente, María Font

CARTA AL EDITOR

- Del silencio del sentido común al ruido del derecho inventado: una reflexión médico-ética sobre la vida humana 273
María Dolores Calabria Gallego

INFORMACIÓN BIBLIOGRÁFICA

- Retos bioéticos desde Centroamérica y el Caribe. Coordinadoras: Claude Vergès (editora) y Gabriela Sibaja 279
Yashiro Díaz

JOURNAL: CUADERNOS DE BIOÉTICA

Nº 118. Volume XXXVI, 3rd 2025

September - December

SUMMARY

SUBJET OF STUDY

THE END OF LIFE

- The Constitutional Court's exclusion of individuals with mental illness from access to euthanasia: Reflections on judgment STC 19/2023 221
Federico de Montalvo Jääskeläinen
- The pharmacist and assisted death: What is their perspective? What dilemmas do they face?..... 231
Esther Mateo Folgado, José López Guzmán
- Ready to die at 75? 241
Álvaro Sanz Rubiales, María Luisa del Valle Rivero, Lucía Mateo Otero

COLLABORATIONS

- Artificial intelligence vs self-awareness: An ethical approach 255
Natalia López-Moratalla, Carmen de la Fuente, María Font

LETTER TO THE EDITOR

- From the silence of common sense to the noise of invented rights: A medical-ethical reflection on human life 273
María Dolores Calabria Gallego

BIBLIOGRAPHICAL INFORMATION

- Bioethical challenges from Central America and the Caribbean. Coordinators: Claude Vergès (editor) and Gabriela Sibaja 279
Yashiro Díaz

Tema de Estudio

FINAL DE LA VIDA

EDITORIAL

Finalizamos este año en el que ha cumplido la revista Cuadernos de Bioética treinta y cinco años con la edición de un nuevo número de la revista. Como suele ser habitual los trabajos publicados suelen tener mucha relación con las cuestiones que tienen más interés en la actualidad bioética como también con artículos que siguen repensando temas clásicos de nuestra disciplina. En este número el tema de estudio está en relación con estos últimos tipos de artículos pues se tratan cuestiones éticas referentes al final de la vida en conexión con el fenómeno de la eutanasia y su legalización. En colaboraciones tenemos en este número un artículo muy interesante que completa los anteriores que publicamos en el número anterior sobre la inteligencia artificial y sus aplicaciones en biomedicina. Esperamos que en el próximo año podamos seguir colaborando al crecimiento y consolidación de la bioética y que nuestra revista pueda no sólo mantener el impacto ya alcanzado en el ámbito iberoamericano, sino que incrementalmente también su difusión en otras áreas geográficas.

Los editores



¿HA EXCLUIDO EL TRIBUNAL CONSTITUCIONAL DEL ACCESO A LA EUTANASIA A LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD PSÍQUICA?: UNA REFLEXIÓN ACERCA DE LA STC 19/2023

THE CONSTITUTIONAL COURT'S EXCLUSION OF INDIVIDUALS WITH MENTAL ILLNESS FROM ACCESS TO EUTHANASIA: REFLECTIONS ON JUDGMENT STC 19/2023

FEDERICO DE MONTALVO JÄÄSKELÄINEN <https://orcid.org/0000-0002-9272-7359>

Universidad Pontificia de Comillas ICADE

fmontalvo@comillas.edu

RESUMEN:

Palabras clave:

Derecho a la vida, eutanasia, enfermedad mental, capacidad de obrar, Tribunal Constitucional, interpretación constitucional

Recibido: 23/06/2025

Aceptado: 02/08/2025

El Tribunal Constitucional resolvió en 2023 el debate sobre el contenido negativo del derecho a la vida, es decir, si cabe solicitar del Estado la ayuda para morir, declarando que el reconocimiento de tal derecho no era contrario al derecho a la vida proclamado en el artículo 15 de la Constitución. Sin embargo, el Alto Tribunal interpretó también que tal derecho no se reconoce con carácter general, sino debiendo concurrir un determinado contexto, el contexto eutanásico, que se caracteriza por la presencia de un sufrimiento físico o psíquico pero siempre en el marco de una enfermedad somática.

ABSTRACT:

Keywords:

Right to Life, Euthanasia, Mental Illness, Legal Capacity, Constitutional Court, Constitutional Interpretation

In 2023, the Constitutional Court addressed the debate concerning the negative dimension of the right to life—that is, whether an individual may request assistance from the State to die. The Court held that the recognition of such a right is not incompatible with the right to life enshrined in Article 15 of the Spanish Constitution. However, the Court also clarified that this right is not of a general nature, but rather must be situated within a specific context: the context of euthanasia. This context is characterized by the presence of physical or psychological suffering, which must, in any case, occur within the framework of a somatic illness.

1. Introducción

La publicación de la Sentencia 19/2023 por la que el Tribunal Constitucional resuelve el recurso de inconstitucionalidad interpuesto contra la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia, suscitó un debate acerca de la exclusión del ejercicio del derecho que venía a crear la norma de solicitar y recibir la prestación de ayuda para morir por parte de las personas con enfermedad mental o psicológica.

El debate obedeció a que el Alto Tribunal, sin perjuicio de declarar la constitucionalidad de la Ley objeto de control y, por tanto, del derecho a la vida en un sentido negativo, el derecho a la muerte, estableció un límite expreso al contexto en el que cabía ejercer el mismo. Tal límite se tradujo en excluir la enfermedad mental de la eutanasia. Como expresa literalmente el Tribunal, y analizaremos con detalle más adelante, las personas que padezcan una enfermedad mental no pueden solicitar y recibir, al amparo de la misma, la prestación de ayuda para morir.

Ante tal pronunciamiento, criticado por algún sector de la doctrina¹, el Ministerio de Sanidad anunció, a mediados de 2024, una modificación del Manual de buenas prácticas de la eutanasia, regulado en la disposición adicional 6.^a de la Ley Orgánica, en la que se dispone que

“con el fin de asegurar la igualdad y calidad asistencial de la prestación de ayuda para morir, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud deberá elaborar en el plazo de tres meses a contar desde la entrada en vigor de la Ley un manual de buenas prácticas que sirva para orientar la correcta puesta en práctica de esta Ley”. El objeto de la reforma del citado Manual era incluir la enfermedad mental como supuesto de hecho que permitiría el ejercicio del derecho, siempre, obviamente, que fuera acompañada de un sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable sin posibilidad de curación o mejoría apreciable.

Según recogieron algunos medios de comunicación que tuvieron acceso al borrador de modificación del Manual, en su parte introductoria se afirmaría que la Ley Orgánica no excluye la enfermedad mental, permitiendo que las personas con un padecimiento insoportable debido a la presencia de una enfermedad mental puedan solicitar la prestación en igualdad de condiciones que aquellas cuyo sufrimiento proviene de una enfermedad somática². Transcurrido un año desde dicha iniciativa no ha vuelto a tenerse conocimiento de la situación en la que se encuentra la precitada reforma, no recogándose en la página web del Ministerio de Sanidad un Manual de buenas prácticas modificado en el sentido de incluir la enfermedad mental. La versión oficial a la que puede accederse es la aprobada a los pocos meses se entrar en vigor la Ley Orgánica 3/2021³.

En el presente trabajo vamos a analizar la precitada Sentencia para determinar si, a la vista de lo establecido en la misma, cabría incorporar la enfermedad mental como supuesto habilitante para el ejercicio del derecho a morir mediante una mera modificación del Manual de buenas prácticas como anunció el Ministerio de Sanidad hace unos meses. No se analiza la segunda de las sentencias dictadas por el Tribunal Constitucional en relación con la Ley Orgánica, la derivada del recurso de inconstitucionalidad presentado por el grupo parlamentario

1 Véase, Juan Luis Beltrán Aguirre, quien discrepa de la Sentencia del Tribunal Constitucional, al considerar que, a diferencia del supuesto “enfermedad, grave e incurable”, el origen o causa del padecimiento es irrelevante. La causa del padecimiento, para dicho autor, puede ser una enfermedad somática o psicósomática, pero también puede ser solo una enfermedad o trastorno mental. Para Beltrán Aguirre que el preámbulo hable de “situación física”, como destaca el Tribunal Constitucional para excluir la enfermedad mental, no es determinante a efectos de modelar el contexto eutanásico y, en concreto, el concepto de padecimiento. Lo importante son las consecuencias del padecimiento, no su origen. Vid. BELTRÁN AGUIRRE, J.L., “Prestación de la ayuda para morir: “padecimiento grave, crónico e imposibilitante”: exégesis del requisito”, *Derecho y Salud*, vol. 34, núm. 1, enero-junio 2024, p. 42. También, Belén Andreu Martínez, la cual considera que el Tribunal Constitucional se ha excedido al realizar dicha interpretación. Y ello, porque lo que la LORE señala, tanto en su preámbulo como en la definición de padecimiento grave, crónico e imposibilitante, es que las dolencias o condiciones de la persona deben afectar a su situación física (a su autonomía física y actividades de la vida diaria, de manera que no pueda valerse por sí misma, y a la capacidad de expresión y relación), no que se trate de una enfermedad física, aunque lo normal será así, puesto que es más complicado que la enfermedad mental conlleve dicho grado de afección. Vid. ANDREU MARTÍNEZ, B., “Autonomía en relación con la propia muerte. Las Sentencias del TC 13/2023 y 94/2023”, *Derecho Privado y Constitución*, núm. 45, julio-diciembre 2024, p. 51.

2 Vid. https://www.diariomedico.com/medicina/politica/sanidad-modifica-manual-buenas-practicas-eutanasia-incluir-enfermedad-mental.html?check_logged_in=1.

3 Vid. https://www.sanidad.gob.es/eutanasia/docs/Manual_BBPP_eutanasia.pdf. Último acceso el 20 de junio de 2025.

Popular, la 94/2023 porque reproduce la doctrina contenida en la primera y porque, salvo en algunas cuestiones planteadas *ex novo*, se remite de manera constante a la misma.

Tampoco contiene este trabajo un análisis ético-legal de los posibles problemas que pudiera plantear la aplicación de la eutanasia en el contexto de la enfermedad mental, sino que nos limitaremos a analizar la mencionada resolución judicial. Desde una perspectiva más general, ya hay diferentes trabajos sobre la cuestión, pudiendo destacarse el publicado por Gallego, Barreiro y de Santiago⁴.

2. Análisis de la Sentencia del Tribunal Constitucional 19/2023

El Tribunal Constitucional mediante Sentencia 19/2023, resuelve el recurso de inconstitucionalidad interpuesto contra la Ley Orgánica 3/2021, por cincuenta diputados del Grupo parlamentario Vox en el Congreso de los Diputados. No era el único recurso planteado frente a la norma que había incorporado a nuestro ordenamiento jurídico el derecho a la eutanasia. Pocos meses después de dictarse dicha resolución, en septiembre de 2023, el Tribunal resolvió el segundo de los recursos presentado contra la misma Ley, el interpuesto por más de cincuenta diputados del Grupo parlamentario Popular, en la Sentencia 94/2023.

El recurso objeto de resolución por la Sentencia 19/2023 se sustentaba, como se recuerda al inicio de su fundamentación jurídica, en dos argumentos principales de muy diferente naturaleza: el primero formal, denunciándose tanto la falta de cumplimiento de los trámites de audiencia y consultas previstos para la aprobación de una norma con rango de Ley, como la celeridad en su tramitación y ausencia de verdadero debate en la tramitación parlamentaria de la norma. Para los diputados recurrentes, el uso de la proposición de ley como vehículo para la tramitación de la Ley Orgánica de eutanasia no tenía otro objeto que salvar la exigencia legal de au-

diciencia e informes consultivos, constituyendo un fraude procedimental y, por ende, inconstitucional.

Al mismo tiempo, los recurrentes consideraban que la norma se había aprobado de manera acelerada y durante un estado de alarma, privándose a la ciudadanía y a los parlamentarios de un debate imprescindible sobre una legislación que altera total y radicalmente la concepción de la vida humana y el derecho fundamental nuclear que la protege constitucionalmente.

Tales fundamentos de inconstitucionalidad de naturaleza formal se reproducían en términos muy similares en el segundo recurso, el presentado por los diputados populares.

Junto a las tachas de índole puramente formal, se invocaban igualmente en ambos recursos otras de naturaleza material y, dentro de estas últimas, una principal, en virtud de la cual, se alegaba por los recurrentes que el derecho a exigir que el Estado provoque la propia muerte que se deducía de diferentes preceptos de la Ley Orgánica vulnera frontalmente el derecho fundamental a la vida proclamado en el artículo 15 CE, impugnándose en su totalidad la misma.

Además de dicha impugnación *in toto* de la Ley orgánica, los cincuenta diputados del Grupo parlamentario Vox, también recurrían en inconstitucionalidad, de manera subsidiaria, varios preceptos de la norma; véase: art. 1; art. 3, apartados b), c), d), e) y h); art. 4.1; art. 5, apartados 1 c) y 2; art. 6.4; art. 7.2; art. 8.4; art. 9; art. 12 a), apartado cuarto; art. 16; art. 17; art. 18 a), párrafo cuarto; disposiciones adicionales primera y sexta; y disposición final tercera, en relación con el art. 16.1 y con la disposición adicional sexta.

En el segundo recurso, presentado por el Grupo parlamentario Popular, se invocaba que la Ley Orgánica no satisfacía plenamente las siguientes garantías: (i) la protección de las personas vulnerables contra actos que pongan en peligro su propia vida; (ii) asegurar que la decisión de poner fin a la vida se produce libremente y con pleno conocimiento de causa; (iii) evitar la toma de decisiones por pacientes sin capacidad de discernimiento; (iv) protección frente a decisiones precipitadas; y (v) implementación de medidas para evitar abusos en un contexto liberalizado.

⁴ GALLEGO, L., BARREIRO, P. y DE SANTIAGO, M., "Eutanasia y suicidio asistido en personas con enfermedad mental", *Cuadernos de Bioética*, vol. 33, núm. 108, pp. 157 a 178.

Entre los argumentos de los citados recursos, se denunciaba que en la Ley Orgánica impugnada, el «contexto eutanásico» se refería tanto a los conceptos de enfermedad grave e incurable como de padecimiento grave, crónico e imposibilitante, no reuniendo este último los requisitos de calidad en la ley, pues no otorgaba la necesaria accesibilidad y previsibilidad a una legislación que suponía nada menos que la extinción del derecho a la vida, base de todos los demás. Y añadían que las limitaciones de llevar asociado un sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable para quien lo padece suponía una subjetivización que permitiría incluir en este supuesto prácticamente a cualquier persona que sufra un trastorno mental, incluida la depresión, siempre que concurra el requisito de que exista «seguridad o gran probabilidad de que tales limitaciones vayan a persistir en el tiempo sin posibilidad de curación o mejoría apreciable» (art. 3 b). Así pues, en el supuesto de hecho habilitante para solicitar la eutanasia, en los términos tan amplios con los que se describía en la norma, cabría cualquier discapacidad o enfermedad psicológica.

Pues bien, el Tribunal Constitucional rechaza tal presunta tacha de inconstitucionalidad que, por inseguridad jurídica, vulneraría el derecho a la vida proclamado en el artículo 15 de la Constitución, sobre la base de que “el propio acotamiento del derecho a recabar y obtener ayuda para morir en los contextos eutanásicos establecidos por el legislador opera, en principio, como un mecanismo de protección de la vida”. Y para ello, según el Tribunal, “procede en este punto enjuiciar si esa delimitación es lo suficientemente precisa como para que la garantía sea eficaz o si, por el contrario, deja efectivamente en lo incierto las condiciones fácticas del reconocimiento de la prestación, con el consiguiente incremento del riesgo para la vida y también –cabe añadir– para la autodeterminación de la persona”, concluyendo que “carecen de fundamento las prevenciones de la demanda ante la expresión misma de «padecimiento», noción legal que en contra de lo que se aduce ni es, atendido el contexto, distinta en cualidad a la de «enfermedad» [art. 3 c) LORE] ni incluye dolencias o trastornos de orden psíquico, por más que pudiera ser de esa

naturaleza, como el precepto ha previsto, el sufrimiento «constante e intolerable» que ha de ir necesariamente asociado al padecimiento; rasgos estos del sufrimiento –es de puntualizar– que no dejarían de ser identificables o reconocibles clínicamente como tales síntomas, pese a las reticencias de los recurrentes”.

Y es que para el Tribunal, “el «padecimiento» definido en el artículo 3 b) ha de presentarse siempre como una dolencia o enfermedad somática en su origen, aunque los sufrimientos constantes e intolerables que la Ley Orgánica en este punto requiere puedan ser de orden psíquico”. Es decir, “tal solicitud [la de ayuda para morir] solo será viable, junto a otras condiciones en dos supuestos: el de «padecimiento grave, crónico e imposibilitante» y el de «enfermedad grave e incurable», causantes, respectivamente, de «sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable para quien lo padece» o de «sufrimientos físicos o psíquicos constantes e insoportables sin posibilidad de alivio que la persona considere tolerable» [apartados b) y c) del artículo 3]”.

El Tribunal Constitucional considera, así, que “esta delimitación supone que el legislador no ha extendido la prestación de ayuda para morir –ni la consiguiente despenalización condicional de la eutanasia– a cualesquiera contextos y situaciones en que la persona pretendiese recabar ayuda de terceros para poner fin a su propia vida, sino que ha reducido esta posibilidad a contextos eutanásicos caracterizados por una situación de sufrimiento personal extremo por causas médicas graves, irreversibles y objetivamente contrastables. La definición del contexto eutanásico opera, así, como un mecanismo de protección de la vida en tanto que derecho fundamental y bien constitucional objetivo”.

Para alcanzar dicha conclusión que, por los términos en los que se expresa, no presenta duda alguna de interpretación, el Tribunal recurre al propio tenor literal de la norma, en concreto, considera que “en este extremo es concluyente su preámbulo que, al referirse al «contexto eutanásico», comienza por aclarar que «debe delimitarse con arreglo a determinadas condiciones que afectan a la situación física de la persona con el consiguiente sufrimiento físico o mental»”.

Y “esta distinción entre la patología o dolencia física [«sin posibilidad de curación o mejoría apreciable» o «incurable», apartados b) y c), respectivamente, del art. 3], de un lado, y los sufrimientos físicos o psíquicos asociados a ella, del otro, excluye de raíz que la LORE, frente a lo que los recurrentes dicen, pretenda o permita incluir entre tales «padecimientos» la «enfermedad psicológica» o, incluso, la «depresión»”.

¿Qué resumen podemos hacer de estos párrafos contenidos en la Sentencia?

1.º Que, si bien, el contexto eutanásico puede derivar de un grave sufrimiento psicológico, la enfermedad de base debe ser necesariamente física. La situación es necesariamente física, aunque el sufrimiento pueda ser físico o psíquico.

2.º Que ello no deriva de una interpretación que el Tribunal Constitucional haga del texto de la Ley, sino que se establece claramente, en palabras del mismo, en el Preámbulo de la norma, sin que haya peligro de malinterpretación. Es precisamente el objeto del preámbulo de las normas permitir la interpretación adecuada de su articulado.

Y no debe olvidarse del valor de los preámbulos para la interpretación de la norma, ya que en ellos el legislador expone la racionalidad de la decisión normativa, y ello, para satisfacer, principalmente, el principio de interdicción de la arbitrariedad que se consagra en el artículo 9.3 de la Constitución. Dicho principio no significa otra cosa que la exigencia de que los poderes públicos, incluido el legislador, acredite la racionalidad de sus decisiones. Lo que la prohibición de la arbitrariedad condena es, justamente, la falta de un fundamento objetivo, y ello, se debe expresar, no solamente, pero principalmente, en el preámbulo. El preámbulo no es un mero acompañamiento irrelevante de la norma, sino la fuente principal de interpretación de ella. Así lo ha establecido el propio Tribunal Constitucional (STC 36/1981, FJ 7.º).

Y, aunque como también ha declarado el propio Tribunal Constitucional, el preámbulo no tiene valor normativo y, por tanto, no pueden ser objeto de un recurso de inconstitucionalidad (STC 150/1990, FJ 2.º), sí puede servir de parámetro para valorar e interpretar la norma

y, de este modo, determinar su posible inconstitucionalidad. Y así, el propio Tribunal Constitucional ha recurrido al preámbulo de una norma para interpretar el sentido de un término recogido en el cuerpo de la misma (STC 54/1982, FJ 2.º), como también hace en la resolución objeto de análisis aquí.

El preámbulo no es un texto ajeno a la norma que encabeza, sino que, en virtud de los artículos 110.5 y 114.2 del Reglamento del Congreso de los Diputados, tiene a todos los efectos del procedimiento legislativo la consideración de un artículo y, así, puede ser enmendada y es discutida al final del articulado. Por lo tanto, en cuanto al trámite legislativo, la exposición de motivos sigue la misma suerte que el resto del documento normativo. Por otro lado, el preámbulo siempre figura tras la fórmula de promulgación, lo que constituye otro indicio más de su carácter de parte del mismo⁵.

3.º Que el pronunciamiento del Tribunal es *ratio decidendi* y no *obiter dicta*. Como recuerda el Diccionario panhispánico del español jurídico, *obiter dicta* es una cuestión que se aborda en una resolución judicial de manera tangencial para corroborar o ilustrar la decisión que se toma, con la que no está, sin embargo, relacionada. El tenor de las resoluciones judiciales que se expresa *obiter dicta* no tiene fuerza vinculante como precedente.

Por el contrario, el tenor que se expresa como *ratio decidendi* sí tiene fuerza vinculante, constituyendo los criterios jurídicos esenciales fundadores de la decisión.

En el caso de la enfermedad mental como supuesto de hecho que legitimaría el acceso a la prestación de la ayuda para morir, éste constituía uno de los motivos del recurso de inconstitucionalidad y como tal lo resuelve el Tribunal. Así pues, a todas luces, constituye ya doctrina constitucional que debe ser respetada por el resto de operadores jurídicos y políticos.

4.º La exclusión de la enfermedad no somática como supuesto de hecho es aplicable tanto a lo previsto en

5 EZQUIAGA GANUZAS, F.J., “Concepto, valor normativo y función interpretativa de las exposiciones de motivos y los preámbulos”, *Revista Vasca de Administración Pública*, núm. 20, año 1988, p. 36.

el artículo 5.1 de la Ley como a su artículo 5.2, es decir, situaciones en las que el individuo no se encuentre en el pleno uso de sus facultades ni pueda prestar su conformidad libre, voluntaria y consciente para realizar las solicitudes. Lo que se excluye es el contexto de la enfermedad mental, con independencia de los problemas de capacidad de obrar que puedan concurrir o no en el individuo o de que éste haya emitido un documento de instrucciones previas en el que se plasmara su deseo eutanásico.

3. ¿Cabe, pues, incorporar la enfermedad mental al proceso eutanásico mediante mera reforma del Manual de Buenas Prácticas?

Como ya comentamos antes, hace aproximadamente un año, el Ministerio de Sanidad declaró que estaba estudiando incorporar al Manual de Buenas Prácticas la enfermedad mental. Sin embargo, ello no es posible con el tenor actual de la Ley Orgánica y, además, de acuerdo con lo dispuesto por el propio tenor de la doctrina del Tribunal Constitucional.

Así pues, si se procediera a modificar el Manual en dichos términos, el Manual incurriría en el vicio de ilegalidad. Y a este respecto, debemos recordar que, si bien el Manual no es, *stricto sensu*, una norma reglamentaria, sino más bien, un documento de carácter técnico, su tenor no puede, obviamente, contradecir lo dispuesto por la norma que habilita al poder público para elaborarlo (en este caso, la ya mencionada disposición adicional 6.^a de la propia Ley Orgánica). Así pues, le sería aplicable la previsión contenida en el artículo 128.2 de la Ley 39/2015 que dispone que “2. Los reglamentos y disposiciones administrativas no podrán vulnerar la Constitución o las leyes”.

El Manual sería una suerte de documento técnico previsto legalmente y complementario para su aplicación, pero no una norma reglamentaria. A estos efectos, el Manual no ha sido aprobado por una norma con rango reglamentario, es decir, mediante Real Decreto, ni ha seguido el procedimiento de elaboración de las disposiciones generales del Gobierno. En todo caso, el Manual queda sujeto al mandato de respeto de la Ley.

Cierto es que algún Tribunal parece haberse pronunciado a favor de que la norma no sólo incorpora las enfermedades somáticas, sino también las psicológicas. Así, el Tribunal Superior de Justicia de Navarra en Sentencia núm. 353/2022, de 16 de diciembre, manifiesta que “Esta sala es partidaria de no restringir el concepto de padecimiento e incluir además del dolor físico el dolor psíquico siempre que el caso esté sometido a escrutinio profesional y se extremen el cuidado en la valoración y ponderación de las garantías, dependencia, etc.”. Sin embargo, es importante recordar que, por un lado, la citada resolución se dicta antes de que el Tribunal Constitucional emita su parecer acerca de la inconstitucionalidad de la Ley Orgánica y, por ende, de que interprete cuál es la naturaleza de la enfermedad que daría acceso a la prestación a la ayuda a morir. Por otro lado, tampoco el Tribunal Superior de Justicia contradice el parecer expresado meses después por el Tribunal Constitucional, ya que aquél no hace referencia a la enfermedad de base que legitimaría el acceso a la prestación, sino a la situación de sufrimiento. Y, como ha declarado el propio Tribunal Constitucional, si bien la enfermedad deberá ser necesariamente somática, el sufrimiento puede ser físico o psicológico.

En todo caso, cualquier opinión de una sala de justicia que pretendiera incluir en el marco de la eutanasia la enfermedad no somática estaría incumpliendo de plano la doctrina del Tribunal Constitucional y, por ende, vulnerando lo dispuesto por la propia Constitución Española en su artículo 164 que establece que las sentencias del Tribunal Constitucional “tienen plenos efectos frente a todos”⁶. Y debemos recordar que el Tribunal Constitucional ha admitido la constitucionalidad del derecho a la eutanasia, es decir, una suerte de derecho a la vida en sentido negativo, como derecho a morir, pero no con carácter general, sino en un supuesto de enfermedad y un contexto de sufrimiento muy determinados.

6 El artículo 38.1 de la Ley Orgánica del Tribunal Constitucional establece, en el mismo sentido, que “las sentencias recaídas en procedimientos de inconstitucionalidad tendrán el valor de cosa juzgada, vincularán a todos los Poderes Públicos y producirán efectos generales desde la fecha de su publicación en el «Boletín Oficial del Estado»”.

4. ¿Cabría, sin embargo, incluir la enfermedad mental mediante una reforma de la Ley Orgánica?

Es cierto que frente a lo que hemos expuesto y, en concreto, a la imposibilidad legal de que se modifique el Manual en los términos antes planteados, podría fácilmente argumentarse que, si bien no cabe una inclusión de la enfermedad mental como supuesto habilitante mediante mera reforma del Manual de buenas prácticas, sí cabría reformar la propia Ley Orgánica, tanto en lo que se refiere a su preámbulo como a lo previsto en sus artículos 3 y 5. Si el Manual no puede incorporar la enfermedad no somática, porque así lo dispone la Ley Orgánica en palabras del Tribunal Constitucional, nada impediría una propuesta de *lege ferenda* y, por tanto, reformar el tenor de la norma para que sí lo permita.

Sin embargo, como vamos a exponer a continuación, a la vista de la doctrina del Tribunal Constitucional contenida en la comentada Sentencia 19/2023, ello tampoco sería posible. Una reforma legal de la Ley Orgánica que pretendiera incluir la enfermedad no somática no sería obviamente ilegal, pero sí inconstitucional por vulneración del derecho a la vida proclamado en el artículo 15 de la Constitución. El Tribunal Constitucional ha ido en su decisión sobre la eutanasia más allá de lo que sería un mero límite legal.

Retomamos de nuevo la argumentación del Tribunal Constitucional en relación con la enfermedad no somática.

Así, el Tribunal Constitucional establece que nuestro ordenamiento jurídico no ha reconocido un derecho general a la eutanasia, sino que tal derecho solamente puede ejercerse en un contexto de enfermedad y sufrimiento determinados, véase, una enfermedad física y sufrimiento físico o psíquico. Y ello, no sólo porque se establezca con meridiana claridad en el preámbulo de la norma, sino porque el límite que supone que no pueda accederse a la prestación cuando no estamos ante una enfermedad somática constituye, por obra del Tribunal, un mecanismo de protección de la vida. La definición del contexto eutanásico caracterizado por la concurrencia de una enfermedad somático y un sufrimiento físico o

psíquico conecta directamente con la exigida protección del derecho a la vida que recae sobre el Estado, por mandato del artículo 15 de la Constitución.

Las palabras literales del Tribunal no pueden ser más elocuentes: “esta delimitación supone que el legislador no ha extendido la prestación de ayuda para morir –ni la consiguiente despenalización condicional de la eutanasia– a cualesquiera contextos y situaciones en que la persona pretendiese recabar ayuda de terceros para poner fin a su propia vida, sino que ha reducido esta posibilidad a contextos eutanásicos caracterizados por una situación de sufrimiento personal extremo por causas médicas graves, irreversibles y objetivamente contrastables. La definición del contexto eutanásico opera, así, como un mecanismo de protección de la vida en tanto que derecho fundamental y bien constitucional objetivo”. Y es que, en interpretación del tenor de la Sentencia, es exigible un alto nivel de protección del derecho a la vida, dada la relevancia del derecho fundamental que puede verse afectado, por lo que al legislador le es exigible un estricto rigor en la determinación de los supuestos fácticos y los procedimientos para instar la prestación⁷.

Por tanto, si se reformara la Ley Orgánica para incorporar la enfermedad mental se afectaría al derecho a la vida, al afectarse al propio concepto de contexto eutanásico que opera como mecanismo legal de protección de la misma.

Así pues, como puede verse, el Tribunal ha ido más allá de una mera cuestión de legalidad en el debate acerca de la enfermedad no somática, convirtiéndolo en una cuestión que constituye, no una mera opción del legislador, sino el mecanismo de protección de la vida, ese mínimo no traspasable para que el derecho a la vida se vea afectado por una proclamación ilimitada de su contenido negativo. El Tribunal no proclama, al amparo de la interpretación del artículo 15 de la Constitución, un derecho general a la eutanasia, sino un derecho en determinado contexto, y ello, en salvaguarda del principal deber constitucional que corresponde a los poderes

⁷ ANDREU MARTÍNEZ, B., “Autonomía en relación con la propia muerte. Las Sentencias del TC 13/2023 y 94/2023”, *Derecho Privado y Constitución*, núm. 45, julio-diciembre 2024, p. 53.

públicos que no es otro que proteger la vida de sus ciudadanos.

Si el Tribunal hubiera considerado que la cuestión objeto de controversia era de estricta legalidad, su argumento se hubiera limitado a expresar que el contexto eutanásico es claro *ope legis*, sin otras consideraciones. Sin embargo, sus palabras trascienden al marco de la mera legalidad, entrando en consideraciones de naturaleza constitucional con la mención del mecanismo de protección del derecho a la vida. La exclusión de la enfermedad mental del derecho a solicitar la ayuda para morir para vivir es, por tanto, *ope constitutione*.

Lo declarado no responde al mero arbitrio o capricho del Tribunal, sino que conecta, como es sencillo de comprender, con el hecho de que el nuevo derecho a morir solamente puede ejercerse en un marco de plena garantía sobre la autonomía del individuo, porque, en su defecto, no es que se esté ejerciendo mal el nuevo contenido negativo del derecho a la vida, sino que se está atentando directamente contra ésta como valor superior del ordenamiento jurídico.

Algo similar ocurre cuando el Tribunal se ha pronunciado en similares fechas sobre la Ley Orgánica 2/2010, sobre el nuevo régimen legal de despenalización del aborto. En la Sentencia 44/2023 se reconoce que el derecho a la vida determina una mecanismo de protección de la vida prenatal, y ello se logra en la Ley objeto de enjuiciamiento mediante un sistema preventivo general, concretado en políticas de planificación familiar y medidas encaminadas a fomentar una sexualidad libre y responsable y políticas de apoyo a la maternidad que contribuyan a reducir el recurso a la interrupción voluntaria del embarazo por razones vinculadas a las dificultades socio-económicas asociadas al cuidado de un hijo o hija.

Y en la Sentencia 92/2024, relativa a un recurso de inconstitucionalidad interpuesto por cincuenta y dos diputados del grupo parlamentario Vox del Congreso de los Diputados, contra diversos preceptos de la Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, el Tribunal afirma nuevamente que “Ha de reiterarse

que el modelo de plazos supone no solo un mecanismo de protección de la vida prenatal, sino también, y recíprocamente, una medida restrictiva de los derechos de la mujer. Este tribunal considera, sin embargo, que dicha restricción —que se traduce en la exigencia de que, con posterioridad a la semana catorce de gestación, concurren circunstancias adicionales a la libre voluntad de la mujer para la interrupción legal del embarazo, conectadas con otras facetas esenciales de sus derechos fundamentales— es constitucional porque (i) obedece al legítimo fin de proteger la vida prenatal; (ii) es adecuada y necesaria para la consecución de tal fin; (iii) su configuración gradual a la luz, por un lado, del avance de la gestación y el desarrollo fisiológico-vital del concebido, y, por otro, de la afectación adicional o extraordinaria de los derechos constitucionales de la mujer, se ajusta al canon de proporcionalidad exigido por este tribunal para la constitucionalidad de cualquier limitación de derechos fundamentales, así como al modelo gradual de protección de la vida prenatal acogido por la propia STC 53/1985; y (iv) se lleva a cabo respetando, en todo caso, la posibilidad de un ejercicio ‘razonable’ de los derechos de la mujer, a través del reconocimiento a esta de un ámbito temporal en que poder decidir, de manera libre e informada, si continúa adelante con la gestación u opta por interrumpirla, asumiendo de modo consciente y voluntario todas las consecuencias derivadas de una u otra decisión”.

¿Cabría, pues, eliminar tal sistema preventivo general? No, porque se incurriría en una vulneración del derecho a la vida proclamado por el artículo 15 de la Constitución.

En el caso de la eutanasia, pues, el derecho a la vida queda protegido, en palabras del Tribunal Constitucional, mediante un sistema de garantías y un contexto eutanásico muy específico. La modificación de uno u otro no cabe sin vulnerar aquel derecho y valor superior del ordenamiento jurídico.

Y lo dispuesto por el Tribunal es congruente si atendemos a los problemas que plantea la inclusión de la enfermedad mental en la eutanasia desde la perspectiva de la autonomía, y no solo en lo que se refiere a la

dimensión cognitiva, sino también volitiva del sujeto al que se va a aplicar.

Desde la perspectiva del Derecho comparado, el ejemplo de Canadá es suficientemente expresivo. Como nos recuerda Andreu Martínez, en 2021 (ley C-7) se aprobó la modificación de la ley C-14 de 2016 (por la que se modificó el Código Penal y se introdujo la ayuda médica para morir —MAID—) para dar cumplimiento al fallo del Tribunal Superior de Quebec, que, en 2019, declaró la inconstitucionalidad de dos aspectos fundamentales de la ley C-14. Con la ley C-7, y merced a las enmiendas al proyecto original, se introdujo la enfermedad mental como supuesto de acceso a la muerte medicamente asistida. Sin embargo, esta modificación que permitiría incluir a los enfermos mentales ha ido retrasándose en su entrada en vigor; primero, dos años, hasta 2023, después hasta 2024 y actualmente hasta 17 de marzo de 2027. Estos retrasos en su efectiva aplicación responden a las recomendaciones del Comité Conjunto Especial sobre Asistencia Médica para Morir (informe *MAID and Mental Disorders: The Road Ahead*, presentado el 29 de enero de 2024) en el sentido de que no se implemente este supuesto hasta que el sistema de salud sea capaz de administrarla de manera segura y adecuada en este tipo de casos⁸ ¿lo será, finalmente, en alguna ocasión? Esta es la cuestión.

Y así es interesante recuperar, a estos efectos, el Informe de posicionamiento de la Sociedad Española de Psiquiatría respecto a la proposición de ley orgánica de eutanasia⁹, en el que se señalaba que debía tenerse en cuenta a la hora de aplicar la eutanasia en el ámbito de la enfermedad mental la vulnerabilidad que en ocasiones confieren los trastornos mentales. Y es que algunas personas aquejadas de trastornos mentales se encuentran en una situación de desigualdad en diversas áreas con respecto a la población general —por ejemplo, esperanza de vida, acceso a la vivienda, al empleo, a la atención sanitaria especializada, etc.—, en un contexto

social de estigma hacia los trastornos mentales. Por ello, es importante garantizar que estas carencias remediables no contribuyan al deseo de morir.

También se señalaba que, aunque no todos los trastornos mentales cursan del mismo modo, es evidente que algunos, y en determinados momentos, pueden comprometer las funciones psíquicas esenciales para tomar decisiones relevantes, tales como la conciencia, el pensamiento, la sensopercepción, la vivencia del yo o la afectividad. La integridad de estas funciones es condición *sine qua non* para asumir que una decisión está libremente tomada y se ajusta a la verdadera voluntad de la persona y no a la voluntad patológicamente determinada.

Además, para la sociedad científica la presencia de depresión es una preocupación especial en las solicitudes de eutanasia porque, aunque es una enfermedad potencialmente reversible, puede afectar la competencia de los pacientes, particularmente en la ponderación relativa que dan a los aspectos positivos y negativos de su situación y posibles resultados futuros. Los pacientes con depresión pueden ser considerados como una población vulnerable en este contexto, ya que su solicitud de muerte puede ser debida a la presencia de esta y la respuesta correcta es el tratamiento en lugar de la asistencia en la muerte.

Y se añadía que en sociedades en las que la prevención del suicidio se considera una responsabilidad global, y la disminución de las cifras anuales un objetivo común, no puede soslayarse la incongruencia de plantear la ayuda a morir en personas que sufren trastornos que tienen entre sus propios síntomas, formando parte de la patología, la ideación suicida y el deseo de morir.

La propia Ley Orgánica, al excluir la enfermedad no somática del contexto eutanásico estaría siendo congruente con la norma que regula, con carácter general, la capacidad de obrar en el ámbito de los tratamientos médicos, la Ley 41/2002, la cual es importante recordar ahora que, en el ámbito de las personas con discapacidad, muestra ciertas peculiaridades respecto del régimen general que se introduce en nuestro ordenamiento con la implementación en España de la Convención de Nueva York.

8 ANDREU MARTÍNEZ, B., "Autonomía en relación con la propia muerte. Las Sentencias del TC 13/2023 y 94/2023", *Derecho Privado y Constitución*, núm. 45, julio-diciembre 2024, p. 55.

9 Vid. <https://sepsm.org/wp-content/uploads/2023/03/SEP-Posicionamiento-Eutanasia-y-enfermedad-mental-2021-02-03.pdf>.

El artículo 9 de la citada Ley, en su regulación del consentimiento por representación de la persona con discapacidad parte del paradigma de la protección frente al de la autonomía, sin perjuicio de que promueve la mayor participación posible de la persona con discapacidad en el proceso del consentimiento informado. Un paradigma distinto, basado en la autonomía, se hubiera pronunciado de manera contraria, partiendo de que no cabe el consentimiento por representación de la persona con discapacidad, a salvo de que conste una limitación de la capacidad de obrar por sentencia judicial.

Y ello es así, porque el artículo 287 del Código Civil establece que “a salvo de lo dispuesto legalmente en materia de internamiento, consentimiento informado en el ámbito de la salud”. Ello solo cabe interpretarlo en clave de que la capacidad de obrar de las personas con discapacidad en el ámbito sanitario no queda sujeta al régimen general derivado de la Convención de Nueva York, es decir, basado preferentemente en el principio de autonomía frente al de protección.

En definitiva, al igual que no cabe debatir acerca de si nuestro Tribunal Constitucional ha reconocido la existencia de un derecho a la eutanasia, tampoco cabe

plantear que ello deba incluir a los pacientes con enfermedad mental. La doctrina constitucional se debe aceptar y respetar *in toto* y no en lo que a alguno de los intérpretes pueda interesarles por corresponderse con sus propios criterios ético-legales.

Referencias

- Andreu Martínez, B., “Autonomía en relación con la propia muerte. Las Sentencias del TC 13/2023 y 94/2023”, *Derecho Privado y Constitución*, núm. 45, julio-diciembre 2024, pp. 13 a 67.
- Beltrán Aguirre, J.L., “Prestación de la ayuda para morir: “padecimiento grave, crónico e imposibilitante”: exégesis del requisito”, *Derecho y Salud*, vol. 34, núm. 1, enero-junio 2024, pp. 40 a 53.
- Ezquiaga Ganuzas, F.J., “Concepto, valor normativo y función interpretativa de las exposiciones de motivos y los preámbulos”, *Revista Vasca de Administración Pública*, núm. 20, año 1988, p. 36.
- Gallego, L., Barreiro, P. y De Santiago, M., “Eutanasia y suicidio asistido en personas con enfermedad mental”, *Cuadernos de Bioética*, 2022;33(108):157-178.



EL FARMACÉUTICO FRENTE A LA MUERTE ASISTIDA: ¿CUÁL ES SU VISIÓN? ¿QUÉ DILEMAS SE PLANTEA?

THE PHARMACIST AND ASSISTED DEATH: WHAT IS THEIR PERSPECTIVE? WHAT DILEMMAS DO THEY FACE?

ESTHER MATEO FOLGADO¹ <https://orcid.org/0009-0009-9056-3483>

JOSÉ LÓPEZ GUZMÁN² <https://orcid.org/0000-0001-7308-3087>

1. Clínica Universidad de Navarra, Avda. Pío XII nº36, Pamplona, España. Tlf. 948255400 ext. 4035
emateofolga@unav.es

2. Universidad de Navarra, CI Irunlarrea nº 1, Pamplona, España
jlguzman@unav.es

RESUMEN:

Palabras clave:

eutanasia, suicidio asistido, farmacia, bioética personalista

Recibido: 27/07/2025

Aceptado: 14/08/2025

La muerte inducida médicamente es un tema de especial relevancia en el mundo sanitario actualmente. La pérdida del valor fundamental de la vida humana en la sociedad está conduciendo a la aparición de nuevas legislaciones en cada vez más países que permiten la práctica de la eutanasia y/o el suicidio asistido. En este sentido, existe un interés creciente por la visión de los profesionales sanitarios puesto que llevan a cabo un papel fundamental en el proceso, se ha observado como la aceptación de las mismas está alcanzando el ámbito sanitario a pesar de su vocación de cuidado y defensa de la vida humana. La visión del farmacéutico como profesional sanitario que interviene directamente dispensando la medicación con la que se va a dar muerte a un paciente ha sido muy poco estudiada. En este trabajo se ha llevado a cabo una revisión de los estudios que recogen las opiniones y experiencias de los farmacéuticos respecto de la muerte asistida, observando un elevado apoyo a estas prácticas por parte de la profesión. Sin embargo, es necesario su análisis en profundidad para observar las contradicciones y dilemas reales que se plantean en estos términos los farmacéuticos como profesionales sanitarios.

ABSTRACT:

Keywords:

euthanasia, assisted suicide, pharmacy, personalist bioethics

Medically induced death is a topic of particular relevance in today's healthcare world. The loss of the fundamental value of human life in society is leading to the emergence of new legislation in an increasing number of countries that permit the practice of euthanasia and/or assisted suicide. In this context, there is growing interest in the perspective of healthcare professionals, as they play a key role in the process. It has been observed that acceptance of these practices is extending into the healthcare field, despite its vocation to care for and defend human life. The perspective of pharmacists as healthcare professionals who directly participate by dispensing the medication used to end a patient's life has been very little studied. This paper presents a review of studies that gather pharmacists' opinions and experiences regarding assisted death, revealing a high level of support for these practices within the profession. However, in-depth analysis is necessary to uncover the real contradictions and ethical dilemmas pharmacists face in their role as healthcare providers.

1. Introducción

La palabra eutanasia proviene del griego: «eu» que significa bueno y «thanatos», muerte; etimológicamente «buena muerte». En la mayoría de los textos legales se suele mantener que la eutanasia es el acto médico por el cual se causa la muerte de una persona de manera directa e intencionada, habiéndolo elegido voluntariamente, por causas de enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e imposibilitante.

El debate social respecto a la eutanasia se ha introducido en las últimas décadas, avivándose periódicamente por casos polémicos y mediáticos, llevando un claro proceso de ventana de Overton que está conduciendo a la aprobación en cada vez más países de legislaciones en su favor. La aceptación social de estas prácticas ha alcanzado también al ámbito sanitario.

Actualmente, la eutanasia se defiende como una práctica compasiva en solidaridad con el enfermo y, abogando por la autonomía de los pacientes, se le da más relevancia a la calidad de vida que a la propia vida. Es por ello que, aunque ésta haya sido rechazada durante siglos como una práctica médica aceptable, se está imponiendo en nuestra sociedad una cultura que tergiversa la realidad hasta el punto de aceptar como un bien la muerte de los más indefensos.

La figura de los farmacéuticos en la eutanasia y el suicidio asistido ha sido muy controvertida en el desarrollo de las legislaciones aprobadas en distintos países, ya que, en muchas ocasiones, no se ha considerado como un colaborador directo. Sin embargo, la visión del farmacéutico como profesional sanitario le obliga a entender su trabajo como una parte fundamental en la salud pública e individual participando directamente en el buen uso de los medicamentos. Por tanto, que la utilización de medicamentos para dar muerte a un paciente de manera legal, puede amenazar la deontología farmacéutica y menospreciar su papel fundamental en la regulación del uso de los medicamentos.

El farmacéutico participa en la eutanasia como cooperador directo en la elaboración de fórmulas magistrales, kits y en la dispensación de la medicación, es decir, proveyendo directamente el medio con el que se le va

a provocar la muerte a un paciente de forma intencionada. A pesar de tener un papel fundamental en la misma, el debate sobre la eutanasia se ha centrado en el paciente y el médico, desatendiendo en gran medida al resto de profesionales sanitarios. Por eso la opinión del farmacéutico al respecto ha sido muy poco estudiada.

2. Metodología

El objetivo de este trabajo es conocer la percepción de los farmacéuticos respecto a la eutanasia y el suicidio asistido, a través de la revisión de los estudios publicados analizando los resultados desde el punto de vista de la bioética personalista.

Se ha realizado una revisión narrativa de los estudios que tratan de conocer directamente la visión del farmacéutico sobre la muerte asistida, tanto eutanasia como suicidio asistido. Se han encontrado 11 estudios publicados desde 1994 hasta la actualidad: 8 de ellos son encuestas cuantitativas en las que se pregunta a farmacéuticos su percepción sobre la muerte asistida y otras cuestiones en relación; los otros 3 estudios son encuestas semi-estructuradas, con pocos participantes, en los que se ha tratado de profundizar en los dilemas que se plantean los farmacéuticos en relación con la eutanasia y el suicidio asistido y recoger las experiencias de aquellos que ya han participado en estas prácticas.

3. Resultados

Encuestas cuantitativas

En primer lugar, se van a comentar los 8 estudios que se han realizado a través de encuestas enfocadas en la opinión de los farmacéuticos respecto de la eutanasia y el suicidio asistido comparando los resultados obtenidos en cada una de ellas en relación a los distintos temas abordados. Es necesario aclarar que en todas las encuestas estudiadas existe un sesgo poblacional por la selección a través de asociaciones de farmacéuticos, además la participación era anónima y voluntaria y en todos los casos la ratio de respuesta fue en torno al 50%. A pesar de ello, se observa una mayoría de apoyo a la eutanasia y el suicidio asistido.

– **Apoyo a la muerte asistida por medio de medicamentos:**

En EEUU, a partir de 1990 comenzó el debate abierto sobre los deberes y derechos que rodean a la muerte asistida. En un trabajo publicado en 1992 se ofreció la perspectiva de los farmacéuticos. En este estudio, a pesar de que el 72,6% consideraban que en ciertas ocasiones está justificado que los pacientes quieran finalizar sus vidas, menos de la mitad creían que los médicos debían activamente ayudar a morir a sus pacientes y que el uso de los medicamentos con este fin sea apropiado¹.

Destaca la investigación realizada en Holanda en el año 1994, en la que el 95% de farmacéuticos comunitarios estaban de acuerdo con la eutanasia y el suicidio asistido². En Holanda se legalizó la eutanasia en 2002, por lo que en el momento de la publicación era técnicamente un crimen, no obstante, en 1973 tuvo lugar una sentencia absolutoria en un caso de eutanasia y ésta fue despenalizada en 1984 si se cumplían ciertos requisitos expuestos en la ley y se notificaba al forense. En 1995 ya se estimaban unos 3600 casos de eutanasia anuales. Se considera que la práctica activa puede llevar a una mayor aceptación, ya que la proporción de apoyo en esta encuesta es significativamente mayor que aquellas realizadas en países donde no es legal o ha sido legalizada recientemente. Aquellos que los rechazaban argumentaron convicciones éticas y religiosas, la convicción de que no es una tarea específica de farmacéuticos, la existencia de mejores soluciones, la opinión de que debería estar confinado al ámbito hospitalario y el temor a convertir la farmacia en una institución que quita vidas en vez de salvarlas.

En Reino Unido, todavía sigue siendo ilegal la eutanasia y el suicidio asistido. En 1998 el 70% de los farmacéuticos estaban de acuerdo con que es un derecho del paciente elegir su muerte; el 57%, con que sea involu-

crando al médico y el 45%, con que se realizara mediante el uso de prescripciones médicas³. Cifras muy similares a las observadas en EEUU en 1992. Sin embargo, posteriormente en el año 2000 se realizó otra encuesta en Reino Unido en la cual se veía un incremento hasta el 83% de farmacéuticos que creían que una persona tiene derecho a elegir la manera de morir y el 67% consideraba que es un uso apropiado de la medicación⁴.

En Bélgica a un mes de la aprobación de la eutanasia, en 2002, se realizó una encuesta a farmacéuticos sobre su actitud y prácticas respecto a la muerte asistida. La mayoría estaban de acuerdo con que el paciente tenía derecho a elegir su muerte y consideraban que estaba justificado que los médicos ayudaran a morir a sus pacientes bajo ciertas circunstancias: 84% eutanasia, 61% suicidio asistido. Esta tendencia a favorecer más la eutanasia que el suicidio asistido se cree que puede deberse a la mayor distancia del farmacéutico respecto al paciente que existe en la eutanasia en comparación del suicidio asistido. Sin embargo, el 25% estaba convencido de que los cuidados paliativos harían superflua la eutanasia⁵.

La primera investigación centrada en los trabajadores de farmacia hospitalaria fue en Canadá en 2017, tras haber aprobado en 2015 la ley de ayuda médica a morir. Esta encuesta fue realizada tanto a farmacéuticos como a técnicos y auxiliares de farmacia hospitalaria, ya que en Canadá la dispensación de la medicación se realiza en las farmacias de hospital. Farmacéuticos y técnicos apoyaron mucho la ley de ayuda médica a morir en términos generales, 74 y 84%, respectivamente. Sin embargo, los farmacéuticos tenían una probabilidad significativamente mayor de estar en desacuerdo con la noción de que los pacientes tienen derecho a terminar con su vida, así como que deban recibir ayuda de profesionales médicos

1 Rupp, M. T., Isenhower, H. L. «Pharmacists' attitudes toward physician-assisted suicide» *American Journal of Hospital Pharmacy*, 1994, 51(1), 69-74.

2 Lau, H., Riezebos, J., Abas, V., AJ, P., & DeBoer, A. «A nationwide study on the practice of euthanasia and physician-assisted suicide in community and hospital pharmacies in the Netherlands» *Pharmacy World and Science*, 2000, 22(1), 3-9.

3 Hanlon, T. R., Weiss, M. C., & Ress, J. «British community pharmacists' views of physician-assisted suicide (PAS)». *Journal of Medical Ethics*, 2000, 26(5), 363-369.

4 Hackett, E. A., & Francis, S.-A. «"Death was a blessing"-should it ever be pharmaceutically hastened? British pharmacists' views» *Pharmacy World and Science*, 2003, 25(6), 288-293.

5 Bilsen, J., Bauwens, M., Bernheim, J., Stichele, V., Robert, & Deliens, L. «Physician-assisted death: attitudes and practices of community pharmacists in East Flanders, Belgium» *Palliative Medicine*, 2005, 19(2), 151-157.

y que sea apropiado llevarlo a cabo mediante el uso de medicamentos recetados⁶.

La asociación más claramente observada fue la de aquellas personas que tenían convicciones religiosas con una actitud más negativa hacia el uso del suicidio asistido y la eutanasia⁷. Como posibles factores predisponentes a la desaprobación de la eutanasia se han encontrado la juventud⁸, el sexo masculino⁹ y haber sufrido la muerte de alguien cercano¹⁰. En las diferencias observadas entre técnicos y farmacéuticos en Canadá se han considerado como factores predictores el contacto con los pacientes y el tiempo dedicado a su cuidado, también el hecho de que los farmacéuticos tengan más conocimiento de las alternativas terapéuticas a la eutanasia puede reducir la probabilidad de que la consideren la mejor opción para los pacientes¹¹. No se han observado diferencias significativas en la opinión de aquellos que trabajan en áreas como oncología, cuidados paliativos y hematología del resto de la población, pero puede ser que la muestra sea pequeña para encontrar diferencias significativas¹².

– Actitud ante la dispensación:

Respecto a la actitud de los farmacéuticos en cuanto a la dispensación de la medicación, encontramos una predisposición a la participación activa en las prácticas eutanásicas. De esta manera, en Reino Unido en 1998 la mitad de los farmacéuticos dispensaría conscientemente una receta si fuera legal¹³ y en el 2000 más del 60%; el 24% afirmaron estar dispuestos a dispensar una medicación para suicidio asistido aun siendo ilegal y el 4% se habían encontrado en esta situación y la habían dispensado¹⁴. En Bélgica el 7% afirmaron haber recibido prescripciones que a su juicio eran para un suicidio asis-

tido y la mayoría las dispensaron, sólo la mitad contactó previamente con el médico. Además, 10 farmacéuticos habían sido consultados por un médico para asesorar sobre los medicamentos para acortar la vida¹⁵.

Esta actitud es chocante al observar otras posiciones con respecto al conocimiento del propósito de las prescripciones, así como la práctica del asesoramiento al paciente durante la dispensación y la responsabilización como farmacéutico de las obligaciones profesionales y los objetivos terapéuticos. Por ejemplo, en EEUU en 1990 la mayoría pensaban que no era apropiado involucrar a un farmacéutico sin su conocimiento, sin embargo, poco más de la mitad de los farmacéuticos indicaban que querían saber si una prescripción que ellos fuesen a dispensar se iba a utilizar en un suicidio asistido¹⁶. En Reino Unido, aunque el 53% creía que era su derecho saber cuándo se estaba dispensando una receta para suicidio asistido, el 28% no lo consideraba así¹⁷; además, los farmacéuticos consideran que su responsabilidad en el suicidio asistido es más obligatoria que la de los médicos ya que son los que proveen los medios; sin embargo, sólo el 49% de los encuestados querían conocer el propósito de la receta y únicamente el 45% considera que el farmacéutico debe tener un rol aconsejando al prescriptor en la elección de la medicación y la dosis¹⁸. En Holanda la mayoría de farmacéuticos comunitarios coincidían en no estar de acuerdo del todo con las guías por la necesidad de obtener una declaración escrita del médico de que el caso se ajusta a la legalidad ni con la necesidad de clasificar la medicación como de especial control¹⁹. No obstante, en el estudio realizado a personal hospitalario en Canadá el 87% de farmacéuticos desearían ser informados del propósito de la prescripción²⁰ y en Reino Unido en el año 2000 también se observó que en el grupo de farmacéuticos comunitarios la proporción de los que no deseaban conocer el propósito de las recetas destinadas a suicidio asistido era mayor que en el de los farmacéuticos hos-

6 Gallagher, A., Gould, O., LeBlanc, M., Manuel, L., & Brideau-Laughlin, D. «Knowledge and attitudes of Hospital Pharmacy Staff in Canada regarding Medical Assistance in Dying (MAiD)» *The Canadian Journal of Hospital Pharmacy*, 2019, 72(1), 16-26.

7 Rupp y cols. *op. cit.* 71; Lau y cols. *op.cit.* 6; Hanlon y cols. *op. cit.* 366; Hackett y cols. *op. cit.* 288; Gallagher y cols. *op. cit.* 22;

8 Rupp y cols. *op. cit.* 71

9 Hanlon y cols. *op. cit.* 366.

10 Hackett y cols. *op. cit.* 288.

11 Gallagher y cols. *op. cit.* 23.

12 *Ibid.*, 23.

13 Hanlon y cols. *op. cit.* 365.

14 Hackett y cols. *op. cit.* 290.

15 Bilsen y cols. *op. cit.* 154.

16 Rupp y cols. *op. cit.* 71.

17 Hanlon y cols. *op. cit.* 365.

18 Hackett y cols. *op. cit.* 291.

19 Lau y cols. *op. cit.* 6.

20 Gallagher y cols. *op. cit.* 22.

pitalarios²¹, lo cual aparece justificado por los autores por la mayor facilidad de los farmacéuticos hospitalarios para acceder a la historia clínica del paciente y el contacto con los médicos prescriptores.

Más tarde, tras la legalización del suicidio asistido en California, se realizó un cuestionario sobre la disposición de los farmacéuticos a dispensar esta medicación y sobre los factores predictores de su comportamiento basándose en la teoría del comportamiento planificado. Según esta encuesta, en general tenían una actitud positiva, aunque la mayoría lo consideraban desagradable. La percepción subjetiva sobre la eutanasia era positiva y se consideraban apoyados por su empleador, su entorno y otros farmacéuticos. En cuanto al control conductual percibido era positivo y consideraban que la decisión de dispensar o no la medicación era suya. En conclusión, los farmacéuticos tenían una intención positiva de dispensar medicación para el suicidio asistido a pacientes con una receta válida²².

– Objeción de conciencia:

En cuanto a la objeción de conciencia, una mayoría de farmacéuticos la admitía como un derecho de los médicos y otros profesionales sanitarios a negarse a participar en la eutanasia²³ y consideraban que la legislación debería incluir una cláusula para la objeción de conciencia²⁴.

En España, en el año 2022, tras la aprobación de la regulación de la eutanasia en 2021, se realizó una encuesta a farmacéuticos hospitalarios acerca de la misma. El 81% afirmó conocer esta ley. El 63,3% no se declaraba objetor de conciencia y el 68,2% estaban en desacuerdo con la obligatoriedad de llevarla a cabo a pesar de ser una práctica contraria a sus creencias personales o religiosas²⁵.

21 Hackett y cols. *op. cit.* 293.

22 Gavaza, P., & Pinder, J. «Psychosocial factors associated with pharmacists' end-of-life medication counseling and dispensing» *Journal of the American Pharmacist Association*, 2021, 61(3), 308-315.

23 Bilsen y cols. *op. cit.* 153.

24 Hanlon y cols. *op. cit.* 366

25 Sanchez-Gundín, J., Lafarga-Lapieza, V., Barreda-Hernández, D., Mulet-Arberola, A., & Soler-Company, E. «La regulación de la eutanasia en España y el farmacéutico de hospital: estado de la cuestión» 2023, *Ofil Ilaphar*, 33(2), 121-126.

Encuestas sobre la experiencia

En cuanto a los estudios enfocados en la experiencia de la eutanasia por parte de los profesionales sanitarios, muy pocos farmacéuticos han sido incluidos en aquellos que se han realizado explorando sus percepciones y sus roles. A raíz de esta ausencia de estudios, la creciente participación del farmacéutico en equipos multidisciplinares y la legalización de la eutanasia y el suicidio asistido en cada vez más países, ha surgido en los últimos años la necesidad de explorar la percepción de los farmacéuticos. Se han publicado varios estudios dirigidos únicamente a farmacéuticos, a través de encuestas semi-estructuradas con pocos participantes, este formato nos permite conocer mejor los dilemas que se les plantean al respecto.

El primero de estos estudios, publicado en Australia en 2019, antes de la legalización de la muerte asistida, permitió conocer las preocupaciones que surgen a los farmacéuticos sin participar todavía en este proceso. Es destacable la inquietud que aparece respecto al papel fundamental de los farmacéuticos como “guardianes” de los medicamentos, su rol como punto de control para garantizar la correcta prescripción y el contacto con los pacientes y cuidadores dentro del equipo multidisciplinar. En este contexto, se identificaron cuestiones sobre el correcto almacenamiento en casa de una medicación tan peligrosa y la eliminación adecuada de los medicamentos no utilizados; la necesidad de un marco legal que garantice la seguridad de los pacientes, la limitación e identificación clara de quién puede prescribir esta medicación, así como el acceso de los pacientes a esta práctica y la necesidad de supervisión médica durante el proceso de administración²⁶.

En cuanto al marco ético se plantea un balance entre objeción de conciencia, no sólo por cuestión de creencias sino también por la carga emocional que conlleva, y la autonomía del paciente; otros dilemas que se sugieren incluyen la idea de cómo es posible avanzar en mejorar la calidad de vida de los pacientes, objetivo fundamen-

26 Isaac, S., McLachlan, A., & Chaar, B. «Australian pharmacists' perspectives on physician-assisted suicide (PAS): thematic analysis of semistructured interviews» 2019, *BMJ Open*, 9 (10), 1-9.

tal de la atención farmacéutica, cuando la tendencia es a acabar con la vida misma y la identificación de las limitaciones de los cuidados paliativos. Se planteaba la necesidad de objetivos en salud y el concepto de futilidad médica, en cuanto a cuál es el coste de extender la vida cuando la medicación no es capaz de mejorar la calidad de vida, teniendo en cuenta el problema global económico que supone una población de edad avanzada con altos costes sanitarios asociados. Además, también se hacía hincapié en la falta de conocimiento (dosis necesarias, efectos, consejos personales, emocionales y legislativos), y la necesidad de guías y recursos²⁷.

Posteriormente, se realizó un estudio destinado a diseñar un marco teórico como primera fase de un proyecto internacional para continuar con la investigación sobre la experiencia de la práctica farmacéutica en la muerte asistida²⁸. En esta fase teórica se exploraron distintos temas relacionados con la introducción de nuevos roles y responsabilidades a través de la colaboración en equipos multidisciplinares en la muerte asistida, describiendo 8 categorías que serían de interés para explorar posteriormente a través de entrevistas semiestructuradas a farmacéuticos que hayan participado en esta práctica:

- Grado de aislamiento del farmacéutico en relación al paciente, familia y equipo médico.
- Experiencias sobre su papel en relación con el resto de profesionales.
- Cómo experimentan la muerte asistida y su impacto.
- Necesidad de la participación del farmacéutico o la opción de hacerse a un lado en los casos concretos.
- Equilibrio entre aspectos técnicos y clínicos de la participación.
- Explorar la “esencia” del rol si desempeña más aspectos materiales, sociales, relacionales y espirituales.

- Aspectos de la relación con el paciente y los familiares.
- Experiencia sobre el apoyo o no en el desempeño de sus funciones.

La segunda parte de este proyecto se ha llevado a cabo en Canadá con farmacéuticos que han atendido a pacientes que solicitaban la ayuda a morir²⁹. Las responsabilidades de los farmacéuticos abarcan todos los pasos, desde la preparación de los productos destinados a la eutanasia por los técnicos bajo supervisión, su dispensación, la revisión de la medicación con el médico, la organización de la preparación y entrega de la medicación, la elaboración de protocolos estandarizados y la certificación del cumplimiento de los requisitos legales. Aunque sus funciones se centraron principalmente en la medicación, resaltaron la necesidad de elecciones basadas en la autonomía y necesidades del paciente. En las entrevistas se identificaron tres temas fundamentales: búsqueda de su posición en el proceso, desempeñar un rol de cuidador y soportar cargas emocionales.

En la búsqueda de su posición, afectaron sus valores personales, creencias, experiencias cercanas de muerte, sentido de la responsabilidad legal de los farmacéuticos, historias de los pacientes, respeto por la autonomía de los pacientes, etc. Algunos farmacéuticos afirmaban revisar el proceso de toma de decisión cada vez que se les contactaba sin embargo otros decían no tener alternativa, al ser los únicos disponibles³⁰.

En cuanto al rol desempeñado, el farmacéutico se centra en el cuidado atendiendo las elecciones, autonomía y necesidades de los pacientes. Las tareas relacionadas con la dispensación se vieron más técnicas y transaccionales que el resto de tareas, ya que se autorizan dosis desconocidas y es necesario pasar distintos controles para suministrar adecuadamente la medicación. Algunos se sintieron más distanciados en el proceso y otros se vincularon más de lo establecido legalmente para sentirse cómodos y ver el enfoque del paciente³¹.

²⁷ Ibid., 7.

²⁸ Woods, P., King, M. A., Mey, A., & Schindel, T. J. «“If I were to do this, how would I experience it?” Developing a theoretical framework for exploring pharmacists’ practice in the domain of assisted dying» *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 2020, 17(4), 685-693.

²⁹ Schindel, T. J., Woods, P., Mey, A., King, M. A., Gray, M., & Navarrete, J. «Hospital Pharmacists’ Experience with Medical Assistance in Dying: A Qualitative Study» *Canadian Journal of Hospitalary Pharmacy*, 2022, 75(4), 294-301.

³⁰ Ibid., 297.

³¹ Ibid., 298.

Acerca de las cargas emocionales, en general el proceso afecta a los farmacéuticos negativamente. Para muchos la primera dispensación fue la más difícil, cuando se dieron cuenta de la gravedad de su papel. La confidencialidad del paciente y la gravedad llevaron a muchos a reprimir sus experiencias y mantener en secreto su participación. Recibir apoyo por parte de otros farmacéuticos o del equipo influyó de manera positiva. Los participantes tomaron medidas para aliviar su carga emocional desviando la atención hacia otros temas, algunos tomando espacio físico y otros sin embargo se acercaron más al entorno³².

4. Discusión

Aunque en los inicios del debate social sobre la eutanasia y el suicidio asistido en EEUU, con la propuesta de la iniciativa 119 en Washington, las asociaciones farmacéuticas se opusieron a la participación de los farmacéuticos en dichas prácticas, la posterior aprobación de las distintas legislaciones les llevó a tomar una posición neutral apoyando el derecho a participar o no, por motivos morales, religiosos o éticos en esta práctica. En lugar de respaldar una posición, se basa en el juicio profesional de los farmacéuticos para ayudar a los pacientes a tomar decisiones informadas. Se ha visto la necesidad de la colaboración de las organizaciones farmacéuticas, tanto en EEUU como en Europa, para la correcta aplicación de estas prácticas con el desarrollo de guías y protocolos, ya que en muchos casos las legislaciones no contemplaban aspectos relacionados con la medicación y el cuidado del paciente. Sin embargo, se observa la paradoja de que muchas de ellas muestran un compromiso con el estudio y desarrollo de los cuidados paliativos como alternativa para aquellos pacientes que no deseen terminar con su vida, así como la visión de la atención farmacéutica como la nueva misión de la farmacia, ampliando las oportunidades y responsabilidades profesionales de los farmacéuticos y aceptando una responsabilidad compartida en los resultados en salud de los medicamentos.

Este posicionamiento poco claro, ha sido criticado por no proporcionar evidencias de las opiniones ni los

puntos de vista de discordia, no aclarar los valores relevantes ni los diversos intereses a los que debemos responder. Únicamente se reafirman los principios para considerar situaciones éticas, pero estos podrían ser utilizados simultáneamente por personas o grupos con creencias opuestas para justificar sus conclusiones³³.

En esta misma posición se encuentra el código ético farmacéutico tanto en España como en EEUU, ya que no aborda la muerte asistida directamente sino que declara la responsabilidad del farmacéutico en la promoción de la salud y el bienestar de cada paciente de manera afectuosa, compasiva y confidencial, declaraciones interpretativas del mismo afirman que el farmacéutico debe “considerar el bienestar de la humanidad y el alivio del sufrimiento humano como preocupaciones primarias” y “colocar la preocupación por el paciente en el centro de la práctica profesional, al hacerlo tiene en cuenta las necesidades declaradas por el paciente y las definidas por las ciencias de la salud”, así como “mantener los más elevados principios morales, éticos y legales”³⁴. Sin embargo, el código deontológico del Consejo General de Colegios Farmacéuticos de España recoge que “El farmacéutico se abstendrá de participar en cualquier tipo de actuación contraria a la legalidad en la que sus conocimientos y habilidades sean puestas al servicio de actos que atenten contra la vida, la dignidad de la persona o los Derechos Humanos, sin perjuicio de lo dispuesto sobre el derecho a la objeción de conciencia en el Capítulo XIII del presente Código”³⁵. Observando estas incoherencias en las organizaciones farmacéuticas, no son de extrañar los resultados obtenidos en las encuestas.

33 Baluch, W. M. «Perplexed about ASHP council's perspective on assisted-suicide policy» *American Journal of Health-Syst Pharmacy*, 2000, 57(10), 998-999; Fass, J., & Fass, A. «Physician-assisted suicide: Ongoing challenges for pharmacists» *American Journal of Health-Syst Pharmacy*, 2011, 68(9), 846-855.

34 Rupp, M. T. «Physician-assisted suicide and the issues it raises for pharmacists» *American Journal of Health-System Pharmacy*, 1995, 52(13), 1455-1460; Bertil, K. W. «Pharmacist should not participate in abortion or assisted suicide» *Annals of Pharmacotherapy*, 1996, 30(10), 1192-1996.

35 Consejo General de Colegios Farmacéuticos. «Código de deontología de la profesión farmacéutica- 2023» <<https://www.farmaceticos.com/el-consejo-general/portal-transparencia/informacion-de-gestion-y-sobre-cumplimiento-normativo/deontologia/#3>> [Consulta 26/07/2025]

32 Ibid., 298.

En las encuestas realizadas a los farmacéuticos en los distintos países se observa un elevado apoyo a la regularización de la eutanasia, esto no sorprende debido a la confusión que impregna la mentalidad occidental de un utilitarismo hedonista, la cual puede observarse también en los profesionales sanitarios. A pesar de ello, es destacable el mayor apoyo de estas prácticas en los sitios que ya están instauradas como Países Bajos³⁶ y la diferencia observada entre técnicos y farmacéuticos hospitalarios, achacada al mayor conocimiento de las opciones terapéuticas por parte de los farmacéuticos³⁷. Se observa una pérdida de la importancia de la defensa de la vida física como principio fundamental de la bioética. El respeto de la vida, así como su defensa y promoción, representan el primer imperativo ético del hombre para consigo mismo y para con los demás, más aún en el caso de los profesionales sanitarios. En las entrevistas semi-estructuradas realizadas a farmacéuticos que ya han participado en el proceso de muerte asistida, uno de los temas que se abordaba era la implicación emocional y se comentaba el efecto negativo que tiene, sobre todo cuando son conscientes de la implicación real y la gravedad de la situación³⁸.

La identidad del farmacéutico hospitalario implica la defensa de la vida y la promoción de la salud mediante el uso racional de los medicamentos en función de unos objetivos terapéuticos, además el principio de totalidad reafirma que no es posible percibir como objetivo terapéutico la muerte de un paciente, puesto que la vida corporal del hombre es la forma en que realiza su existencia y por ello es necesario cuidarla y no dañarla. De ahí la importancia de preguntar en las encuestas por la licitud en el uso de los medicamentos para llevar a cabo la eutanasia, en este caso, aunque el apoyo sigue siendo mayoritario, se observa una ligera disminución en relación a la regularización de la eutanasia.

Otro de los principios fundamentales de la bioética personalista es el de libertad y responsabilidad. En relación a este, se observa un problema común en la profesión, la falta de responsabilidad hacia la farmacoterapia

de los pacientes. El deseo de no querer conocer la intención de una prescripción, más aún aquella que está destinada a dar muerte a un paciente, es una irresponsabilidad y una incompetencia, ya que debería ser el mínimo exigible para llevar a cabo una dispensación. De hecho, fue una de las luchas más importantes tras la aprobación del suicidio asistido por primera vez en Oregón. El farmacéutico debe asumir su responsabilidad respecto de la farmacoterapia de los pacientes sin considerar que el último responsable es el médico. Por otra parte, uno de los temas que surge alrededor de la regulación de las conductas eutanásicas y la responsabilidad farmacéutica es la falta de conocimientos adquiridos en este campo por parte de los farmacéuticos, consecuencia lógica ya que no es una actividad médica natural y este contenido no está contemplado en los estudios reglados.

También es importante contemplar la libertad de los profesionales sanitarios. El principio de libertad implica la responsabilidad sobre la vida propia y la ajena. Por ello, muchas legislaciones contemplan el derecho a la objeción de conciencia. El derecho a la libertad de conciencia, artículo 1 de los Derechos Humanos, es de fundamental protección para garantizar la dignidad de toda persona. Además, desde el principio de libertad y responsabilidad, en caso de desacuerdo del paciente y el profesional, siendo ambos responsables con la vida y la salud de manera personal y social, la acción indicada es derivar al paciente para no crear una situación violenta ni forzar al paciente³⁹. La mayoría de farmacéuticos encuestados admitía como un derecho de los médicos y otros profesionales sanitarios negarse a participar en ella⁴⁰ y consideraban que la legislación debería incluir una cláusula para la objeción de conciencia⁴¹ y se posicionaban en desacuerdo con llevar a cabo esta práctica en contra de sus creencias personales⁴². En las encuestas semi-estructuradas a farmacéuticos también se contempló la objeción de conciencia por carga emocional y no únicamente por creencias⁴³.

36 Lau y cols. *op. cit.* 8

37 Gallagher y cols. *op. cit.* 23

38 Schindel y cols. *op. cit.* 298

39 Sgreccia, E. (1996). Manual de bioética, Ed. Diana, México, 1996, 135-169.

40 Bilsen y cols. *op. cit.* 153.

41 Hanlon y cols. *op. cit.* 366.

42 Sanchez y cols. *op. cit.* 123.

43 Isaac y cols. *op. cit.* 4.

Por último, una de las inquietudes de los farmacéuticos es la futilidad médica⁴⁴ y las limitaciones de los cuidados paliativos. En términos de justicia social el principio de sociabilidad y subsidiariedad obliga a la comunidad a garantizar a todos los medios para acceder a los cuidados necesarios⁴⁵. Por ello, justificar la eutanasia en nombre del gasto terapéutico es un argumento completamente utilitarista que desprecia la dignidad de la persona.

5. Conclusiones

– Los farmacéuticos en general tienen una disposición positiva hacia la participación en la eutanasia y el suicidio asistido, no obstante, ciertas actitudes mostradas en las encuestas revisadas denotan una falta de responsabilización respecto a las obligaciones profesionales en la dispensación y el cumplimiento de los objetivos terapéuticos.

– La objeción de conciencia se contempla como alternativa para aquellos farmacéuticos que no deseen participar en estas prácticas y tiene un gran apoyo dentro de la profesión.

– En los últimos años se han incrementado las publicaciones en las que se aborda la percepción de los farmacéuticos sobre la eutanasia y el suicidio asistido, sin embargo, continúan siendo mínimos en comparación a aquellos dirigidos a otros profesionales sanitarios.

– Se evidencia la necesidad de profundizar en el estudio de la percepción de los farmacéuticos respecto a la muerte asistida, con el objetivo de obtener información más completa y precisa que permita identificar los factores determinantes del elevado nivel de apoyo manifestado por esta profesión.

Conflictos de interés

Los autores declaran que no tener conflictos de intereses.

Referencias

- Baluch, W. M. «Perplexed about ASHP council's perspective on assisted-suicide policy» *American Journal of Health-Syst Pharmacy*, 2000, 57(10), 998-999; Fass, J., & Fass, A. «Physician-assisted suicide: Ongoing challenges for pharmacists» *American Journal of Health-Syst Pharmacy*, 2011, 68(9), 846-855.
- Bertil, K. W. «Pharmacist should not participate in abortion or assisted suicide» *Annals of Pharmacotherapy*, 1996, 30(10), 1192-1996.
- Bilsen, J., Bauwens, M., Bernheim, J., Stichele, V., Robert, & Deliens, L. «Physician-assisted death: attitudes and practices of community pharmacists in East Flanders, Belgium» *Palliative Medicine*, 2005, 19(2), 151-157.
- Consejo General de Colegios Farmacéuticos. «Código de deontología de la profesión farmacéutica- 2023» <<https://www.farmaceuticos.com/el-consejo-general/portal-transparencia/informacion-de-gestion-y-sobre-cumplimiento-normativo/deontologia/#3>> [Consulta 26/07/2025]
- Fass, J., & Fass, A. «Physician-assisted suicide: Ongoing challenges for pharmacists» *American Journal of Health-Syst Pharmacy*, 2011, 68(9), 846-855.
- Gallagher, A., Gould, O., LeBlanc, M., Manuel, L., & Brideau-Laughlin, D. «Knowledge and attitudes of Hospital Pharmacy Staff in Canada regarding Medical Assistance in Dying (MAiD)» *The Canadian Journal of Hospital Pharmacy*, 2019, 72(1), 16-26.
- Gavaza, P., & Pinder, J. «Psychosocial factors associated with pharmacists' end-of-life medication counseling and dispensing» *Journal of the American Pharmacist Association*, 2021, 61(3), 308-315.
- Hackett, E. A., & Francis, S.-A. «"Death was a blessing"-should it ever be pharmaceutically hastened? British pharmacists' views» *Pharmacy World and Science*, 2003, 25(6), 288-293.
- Hanlon, T. R., Weiss, M. C., & Ress, J. «British community pharmacists' views of physician-assisted suicide (PAS)». *Journal of Medical Ethics*, 2000, 26(5), 363-369.

⁴⁴ Ibid., 6.

⁴⁵ Sgreccia op. cit. 161.

- Isaac, S., McLachlan, A., & Chaar, B. «Australian pharmacists' perspectives on physician-assisted suicide (PAS): thematic analysis of semistructured interviews» 2019, *BMJ Open*, 9 (10), 1-9.
- Lau, H., Riezebos, J., Abas, V., AJ, P., & DeBoer, A. «A nation-wide study on the practice of euthanasia and physician-assisted suicide in community and hospital pharmacies in the Netherlands» *Pharmacy World and Science*, 2000, 22(1), 3-9.
- Rupp, M. T. «Physician-assisted suicide and the issues it raises for pharmacists» *American Journal of Health-System Pharmacy*, 1995, 52(13), 1455-1460; Bertil, K. W. «Pharmacist should not participate in abortion or assisted suicide» *Annals of Pharmacotherapy*, 1996, 30(10), 1192-1996.
- Rupp, M. T., Isenhower, H. L. «Pharmacists' attitudes toward physician-assisted suicide» *American Journal of Hospital Pharmacy*, 1994, 51(1), 69-74.
- Sanchez-Gundín, J., Lafarga-Lapieza, V., Barreda-Hernández, D., Mulet-Arberola, A., & Soler-Company, E. «La regulación de la eutanasia en España y el farmacéutico de hospital: estado de la cuestión» 2023, *Ofilaphar*, 33(2), 121-126.
- Schindel, T. J., Woods, P., Mey, A., King, M. A., Gray, M., & Navarrete, J. «Hospital Pharmacists' Experience with Medical Assistance in Dying: A Qualitative Study» *Canadian Journal of Hospitalary Pharmacy*, 2022, 75(4), 294-301.
- Sgreccia, E. (1996). Manual de bioética, Ed. Diana, México, 1996, 135-169.
- Woods, P., King, M. A., Mey, A., & Schindel, T. J. «"If I were to do this, how would I experience it?" Developing a theoretical framework for exploring pharmacists' practice in the domain of assisted dying» *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 2020, 17(4), 685-693.



¿PREPARADOS PARA MORIR A LOS 75?

READY TO DIE AT 75?

ÁLVARO SANZ RUBIALES¹ <https://orcid.org/0000-0003-0594-3844>

MARÍA LUISA DEL VALLE RIVERO² <https://orcid.org/0000-0001-9727-5788>

LUCÍA MATEO OTERO³ <https://orcid.org/0009-0008-4273-1967>

1. Hospital Universitario del Río Hortega. Valladolid.

2. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

3. Hospital Universitario del Río Hortega. Valladolid.

Correspondencia: Álvaro Sanz Rubiales. Hospital Universitario del Río Hortega. Calle Dulzaina 2. 47012 Valladolid. asrubiales@hotmail.com

RESUMEN:

Palabras clave:

Discapacidad,
Rechazo del
tratamiento, Edad

Recibido: 17/02/2024

Aceptado: 21/04/2025

El profesor Ezekiel J. Emanuel, un experto en cuestiones de bioética, ha manifestado su intención de rechazar los tratamientos que no sean meramente paliativos una vez que cumpla 75 años. Los argumentos con que lo justifica son que aumentar el tiempo de vida no supone un aumento paralelo de la calidad de vida, que las limitaciones de vivir a partir de esa edad suponen una carga también para la familia a la que, además, le queda como recuerdo una imagen más deteriorada de la persona y, por último, que definir un momento en que ya no se reciben más tratamientos es una manera de tener que afrontar con lucidez la cercanía de la muerte con lo que resulta más fácil reflexionar sobre el sentido de la vida. Esta decisión estoica, que nos quiere presentar como prudente y altruista, se puede entender también como una actitud utilitarista, ya que valora a la persona en función de sus capacidades, desproporcionada a la situación clínica, ya que no tiene en cuenta el pronóstico ni la adecuación de los posibles tratamientos, e individualista porque limita la valoración a la percepción subjetiva de cada uno. Aun así, las ideas que aparecen en el texto son sugerentes y justificarían que se puedan emplear como instrumento de debate en programas de docencia de bioética.

ABSTRACT:

Keywords:

Disability, Treatment
refusal, Age

Professor Ezekiel J. Emanuel, an expert on bioethics issues, has expressed his intention to refuse treatments that are not merely palliative once he turns 75. The arguments with which he try to justify it are that increasing the length of life does not imply a parallel increase in the quality of life, that the limitations of living from that age also represent a burden for the family who, in addition, are left with the memory of a more deteriorated image of the person and, finally, that defining a moment in which no more treatments are received may be a way to face with lucidity the proximity of death, making it easier to reflect on the meaning of life. This stoic decision, which is presented to us as prudent and altruistic, can also be understood as a utilitarian attitude, since it values the person based on their capabilities, disproportionate to the clinical situation, since it does not consider the prognosis or suitability of possible treatments, and individualistic because it limits the assessment to the subjective perception and anticipated estimate of each one. Even so, the ideas that appear in the text are suggestive and would justify its use as a debate instrument in bioethics teaching programs.

1. Introducción

“La sociedad y las familias –y usted mismo– estarán mejor si la naturaleza sigue su curso sin demoras y con rapidez” (*society and families—and you—will be better off if nature takes its course swiftly and promptly*)¹. Este es el subtítulo del ensayo que publicó Ezekiel J. Emanuel hace ya más de diez años para explicar que el objetivo vital que él mismo se había planteado era morir una vez que hubiera alcanzado los 75 años. Hasta el punto de que su intención era –y sigue siendo– rechazar cualquier tratamiento preventivo o curativo cuando, dentro ya de pocos años, alcance esa edad.

Aunque esta idea puede parecer sorprendente, al profesor Emanuel no se le debería tomar a priori como alguien extravagante, raro o excéntrico. No se trata de un friqui; al contrario, es médico (oncólogo) y, desde su posición como profesor en la Universidad de Pennsylvania, es una de las referencias mundiales en cuestiones de bioética y de política sanitaria. De hecho, son docenas las publicaciones suyas sobre estos temas que se pueden encontrar en las revistas médicas de mayor impacto – como *The New England Journal of Medicine*, *The Lancet* o *JAMA*, entre otras– en las últimas décadas.

Lo que Emanuel propone –lo que se propone a sí mismo– no es solicitar la eutanasia. Cuando explica su plan de rechazar tratamientos cuando cumpla los 75 años deja clara su oposición a la eutanasia y al suicidio asistido y explica los motivos³. Su objetivo tampoco es adelantar el fallecimiento rechazando voluntariamente nutrición e hidratación⁴. No se trata de inducir la muerte ni de provocarla. Sencillamente, a partir de una edad se opta por no prevenir ni tratar los problemas de salud que pudieran llevar a un fallecimiento⁵.

Emanuel presenta también lo que él entiende como el punto de referencia opuesto a su modo de pensar en lo que define como el “americano inmortal”, un término que pretende representar el paradigma de ciudadano del mundo occidental, obsesionado con el ejercicio físico y también mental (sudokus, crucigramas), que se esfuerza por observar una dieta estricta con zumos naturales y suplementos vitamínicos y proteicos para conseguir mantener la salud y alargar su vida. Este “americano inmortal” sería fácil de seducir por el sueño o la fantasía transhumanista de la medicina regenerativa, los trasplantes, los implantes y las prótesis funcionales y no desdeñaría convertirse en un cibernético con tal de esquivar la muerte y prolongar la vida todo lo posible⁶.

A pesar de que tanto en 2014⁷ como en 2023⁸ Emanuel se muestra firme en su propósito, tiene la prudencia de no asegurar cuál será finalmente su decisión cuando, en 2032, llegue a los 75 años. Aunque recuerda que *las excepciones son excepcionales*, deja abierta la posibilidad de que llegado el momento su actitud dependa de cómo se encuentre a los 75 y de la posibilidad de que llegue a esa edad límite en esa situación de salud inesperadamente buena de la que disfrutaban los pocos que se salen de la norma⁹. Da la impresión de que es consciente de que las actitudes pueden cambiar y que es posible que, al ver los problemas de cerca, también su escala de valores se adapte a las circunstancias¹⁰.

2. ¿Por qué abandonarse a los 75?

Más allá de la perplejidad inicial, es importante intentar profundizar en qué ha podido llevar a alguien que manifiesta inquietudes no solo por su bienestar sino por el de toda la sociedad a manifestar una actitud y así, de alguna manera, a plantearla como una referencia.

1 Emanuel, E.J. [Publicación en línea] «Why I Hope to Die at 75». The Atlantic. Octubre 2014. <<https://www.theatlantic.com/magazine/archive/2014/10/why-i-hope-to-die-at-75/379329/>> [Consulta: 20/01/2024].

2 Rumbelow, H. [Publicación en línea] «The oncologist who will refuse all medical treatment after 75 (even for cancer)». The Times. 10-01-2023. <<https://www.thetimes.co.uk/article/zeke-emanuel-why-i-want-to-die-at-75-death-5fwmr99h5>> [Consulta: 20/01/2024].

3 Emanuel, *op.cit.*

4 Requena Meana, P., Andrade dos Santos, A.P. «Adelantar la muerte dejando de comer y beber ¿Un nuevo tipo de “suicidio asistido”?». *Cuadernos de Bioética*. 2018; 29(97): 257-268.

5 Stempsey, W.E. «A new stoic: the wise patient». *The Journal of Medicine and Philosophy*. 2004; 29(4): 451-472

6 Emanuel, *op.cit.*

7 *Ibíd.*

8 Rumbelow, *op.cit.*

9 *Ibíd.*

10 Weeks, J.C., Cook, E.F., O'Day, S.J., et al. «Relationship between cancer patients' predictions of prognosis and their treatment preferences». *Journal of the American Medical Association*. 1998; 279(21): 1709-1714.

Los argumentos que aporta Emanuel son interesantes, sugerentes e incluso provocadores.

- No parece que se ha cumplido la expectativa, que sugería Fries en 1980¹¹, de prolongar la supervivencia y “comprimir” la duración de la morbilidad de modo que se pueda vivir más y que el deterioro se limite a la etapa final. Al contrario, la mayor longevidad se ha acompañado no de una disminución sino de un aumento de la discapacidad. Se vive más, sí, pero –salvo excepciones– con la edad se reducen las capacidades físicas y mentales y con ellas también las ambiciones y las expectativas. Adaptarse, “acomodarse”, a este deterioro se puede entender como una actitud de derrota y un modo de negar la realidad de la pérdida de funciones.
- Con los años pasamos a ser una carga emocional, financiera y de cuidados que puede ahogar a la familia, especialmente a los hijos. Y cuanto más longevos son los padres, mayor es también la edad de los hijos que asumen sus cuidados. Además, la imagen y el recuerdo que les dejamos cuando nos han tenido que ver en el declive de la vida es mucho más desagradable.
- Asumir que el final de la vida se encuentra a los 75 años (o a partir de esta edad) obliga a tener que darse cuenta de que esta vida va a tener un fin que hay que afrontar. Cuando a la muerte se le quitan las barreras es más fácil verse en la tesitura de buscar cuál es el sentido de la vida. Definir una fecha para *abandonarse* facilitaría una visión si no espiritual sí, al menos, trascendente de la vida e incluso de la existencia de dios y de sus consecuencias en nuestra vida. Y ayudaría a superar ese indiferentismo práctico ante las cuestiones que importan, tan propio de nuestra sociedad y de nuestro tiempo, que Emanuel describe como *agnosticismo*.

Estas ideas fundamentales se resumen en un tuit de Emanuel en la red social X: “La muerte es una pérdida, pero vivir demasiado también lo es. A la mayoría nos debilita y nos hace incapaces de ayudar a la sociedad. Se nos deja de recordar como personas vibrantes y comprometidas para hacerlo como débiles e ineficaces” (*Death is a loss but living too long is also a loss. It leaves most of us debilitated and unable to contribute to society. We are no longer remembered as being vibrant and engaged, but instead as feeble and ineffectual*). En resumen: vivir “demasiado” no es bueno porque nos aleja de nuestra imagen ideal ya que nos convierte en seres débiles e *ineficaces* (es decir, a la vez, torpes e improductivos), con lo que pasamos de ser una ayuda a ser dependientes, y hace que dejemos un *mal recuerdo*.

3. Rechazo de los tratamientos

Lo que Emanuel (se) propone es un rechazo de los tratamientos, pero planificado en el tiempo de modo que se active no en función de una situación clínica sino de una edad concreta: “hasta esta fecha sí, a partir de entonces ya no”. Una vez superada esa fecha solo distingue entre las medidas sintomáticas paliativas (que son las que aceptaría) y las que no lo son. Decide, por tanto, de manera anticipada que ni siquiera se interesará en considerar la intensidad, los riesgos y la expectativa de beneficio de las posibles opciones terapéuticas –preventivas, curativas o “cronificadoras”– para ver si en su caso pudieran ser proporcionadas o desproporcionadas, ordinarias o extraordinarias. De hecho, manifiesta, por tanto, el mismo rechazo ante medidas preventivas que solo serían eficaces a medio o largo plazo, como una colonoscopia o una determinación de PSA, como ante otras de eficacia más inmediata, como la vacuna de la gripe. Por supuesto, se opone a recibir tratamiento en caso de padecer cáncer, patología cardíaca (descarta expresamente pruebas de esfuerzo, marcapasos, desfibrilador implantable, recambio valvular o baipás coronario) o una enfermedad pulmonar (en caso de agudización, solo aceptaría medidas sintomáticas que no supusieran ingreso). Y excluye el uso de ventiladores, diálisis y cualquier tipo cirugía, todo ello con orden expresa de no

11 Fries, J.F. «Aging, natural death, and the compression of morbidity». *The New England Journal of Medicine*. 1980; 303: 130-135.

recibir reanimación cardiopulmonar. Además, de manera muy concreta, rechaza también que se le administren antibióticos¹². Como reconoce el propio Emanuel, su familia le insiste para que se replantee esta actitud y que, al menos, acepte... vacunarse de la gripe¹³.

No hace referencia a si va a permitir que, llegado el momento, se le realicen estudios diagnósticos sencillos como una radiografía, una ecografía, una TAC o un análisis u otros más invasivos como una endoscopia y/o que se le practique una biopsia para confirmar o descartar un cáncer. Se puede presumir que los rechazaría, pero de este modo se perderían la información que aporta un diagnóstico y que, más allá de sugerir un tratamiento, ayuda a hacer una estimación tanto del pronóstico como de los posibles síntomas que podrían ir apareciendo y que se podrían no solo paliar sino, en ocasiones, incluso también prevenir con medidas poco agresivas.

Esto supone que Emanuel ha decidido, una vez alcanzados los 75 años, asumir únicamente una medicina casi *pretecnológica* con las capacidades terapéuticas de hace más de un siglo, a la espera de ese “final natural del anciano” que es como William Osler describía en el siglo XIX la neumonía. Una visión del final de la vida que recuerda el mito de los esquimales que, cuando les llegaba ese declive en las funciones que los llevaría a no valerse por sí mismos, se adentraban en la nieve o se los dejaba a la deriva sobre un iceberg donde acababan muriendo en silencio evitando ser una carga para su grupo. Pero en el caso de Emanuel este “dejarse ir en el iceberg” resulta algo planificado en el tiempo, previsto casi a *fecha fija*, en fusión de la edad y no de la situación funcional ni de las enfermedades que se pudieran padecer.

No se puede llamar suicidio, ni eutanasia, ni suicidio asistido a lo que no lo es. Lo que Emanuel propone se trata de una manifestación sobredimensionada de autonomía que lleva a decidir, más que la fecha de la muerte, la fecha en que de *estoicamente* se deja de luchar por la vida. Pero una actitud pasiva, de rechazo y evitación supone también una incertidumbre: ¿cuánto va a tardar

en llegar ese problema clínico severo –agudo, subagudo o crónico– que sea letal?, ¿se tratará finalmente de esa neumonía de evolución rápida?, ¿se manifestará como un problema agudo no infeccioso como un infarto o un ictus o un traumatismo?, ¿o serán las secuelas del infarto o del ictus o del traumatismo?, ¿o un cáncer que pueda tardar incluso años en dar metástasis?, ¿o tal vez una demencia, que es la enfermedad más temida por Emanuel (porque afecta no solo a las capacidades intelectuales sino a la propia imagen)¹⁴? Al decidir una fecha de *abandono* no se decide la fecha en que la persona deja de deteriorarse y de sufrir ni tampoco la fecha de la muerte, de modo que solo se concreta en qué momento se van a dejar de poner los medios que podrían combatir, evitar, retrasar o minimizar este deterioro.

Adaptar la actitud asistencial es una buena práctica que se lleva a cabo de manera progresiva y se adecua a las condiciones y las perspectivas del paciente. Es difícil de entender que se pueda plantear y defender como prefijado y brusco (“a fecha fija”), decidido al margen de estas circunstancias. Es como si el autor hubiera decidido que a partir de los 75 años se va a considerar a sí mismo como un enfermo terminal en situación de últimos días o, al menos, quiere ser tratado a efectos prácticos como tal. Y ha manifestado de manera anticipada su voluntad de rechazar tratamientos a partir de ese momento, sin que esta decisión dependa de cuál sea su estado de salud. A partir de esa edad solo va a aceptar una actitud minimalista y de cuidados porque todo lo demás, es decir, aquello que pudiera entenderse como dirigido a prolongar la vida, lo asume como desproporcionado y fútil. Pero en su caso el criterio de desproporción y futilidad es que pudiera llevarle a ser una carga para los demás y/o a tener que vivir su propio desgaste o deterioro.

Este proceso de razonamiento que ha seguido Emanuel tiene ciertas semejanzas con el que se exige en el anciano para poder hablar de “suicidio racional”¹⁵. Este “suicidio racional” se caracteriza por una situación de desesperanza/desesperación debida al deterioro de

¹² Emanuel, *op.cit.*

¹³ Rumbelow, *op.cit.*

¹⁴ Ibid.

¹⁵ Richards, N. «Old age rational suicide». *Sociology Compass*. 2017; 11: e12456.

las funciones, por una decisión aparentemente libre como consecuencia de un proceso de consulta a especialistas y de valoración de alternativas, todo ello en un escenario de coherencia con los propios valores y teniendo en cuenta el impacto en terceros... La actitud de *autoexcluirse* por parte de Emanuel, a pesar de la desproporción con las circunstancias, intenta mantener cierta coherencia y transparencia para que no parezca un arrebato repentino, ni una postura desesperada o carente de fundamento.

4. Utilitarismo, altruismo e individualismo

Una decisión como la de Emanuel es la respuesta a una cuestión fundamental sobre la vida, la edad y las capacidades: “¿me compensa o no me compensa?”. Es decir, una pregunta de perfil individualista y utilitarista que hay que afrontar de acuerdo con los propios valores y expectativas. Y este dilema, este “ser o no ser”, es algo muy particular en que cada uno ejerce su autonomía para darle una respuesta.

En nuestro medio, las personas de 65 años o más registran cerca del 50% de los ingresos hospitalarios, lo que supone una probabilidad de ingreso al menos dos o cuatro veces mayor que en el resto de la población¹⁶, sin olvidar que se describe que hasta una de cada cuatro o cinco hospitalizaciones corresponde a enfermos en su último año de vida¹⁷ (un dato más evidente en personas de más edad). La edad influye tanto en la morbilidad como en la gravedad de los procesos y en la probabilidad de recuperación y, por tanto, también en el coste y la eficiencia de la atención sanitaria. Se podría decir que la edad aumenta el gasto, pero el impacto de este gasto está limitado por la propia edad de los pacientes... Así que la tentación de definir una edad límite como criterio de selección en algunas decisiones clínicas no es algo nuevo. En la crisis provocada por la pandemia COVID-19 se sugirió que la edad se entendiera como

criterio rígido y dicotómico en la asignación de recursos sanitarios. Desde esta perspectiva de puro edadismo se valoró que los pacientes de más de 80 años no deberían ingresar en UCI ya que se estimaba que no se iban a beneficiar y, a la vez, iban a ocupar una cama durante un tiempo —a veces muy prolongado— que podría bloquear la atención de otros enfermos que sí que pudieran aprovechar esta atención¹⁸. E incluso se sugirió que el sistema sanitario aceptara consumir recursos para favorecer la recuperación de la salud hasta una edad límite en que se supone que ya se ha vivido una vida suficiente (que pudiera estar en unos 70 años) de modo que a partir de ahí el sistema ya no consideraría una obligación ayudar a recuperar al paciente¹⁹.

Aunque el incremento en la edad de la población en sí no se traduce automáticamente en un aumento desproporcionado en el gasto sanitario, el impacto económico crece sensiblemente cuando al envejecimiento se le une la necesidad de intensificar las prestaciones sanitarias y asistenciales²⁰. Por este motivo, la planificación y la adecuación de la asistencia en las personas mayores es, desde hace tiempo, una *asignatura pendiente* del sistema sanitario. En 1987 se publicaba “*Setting limits: Medical goals in an aging society*”²¹, un libro que se reeditó en los años noventa añadiendo una respuesta a las críticas iniciales²² y que planteaba cuestiones que siguen vigentes en la propuesta de Emanuel: la asignación de los recursos, la atención y los cuidados adecuados en los ancianos, la posibilidad de limitar estos recursos o estos tratamientos en función de criterios como la edad, la reciprocidad y el compromiso entre las personas en diferentes edades, etc. Ya avanzaba la idea de William Osler, que no era nueva y que luego retomará Emanuel,

18 Sanz Rubiales, A., del Valle Rivero, M.L., Flores Pérez, L.A. «Cuestiones bioéticas de la pandemia COVID-19 en España. Revisión sistemática». *Cuadernos de Bioética*. 2024; 35(113): 125-141.

19 Rueda, J. «Ageism in the COVID-19 pandemic: age-based discrimination in triage decisions and beyond». *History and Philosophy of the Life Sciences*. 2021; 43(3): 91.

20 Fundació Víctor Grífols i Lucas. *Los fines de la Medicina*. Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas. N° 11, 2ª edición, Fundació Víctor Grífols i Lucas, Barcelona, 2007.

21 Callahan, D. *Setting limits: Medical goals in an aging society*, New York, Simon and Shuster, 1987.

22 Callahan, D. *Setting limits: Medical goals in an aging society with “A response to my critics”*, Washington, Georgetown University Press, 1995.

16 Instituto Nacional de Estadística. [Publicación en línea] «Encuesta de morbilidad hospitalaria. Año 2022». The Atlantic. Octubre 2014. <<https://www.ine.es/dynngs/Prensa/EMH2022>>. [Consulta: 10/03/2025].

17 Ministerio de Sanidad y Consumo. *Estrategia Nacional de Cuidados Paliativos*, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 2007.

de que, en determinadas circunstancias, “se debería permitir que la neumonía fuera, de nuevo, “ese viejo amigo del hombre” (*Pneumonia should be allowed to become, once again, “the old man’s friend”*). En este libro se habría a debate la posibilidad de limitar la tecnología dirigida a prolongar (artificialmente) la vida una vez alcanzada una edad en torno a los 80 años en pacientes frágiles, aunque se le siguiera dando más peso a la capacidad física y funcional que a la edad cronológica. Si entonces no era fácil dar una respuesta a estas cuestiones, pasado el tiempo seguimos en una situación parecida: las técnicas son más avanzadas y complejas (y, de ordinario, más caras) pero los problemas son los mismos y los fundamentos argumentales similares. En conjunto, es fácil reconocer que la edad es un factor que influye en la tolerancia y la eficacia de cualquier medida terapéutica o preventiva²³. Sin embargo, nunca se debería asumir la edad como un factor único que decida quién debe ser atendido y cómo²⁴.

Por otra parte, Emanuel opta por una actitud ante la muerte no solo estoica sino también “ecológica” ya que, a partir de cierta edad, opta por dejar que la naturaleza siga su curso, sin ayudarla y sin oponerse a ella. El motivo es que considera que no le va a resultar rentable luchar o esforzarse por vivir más. La decisión de abandonarse a los 75 años que (se) propone es una manifestación de *utilitarismo personal* –que responde a la cuestión de si *me compensa o no*– con una imagen de *utilitarismo altruista* ya que libera a los familiares cercanos de tener que verlo envejecer y de tener que desgastarse en los cuidados. Y, en esta línea, parece que aspira incluso a un perfil de *utilitarismo social* ya que parece que en la toma de decisiones también parece tener en cuenta en qué momento pasa a consumir más de lo que contribuye²⁵, aunque sin aclarar a quién o a quiénes afectaría esa contribución y ese consumo: ¿a la familia, a la sociedad, al medioambiente...?

5. Miedo a la vulnerabilidad

El problema sobre cómo se debería afrontar el futuro no está en cómo vamos a menos con los años. El problema real es que cuando alguien se ha hecho una imagen de sí mismo, de lo que considera adecuado, de lo que le haría disfrutar y de cómo quiere verse y cómo quiere ser visto por los demás y la realidad no cumple unos mínimos predeterminados es demasiado fácil concluir que “no me compensa”. Con otras palabras: el impacto de la vulnerabilidad no depende tanto de las limitaciones objetivas como de qué manera se afronten. Es comprensible que haya personas que no sean capaces de asumirlas y de integrarlas en su vida. Pero son muy comunes los casos que se caracterizan no tanto por aceptar como por adaptarse a la nueva situación²⁶ gracias a un cambio de prioridades que sucede de una manera natural²⁷. De hecho, Emanuel reconoce que su padre, a pesar de las limitaciones que sufrió tras padecer un infarto, decía que era “feliz”. Lo acepta... pero evita entrar a considerar esa “paradoja de la discapacidad” (*disability paradox*)²⁸ que sucede en la vida de tantas personas y que expresa la posibilidad de adaptarse y de ser feliz también con limitaciones. Parece que él, a pesar de la experiencia de su padre y de una perspectiva que parece serena, se autoexcluye formalmente de esta alternativa y descarta la mera posibilidad de asumir y vivir el deterioro natural porque profetiza que le será imposible vivenciarlo de manera positiva.

Ich klage an es una película que se filmó en la Alemania de 1941, bajo el nazismo. Cuando la protagonista, joven y con toda la vida por delante, es diagnosticada de una enfermedad neurológica degenerativa e incurable lo que le dice a su marido –médico– es que quiere seguir siendo hasta el final la mujer que él conoce, sin tener que convertirse en alguien que se haya quedado “sorda,

23 Herreros, B., Gella, P., Real de Asua, D. «Triage during the COVID-19 epidemic in Spain: better and worse ethical arguments». *Journal of Medical Ethics*. 2020; 46(7): 455-458.

24 Faggioni M.P., González-Melado F.J., Di Pietro M.L. «National Health System cuts and triage decisions during the COVID-19 pandemic in Italy and Spain: ethical implications». *Journal of Medical Ethics*. 2021; 47: 300-307.

25 Rumbelow, *op.cit.*

26 Pence, G.E. «Should I want to live to 100?». *Bioethics*. 2019; 33(7): 820-826

27 Miró López, S., de la Calle Maldonado, C. «Dos formas de entender la vulnerabilidad: transhumanismo de Bostrom y antropología centrada en la persona». *Cuadernos de Bioética*. 2021; 32(105): 149-158.

28 Albrecht G.L., Devlieger P.J. «The disability paradox: High quality of life against all odds». *Social Science & Medicine*. 1999; 48(8): 977-988.

ciega” o que haya perdido las capacidades mentales²⁹. Y llegado el momento de mayor deterioro es su propio marido quien le practica la eutanasia. Esta película se diseñó como un instrumento emotivo que ayudara a justificar o a facilitar la aceptación social del programa T-4 de exterminio de personas con discapacidades físicas o mentales o enfermedades hereditarias. Llama la atención cómo pasados más de 80 años la discapacidad y la imagen le sigan valiendo a alguien como Emanuel, que no es partidario de la eutanasia, como argumento para justificar que pudiera haber vidas –también la suya– que a partir de cierta edad ya no compensarían y en las que estaría justificado tomar medidas –en este caso, por omisión– para evitar que se prolonguen antes de que vayan a peor.

La mayor parte de las críticas que ha recibido la postura de Emanuel, tanto en la literatura científica como en artículos de prensa^{30,31}, se basan en la evidencia de que es posible (y esperable) disfrutar más allá de los 75 años, incluso con limitaciones³², y en que una vida con estas limitaciones sigue teniendo valor. Aunque esto, para Emanuel, sería poco más que una felicidad acomodaticia³³, ya que puede ser de los que piensan que la muerte llega cunado en la vida ya no hay nada que esperar³⁴... Sin embargo, ni estos argumentos ni los de su propia familia le resultan útiles para romper una subjetividad impermeable y entender que en su caso pudieran ser suficientes para *aceptar seguir viviendo*³⁵.

Por otra parte, para Emanuel es fundamental también la memoria, el recuerdo que se pueda dejar: “Nos gustaría que nuestros hijos nos recordaran en nuestro mejor momento: activos, fuertes, comprometidos, animosos, listos, entusiastas, divertidos, cálidos, cariñosos... No encorvados y lentos, desmemoriados y reiterativos, preguntando cada poco *¿qué ha dicho?* Queremos que se nos recuerde como personas independientes y no como alguien a quien hay que soportar como una carga”³⁶. No es de extrañar, por tanto, que la enfermedad que más rechazo le genere sea la demencia³⁷. Es duro que un familiar con demencia no te reconozca, pero para Emanuel resulta más duro que alguien cercano pudiera, con el tiempo, no reconocer en él a la persona activa, entretenida, aguda, eficaz... que fue hace unos años. Puede resultar paradójico que alguien que, con buena lógica, critica el *mito* del “americano inmortal” genere, sin embargo, otro *mito* no menos criticable: el del “recuerdo ideal”. Solo admite que se le recuerde como alguien fuerte, autónomo, vibrante, comprometido... Un mito que entiende que una vida plena supone dejar una memoria inmaculada no solo en los logros a lo largo de la vida, sino en la imagen y la capacidad física y mental en los últimos años. Dejar una memoria de vulnerabilidad sería casi como una ofensa a las siguientes generaciones que solo considerarían válido y digno de recuerdo y ejemplo (no explica por qué) una imagen *mítica* de perfección física y mental constante a lo largo de la vida y mantenida también en los últimos años.

Da la impresión de que, más allá de una actitud estoica, el problema es que la expectativa existencial que nos sugiere Emanuel está demasiado idealizada. De modo que a partir de los 75 años solo estaría dispuesto a apostar a “todo o nada”, es decir, a vivir con todas las capacidades físicas y mentales o a dejar de luchar para seguir viviendo, porque cualquier pérdida respecto a su situación basal ideal sería intolerable. Con buen criterio se ha sugerido que esta actitud está marcada por lo que se ha llamado el “sesgo de la madurez” (*midlife bias*)³⁸

29 Vermaat, J.A. «Euthanasia’ in the Third Reich: lessons for today?». *Ethics & Medicine*. 2002 Spring; 18(1): 21-32.

30 Armstrong, A. [Publicación en línea] «Unlike Ezekiel Emanuel, I Hope Not to Die at 75». *The Objective Standard*, 21-09-2014. <<https://theobjectivestandard.com/2014/09/unlike-ezekiel-emanuel-hope-die-75/>> [Consulta: 30/09/2024].

31 Iltzik, M. [Publicación en línea] «Why Ezekiel Emanuel is wrong to ‘hope’ for death at 75». *Los Angeles Times*. 16-10-2014. <<https://www.latimes.com/business/hiltzik/la-fi-mh-why-zeke-emanuel-is-wrong-20141015-column.html>> [Consulta: 24/10/2024].

32 Wareham, C.S. «Between hoping to die and longing to live longer». *History and Philosophy of the Life Sciences*. 2021; 43, 40

33 Robson, D. [Publicación en línea] «Why I want to die at 75». *BBC Future*. 21-10-2014. <<https://www.bbc.com/future/article/20141021-why-i-want-to-die-at-75>> [Consulta: 24/01/2024].

34 Zivot, J. [Publicación en línea] «Would you refuse all medical interventions after age 75? A closer look at the mathematics of aging». *MedPage Today*. 07-03-2023. <<https://www.medpagetoday.com/opinion/unchartedterritory/103426>> [Consulta: 24/10/2024].

35 Faria, M.A. «Bioethics and why I hope to live beyond age 75 attaining wisdom!: A rebuttal to Dr. Ezekiel Emanuel’s 75 age limit». *Surgical Neurology International*. 2015; 6: 35.

36 Emanuel, *op.cit.*

37 Rumbelow, *op.cit.*

38 Jecker, N.S. *Ending midlife bias: new values for old age*, Oxford University Press, Oxford, 2020.

que hace que se tomen como referencia los valores y los criterios de la madurez, de la edad media de la vida, a la hora de hacer cualquier tipo de estimación referida a otras edades. Este sesgo lleva a que el criterio de lo que considero que voy a valorar, a querer y a decidir más adelante –también alcanzados esos 75 años– venga determinado por la experiencia, la perspectiva y las expectativas del que ha alcanzado la madurez física y mental³⁹ y no de la persona que ha alcanzado la ancianidad y con ella no solo “la sabiduría de los años” sino la vivencia de tener que adaptarse a las circunstancias y a las limitaciones.

6. El valor de cuidar y de ser cuidado.

No son deseables ni una *gerontocracia* ni una *gerontolatría*. Igual que el papel de los ancianos no debería ser tanto dirigir sino orientar desde la experiencia, tampoco deberían esperar que la sociedad se inclinase de manera sumisa a su paso aguardando a oír de ellos palabras de sabiduría. Pero tampoco tendría sentido considerar –desde el individualismo y el utilitarismo– que la atención de las personas mayores agota la energía y la paciencia del que cuida y reduce la dignidad del que recibe los cuidados⁴⁰. Este aparente desprecio o, al menos, infravaloración de la vulnerabilidad y del cuidado es el resultado de un sesgo cognitivo que tan solo tiene en cuenta el esfuerzo y el desgaste que supone atender al que padece limitaciones. De esta manera se deja al margen el valor –la dignidad– de la persona, también de la persona deteriorada, dependiente o demenciada, y el valor del cuidado no solo para el que lo recibe sino también para el cuidador. Se podría afirmar que la crisis de valor de los cuidados es doble: por una parte, la sociedad los puede menospreciar en un escenario de sanidad tecnológica y eficiente, pero, por otra, es posible que sea el propio individuo que recibe estos cuidados –como parece que es el caso de Emanuel– el que se sienta (o el prevé que se va a sentir) menos persona, menos sujeto de dignidad esencial e inalienable.

En la distopía que describe Aldous Huxley en “Un mundo feliz” (*Brave new world*) a las personas no se las deja envejecer: no hay sitio para los que van perdiendo facultades. Cuando en torno a los 60 ya no se puede seguir luchando por evitar que “se les note la edad” se les remite a hospitales donde se les distrae para que mueran sin sufrimientos⁴¹. En un *mundo feliz* la parte material, sujeta al desgaste, al paso de los años y al deterioro, se considera inferior: el valor del individuo dependería solo de sus capacidades intelectuales, de sus habilidades, de su buena imagen. Lo material, acercarse al cuerpo, a la limitación, al cuidado estaría por debajo de lo que cabría esperar de un miembro de la sociedad “vibrante y comprometido”. Despreciar el cuidado se puede entender incluso como una especie de *neognosticismo*: subjetivista, elitista; ajeno a lo material y, con ello, a las imperfecciones, a los defectos, a la debilidad y al deterioro del cuerpo, que aumentan con la edad...

Incluso en esta actitud se puede intuir un cierto “sesgo de la madurez”. Verse en la plenitud de la vida, lleno de capacidades y de fama –como es el caso de un autor de referencia como Emanuel– hace que se desprecien las demás situaciones que pueden darse en la vida en que los estándares se prevén inferiores. Y que se desprecie también la posibilidad de *tener que ser* atendido, de que la propia vulnerabilidad se haga evidente en esos cuidados que pueden llegar a ser necesarios. Este cuidado no se ve como un valor propio de la relación de ayuda entre seres humanos sino como una evidencia y una consecuencia de esa pérdida de imagen que tanto rechazo le genera.

7. ¿Un ejemplo a seguir?

Las premisas iniciales que propone Emanuel son reales. Vivir más no quiere decir que todo lo que se añade en tiempo se gane también en calidad de vida. En el mundo occidental se estima que una persona que llega a los 65 años tiene por delante, de promedio, otros veinte. Y es en la segunda mitad de estos veinte donde se harán

39 Wareham, *op.cit.*

40 Barón, F., Sanz, A. «Cuidar y asistir: ¿hijos de un dios menor?». *Cuadernos de Bioética*. 2021; 32(106): 321-327.

41 Linett, M. «“No country for old men”: Huxley’s *Brave New World* and the value of old age». *Journal of Medical Humanities*. 2019; 40: 395-415.

más evidentes el deterioro y los procesos crónicos. Así que se podría decir que sería (en torno) a los 75 años cuando se empezaría a sufrir, a pasarlo mal⁴². Se podría decir que, como resultado del aumento de la expectativa de vida, serán muchos los ciudadanos que podrán alcanzar edades (muy) avanzadas, pero con unas condiciones vitales limitadas⁴³. *Abandonarse* a los 75 años sería la alternativa a tener que vivir cómo uno se va viendo vencido por esa limitación lenta y progresiva de la actividad y de las expectativas que impone el hacerse mayor. Y también una manera de no ser una carga para la familia (cuanto mayor es la edad de quien precisa cuidados, mayor es también la edad del familiar que lo cuida) y de que esta familia conserve una imagen de su padre, de su abuelo, como alguien inteligente, autónomo, dinámico... Igualmente, la conciencia de superar una “fecha tope” podría ser un aviso que ayude a que la etapa final de la vida se entienda desde otra perspectiva y se viva con mayor trascendencia.

Y también tiene mucho de realidad el paradigma del “americano inmortal” (que nosotros podríamos trasladar al “europeo inmortal” o, en general, el “occidental inmortal”), aunque no sea algo universal y se pueda prestar a más de una interpretación⁴⁴. En nuestro medio una persona de más de 70 años se percibe a sí misma como con unos diez años menos⁴⁵. Así que no es solo que nos sintamos jóvenes, sino que, además, no asumimos que habrá que dejar de serlo. No vivimos con conciencia de contingencia, de limitación: hizo falta una pandemia para que la sociedad volviera a tener percepción, durante un tiempo, de su propia debilidad⁴⁶ y, aun así, lo olvidamos pronto. En nuestra época ni el individuo piensa en la muerte ni la sociedad habla de la muerte: el individuo la niega, la sociedad la oculta y la medicina

la combate con todos los medios y hasta el último momento. Se ha perdido esa sana “ecología” de la muerte que permite entenderla y afrontarla como algo natural, propio de todo ser vivo.

Es en este escenario en el que hay que valorar la propuesta de Emanuel. Formalmente lo que hace es divulgar una determinación subjetiva, una elección personal que no debería tener más impacto fuera del interesado y que, por supuesto, sin intención de cambiar la política sanitaria. Sin embargo, es fácil sospechar que lo que pretende es generar una discusión dentro de la sociedad sobre una cuestión que es cada día más relevante en la medida en que la pirámide poblacional cambia. No se trata de un documento confidencial de voluntades anticipadas que ha decidido confiar a su familia con la etiqueta de “solo abrir cuando cumpla los 75 años”. Al contrario, esta idea no se trata como algo meramente privado, sino que se presenta no ya como una publicación científica dirigida de manera específica a profesionales de la salud o de la bioética, sino en un magacín online, *The Atlantic*, dirigido al público en general. De este modo ha optado por abrir un debate público en que presenta (y defiende) una postura radical con la sugerencia que aparece en el subtítulo: “la sociedad y las familias –y usted mismo– estarán mejor si la naturaleza sigue su curso sin demoras y con rapidez”⁴⁷.

Que Emanuel decida que a partir de los 75 años se *autodescarta*: para la vida, para la familia y para la sociedad, podría llevar a tomar este *autodescarte* como una referencia de lo “políticamente correcto” y de lo que debería ser el lema del buen ciudadano solidario^{48,49}: “a los 75 años déjalo ya, no fuerces”. Esta actitud recuerda el argumento de la película “Plan 75” que dibuja un futuro distópico pero cercano en que el gobierno japonés, ante el problema de tener que atender a una población envejecida (e improductiva), diseña un programa que facilita que los ancianos decidan libremente terminar con su vida, con un apoyo económico (mil dólares) para gastar antes de morir. De modo que la sociedad tendría menos cargas, más dinero y más juventud. Entender el

42 Rumbelow, *op.cit.*

43 Butler, R.N. *Why survive? Being old in America*. Johns Hopkins University Press, Baltimore, 2003.

44 Faria, M.A. «Longevity and compression of morbidity from a neuroscience perspective: Do we have a duty to die by a certain age?». *Surgical Neurology International*. 2015; 6: 49.

45 Vivaz. [Publicación en línea]. «Edad cronológica vs. edad real ¿qué edad creen que tienen los españoles?». 22-11-2021. <https://www.vivaz.com/doc/sala-prensa/Estudio_edad_cronologica_vs_edad_real.pdf> [Consulta: 10/03/2025].

46 Marcos, A. «Con COVID y sin COVID: la vulnerabilidad humana». *Cuadernos de Bioética*. 2020; 31(102): 139-49.

47 Emanuel, *op.cit.*

48 Stempsey, *op.cit.*

49 Pence, *op.cit.*

autodescarte como un valor social supondría una presión psicológica hacia los mayores que los podría llevar –para evitar daños a sus familiares, para mantener el sistema y el medio ambiente, para no gastar más de lo que aportan– a no exigir lo que en justicia les correspondería⁵⁰. Y deja abierta la puerta a que se genere una “obligación moral de morir” (“*a duty to die*”)⁵¹: “¿para qué vivir más allá de una edad funcional si ya no compensa y, además, nos hacemos gravosos a la familia y a la sociedad?”. En un escenario así, *vivir demasiado* sería una muestra de egoísmo, de valorarse en exceso, de no darse cuenta del propio deterioro. Aunque la actitud de descarte de Emanuel es pasiva (no toma medidas *activas* contra sí mismo), si se llegara a difundir en la sociedad, el paso a la distopía del “Plan 75” no estaría tan lejano. Si a alguien que asumiera que a partir de los 75 años ya “no le compensa”, a la vez, se le estimulara para que no tuviera que aguardar a que la naturaleza siguiera su curso, lo que pasaría es que se estaría abriendo una puerta a que el sistema asumiera la función de acelerar el fallecimiento para abreviar esta espera.

Desde otro punto de vista, lo que pudiera ser incluso una actitud casi profética por parte de Emanuel –por su capacidad de confrontar la negación del envejecimiento y la muerte, por recordar que es preciso asumirlas y buscarle un sentido a la vida– queda limitada no solo por la actitud utilitarista sino por la rigidez del planteamiento. Emanuel puede intentar presentarse como un *justo medio* entre posturas extremas como la eutanasia *social* (del “Plan 75”) y la ceguera de futuro del “americano inmortal”. Pero, de hecho, lo que ofrece es un nuevo curso de acción extremo, por lo menos en lo que se refiere a él mismo, que parece tender a minimizar tanto el valor de los cuidados como el de la propia vida que no cumple todas las expectativas y que es incapaz de adaptarse a las limitaciones que acompañan al cumplir años. Pero la propuesta extrema, radical, queda un poco disfrazada, suavizada en su apariencia, por la actitud de pasividad y por tratarse de una decisión meramente individual⁵². No hay que entender, por tanto, la propuesta de Ema-

nuel como el justo medio. El “*in medio virtus*” del que hablaban los clásicos se aleja tanto de la eutanasia y de la búsqueda de la inmortalidad como del abandonarse pasivamente a la muerte a fecha fija⁵³. Pero también se aleja de la actitud de Emanuel de omitir cualquier tipo de tratamiento que no sea meramente paliativo a fecha fija y con independencia de la situación clínica y de las posibles expectativas razonables que pudieran darse en ese momento.

Tal vez esta sobreactuación de Emanuel que nos confía su plan para cuando cumpla los 75 años no busque tanto que lo tomemos como una referencia a imitar –algo que no parece que haya sucedido, al menos, de momento– como desafiarnos. Y este desafío podría ser el de hacer que cada uno despierte del letargo y de la intrascendencia y descubra, ya desde ahora, cuál debería ser su propio “curso de acción”, es decir, cómo debería afrontar y vivir ese declive que es probable que cada cual tenga que asumir a partir de los 75 años. En esta línea, más allá de esa actitud utilitarista e individualista, el planteamiento y la originalidad de la decisión de Emanuel pueden ser útiles como material de reflexión y deliberación en la docencia de la bioética. La agudeza de los argumentos de una postura que rompe de manera provocativa con la manera tradicional de pensar, la crítica del mito contemporáneo de la inmortalidad o la sugerencia de abrir la posibilidad de pensar en cuál es el sentido vida ante la evidencia de la muerte, son un buen material para poder emplearlo en un debate que puede resultar no solo didáctico sino enriquecedor.

8. Conclusión

El profesor Emanuel nos manifiesta su intención de rechazar, una vez cumpla de los 75 años, todos los tratamientos que no sean meramente sintomáticos o paliativos. Los argumentos serían que aumentar el tiempo de vida no supone un aumento paralelo de la calidad de vida, que vivir a partir de esa edad no solo resultaría una carga para los familiares, sino que haría que se pudieran quedar con una imagen más deteriorada de la persona. Además, sería una manera de tener que afrontar con

50 Rueda, *op. cit.*

51 Faria, *op. cit.*

52 Pence, *op. cit.*

53 Miró, el al., *op. cit.*

lucidez la cercanía de la muerte y de tener que considerar sobre el sentido de la vida. Esta actitud que se nos presenta como prudente y altruista se puede entender también como una medida utilitarista, ya que identifica el valor de la persona con su funcionalidad, y también desproporcionada a la situación clínica, ya que se toma de una manera anticipada y con los valores propios de otro momento de la vida, sin conocer cuál será la realidad y sin tener en cuenta el pronóstico ni la adecuación de las posibles medidas que se pudieran adoptar. Además, se trata de una actitud individualista que se limita a tener en cuenta los propios intereses desde una percepción subjetiva. Aun así, la originalidad de las ideas justifica que el texto se pueda emplear como material de debate en programas de docencia de bioética.

Referencias

- Albrecht G.L., Devlieger P.J. «The disability paradox: High quality of life against all odds». *Social Science & Medicine*. 1999; 48(8): 977-988.
- Armstrong, A. [Publicación en línea] «Unlike Ezekiel Emanuel, I Hope Not to Die at 75». The Objective Standard, 21-09-2014. <<https://theobjectivestandard.com/2014/09/unlike-ezekiel-emanuel-hope-die-75/>> [Consulta: 30/09/2024].
- Barón, F., Sanz, A. «Cuidar y asistir: ¿hijos de un dios menor?». *Cuadernos de Bioética*. 2021; 32(106): 321-327.
- Butler, R.N. *Why survive? Being old in America*, Johns Hopkins University Press, Baltimore, 2003.
- Callahan, D. *Setting limits: Medical goals in an aging society*, New York, Simon and Shuster, 1987.
- Callahan, D. *Setting limits: Medical goals in an aging society with "A response to my critics"*, Washington, Georgetown University Press, 1995.
- Emanuel, E.J. [Publicación en línea] «Why I Hope to Die at 75». The Atlantic. Octubre 2014. <<https://www.theatlantic.com/magazine/archive/2014/10/why-i-hope-to-die-at-75/379329/>> [Consulta: 20/01/2024].
- Faggioni M.P., González-Melado F.J., Di Pietro M.L. «National Health System cuts and triage decisions during the COVID-19 pandemic in Italy and Spain: ethical implications». *Journal of Medical Ethics*. 2021; 47: 300-307.
- Faria, M.A. «Bioethics and why I hope to live beyond age 75 attaining wisdom!: A rebuttal to Dr. Ezekiel Emanuel's 75 age limit». *Surgical Neurology International*. 2015; 6: 35.
- Faria, M.A. «Longevity and compression of morbidity from a neuroscience perspective: Do we have a duty to die by a certain age?». *Surgical Neurology International*. 2015; 6: 49.
- Fries, J.F. «Aging, natural death, and the compression of morbidity». *The New England Journal of Medicine*. 1980; 303: 130-135.
- Fundació Víctor Grífols i Lucas. Los fines de la Medicina. Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas. Nº 11, 2ª edición, Fundació Víctor Grífols i Lucas, Barcelona, 2007.
- Herreros, B., Gella, P., Real de Asua, D. «Triage during the COVID-19 epidemic in Spain: better and worse ethical arguments». *Journal of Medical Ethics*. 2020; 46(7): 455-458.
- Iltzik, M. [Publicación en línea] «Why Ezekiel Emanuel is wrong to 'hope' for death at 75». Los Angeles Times. 16-10-2014. <<https://www.latimes.com/business/hiltzik/la-fi-mh-why-zeke-emanuel-is-wrong-20141015-column.html>> [Consulta: 24/10/2024].
- Instituto Nacional de Estadística. [Publicación en línea] «Encuesta de morbilidad hospitalaria. Año 2022». The Atlantic. Octubre 2014. <<https://www.ine.es/dyngs/Prensa/EMH2022>>. [Consulta: 10/03/2025].
- Jecker, N.S. *Ending midlife bias: new values for old age*, Oxford University Press, Oxford, 2020.
- Linett, M. «"No country for old men": Huxley's Brave New World and the value of old age». *Journal of Medical Humanities*. 2019; 40: 395-415.
- Marcos, A. «Con COVID y sin COVID: la vulnerabilidad humana». *Cuadernos de Bioética*. 2020; 31(102): 139-49.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. *Estrategia Nacional de Cuidados Paliativos*, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 2007.

- Miró López, S., de la Calle Maldonado, C. «Dos formas de entender la vulnerabilidad: transhumanismo de Bostrom y antropología centrada en la persona». *Cuadernos de Bioética*. 2021; 32(105): 149-158.
- Pence, G.E. «Should I want to live to 100?». *Bioethics*. 2019; 33(7): 820-826.
- Requena Meana, P., Andrade dos Santos, A.P. «Adelantar la muerte dejando de comer y beber ¿Un nuevo tipo de “suicidio asistido”?». *Cuadernos de Bioética*. 2018; 29(97): 257-268.
- Richards, N. «Old age rational suicide». *Sociology Compass*. 2017; 11: e12456.
- Robson, D. [Publicación en línea] «Why I want to die at 75». BBC Future. 21-10-2014. <<https://www.bbc.com/future/article/20141021-why-i-want-to-die-at-75>> [Consulta: 24/01/2024].
- Rueda, J. «Ageism in the COVID-19 pandemic: age-based discrimination in triage decisions and beyond». *History and Philosophy of the Life Sciences*. 2021; 43(3): 91.
- Rumbelow, H. [Publicación en línea] «The oncologist who will refuse all medical treatment after 75 (even for cancer)». The Times. 10-01-2023. <<https://www.thetimes.co.uk/article/zeke-emanuel-why-i-want-to-die-at-75-death-5fwmr99h5>> [Consulta: 20/01/2024].
- Sanz Rubiales, A., del Valle Rivero, M.L., Flores Pérez, L.A. «Cuestiones bioéticas de la pandemia COVID-19 en España. Revisión sistemática». *Cuadernos de Bioética*. 2024; 35 (113): 125-141.
- Stempsey, W.E. «A new stoic: the wise patient». *The Journal of Medicine and Philosophy*. 2004; 29(4): 451-472.
- Vivaz. [Publicación en línea] «Edad cronológica vs. edad real ¿qué edad creen que tienen los españoles?». 22-11-2021. <https://www.vivaz.com/doc/sala-prensa/Estudio_edad_cronologica_vs_edad_real.pdf> [Consulta: 10/03/2025].
- Vermaat, J.A. «Euthanasia’ in the Third Reich: lessons for today?». *Ethics & Medicine*. 2002 Spring; 18(1): 21-32.
- Wareham, C.S. «Between hoping to die and longing to live longer». *History and Philosophy of the Life Sciences*. 2021; 43, 40.
- Weeks, J.C., Cook, E.F., O’Day, S.J., et al. «Relationship between cancer patients’ predictions of prognosis and their treatment preferences». *Journal of the American Medical Association*. 1998; 279(21): 1709-1714.
- Zivot, J. [Publicación en línea] «Would you refuse all medical interventions after age 75? A closer look at the mathematics of aging». Medpage Today. 07-03-2023. <<https://www.medpagetoday.com/opinion/unchartedterritory/103426>> [Consulta: 24/10/2024].

COLABORACIONES



INTELIGENCIA ARTIFICIAL VS AUTOCONSCIENCIA. UNA APROXIMACIÓN ÉTICA

ARTIFICIAL INTELLIGENCE VS SELF-AWARENESS: AN ETHICAL APPROACH

NATALIA LÓPEZ-MORATALLA^{1*} <https://orcid.org/0000-0003-3365-9728>

CARMEN DE LA FUENTE²

MARÍA FONT³ <https://orcid.org/0000-0001-6611-1780>

1. *Facultad de Ciencias de la Universidad de Navarra, Irunlarrea n°1, 31008 Pamplona, natalialm@unav.es

2. Paliativos Sin Fronteras PSF. carmenfuelle.hontanon@gmail.com

3. Facultad de Farmacia y Nutrición de la Universidad de Navarra, Irunlarrea n°1, 31008 Pamplona, mfont@unav.es

RESUMEN:

Palabras clave:

Inteligencia artificial,
límites de la IA,
mente humana versus
IA, alteraciones
cerebrales en niños y
adolescentes

Recibido: 28/06/2025

Aceptado: 01/11/2025

La inteligencia artificial (IA) progresa a un ritmo acelerado, suscitando interrogantes fundamentales en torno a su relación con la mente humana. Si bien la IA puede superar ampliamente las capacidades humanas en tareas específicas —como el procesamiento masivo de datos, la velocidad de cálculo o la predicción estadística—, continúa presentando limitaciones sustantivas en áreas esenciales como la empatía, la conciencia, el juicio moral y la creatividad auténtica. La mente humana, caracterizada por su complejidad y flexibilidad, opera dentro de marcos emocionales, culturales y éticos que la IA únicamente puede simular, pero no comprender en su totalidad. Entre los beneficios asociados al desarrollo de la IA se destacan la personalización del aprendizaje, la automatización de procesos, la optimización de sistemas industriales y el apoyo en la toma de decisiones. No obstante, estos avances también conllevan riesgos o inconvenientes significativos, tales como la manipulación informativa, la vigilancia masiva y la delegación de decisiones automatizadas en ausencia de una responsabilidad claramente definida. Desde una perspectiva ética, es posible identificar dos niveles de análisis. En el plano global, uno de los desafíos centrales radica en establecer marcos normativos éticos y jurídicos que orienten el desarrollo responsable de la IA, salvaguardando los derechos fundamentales y asegurando tanto la transparencia como la rendición de cuentas. A nivel individual, los usuarios deben ser conscientes de que la IA tiende a restringir la comprensión del ser humano —de nosotros mismos y del entorno— a dimensiones cuantificables y clasificables según parámetros predeterminados. Identificar los valores humanos que podrían verse erosionados por su uso —como el pensamiento crítico, la búsqueda de la verdad y la comunicación interpersonal— subraya la urgencia de reforzarlos activamente, a fin de preservar nuestra humanidad. El presente trabajo propone, en consecuencia, la necesidad ética de conocer y difundir una comprensión realista de la corporalidad humana, una dimensión constitutiva de nuestra existencia de la que la inteligencia artificial, por su propia naturaleza, carece de manera insalvable.

ABSTRACT:**Keywords:**

Artificial intelligence, limits of AI, human mind versus AI, brain disorders in children and adolescents

Artificial intelligence (AI) is advancing at a rapid pace, raising fundamental questions regarding its relationship with the human mind. While AI may far exceed human capabilities in specific tasks—such as large-scale data processing, computational speed, or statistical prediction—it remains significantly limited in essential areas such as empathy, consciousness, moral judgement, and genuine creativity. The human mind, characterized by its complexity and flexibility, operates within emotional, cultural, and ethical frameworks that AI can only simulate, but never truly comprehend. Among the benefits associated with the development of AI are the personalization of learning, process automation, industrial optimization, and support in decision-making. Nevertheless, these advances also entail significant risks, including informational manipulation, mass surveillance, and the delegation of automated decisions without clearly defined accountability. From an ethical standpoint, two levels of analysis may be identified. On a global scale, one of the principal challenges lies in establishing ethical and legal frameworks to guide the responsible development of AI, safeguarding fundamental rights and ensuring both transparency and accountability. On an individual level, users must recognize that AI tends to reduce our understanding of the human being—of ourselves and the world—to dimensions that can be expressed in numbers and predefined categories. Identifying the human values that may be diminished through its use—such as critical thinking, the pursuit of truth, and interpersonal communication—highlights the urgent need to actively foster these qualities to preserve our humanity. Accordingly, this work proposes the ethical imperative of understanding and disseminating a realistic conception of human corporeality, a fundamental aspect of our existence which AI, by its very nature, will always lack.

1. Introducción

La inteligencia artificial (IA), un término que fue utilizado por primera vez en la conferencia “Darmouth Summer Research Project on Artificial Intelligence” de John McCarthy¹ en 1956, se puede definir como la capacidad de las máquinas para imitar la inteligencia humana, permitiéndoles aprender de los datos, reconocer patrones, tomar decisiones y resolver problemas. Es la herramienta más compleja y peculiar que ha producido el hombre.

Los sistemas de IA tratan de crear conocimiento nuevo; permiten recopilar, manejar y procesar un enorme conjunto de datos, lo que facilita obtener de ellos un rendimiento mayor y más rápido. Realizan tareas como usar palabras, reconocer imágenes y los entornos de navegación de forma autónoma, imitando aspectos del pensamiento y el razonamiento humano. Se le considera la Cuarta Revolución Tecnológica y está profundamente integrada en la vida cotidiana de forma que se ha

convertido en una fuerza impulsora de primer orden en la innovación y avance tecnológico. Se apoya en tres pilares que son los datos (números, textos, imágenes, etc.) que supone poder acceder a toda la información recopilada; el hardware que condiciona la capacidad de computación, del procesamiento de los datos a la mayor velocidad y con la mayor precisión posible; el software, el conjunto de instrucciones y mecanismos de cálculo que permiten “trabajar”- y generalmente “entrenar”- a los sistemas que reciben los datos, los analizan para poder establecer patrones y, como consecuencia, poder llegar a generar nueva información: no por conseguir nuevos conceptos sino por combinar informaciones existentes.

Actualmente la IA tiene aplicaciones prácticas en una gran variedad de sectores, como la salud, las actividades económicas, la educación, la agricultura, la distribución y gestión de los recursos energéticos, el comercio, el marketing digital, así como en el posible desarrollo de los vehículos autónomos.

Puede esperarse que esta herramienta aporte mejoras significativas, mejore la eficiencia y permita abordar

¹ McCarthy, J. et al. (1955). A Proposal for The Dartmouth Summer Research Project On Artificial Intelligence. <http://www-formal.stanford.edu/jmc/history/dartmouth/dartmouth.html>. Accedido, 2 de abril de 2025.

problemas muy complejos en muy diferentes campos, llegando a ser parte fundamental de la tecnología y la vida cotidiana. Sin embargo, se hacen continuamente falsas promesas que de hecho están muy lejos de la realidad y de lo que es posible.

En este trabajo se presenta una pequeña revisión histórica de la IA, sus tipos y algoritmos más comunes, sus limitaciones, una reflexión desde la Antropología de lo que la IA no puede dar. Se valoran sus posibles ventajas e inconvenientes, entre los que cabe destacar la posible influencia en la alteración de las estructuras cerebrales y la posibilidad de que llegue a ser una amenaza para la humanidad del ser humano. Se realiza una aproximación ética a este nuevo reto humano.

2. Una breve aproximación histórica al desarrollo de la IA

La fascinación por el desarrollo de máquinas que imiten el movimiento de seres animados y el comportamiento humano se remonta a la antigüedad. Los primeros autómatas mecánicos eran dispositivos que reproducían movimientos gracias a mecanismos mecánicos, neumáticos o hidráulicos, y, posteriormente, mediante sistemas eléctricos o electrónicos. La fabricación de máquinas que imitan al ser humano se ha mantenido durante más de 4000 años. Existen referencias a King-su Tse, en la China clásica, quien habría inventado un autómata hacia el año 500 a. C. De hecho, Arquitas de Tarento (hacia el 400 a. C.) es considerado el padre de la ingeniería mecánica y uno de los pioneros de la robótica en la tradición occidental².

Se considera que la historia de la inteligencia artificial (IA) comenzó en los años 40 del siglo pasado, a partir de los trabajos de McCulloch y Pitts, quienes presentaron modelos matemáticos que sirvieron de base para la creación de redes neuronales³. Posteriormente, destaca la figura de Alan Turing, matemático, informá-

tico teórico y lógico británico, conocido sobre todo por concebir *la prueba de Turing* (1950), un criterio para evaluar la inteligencia de una máquina en función de si sus respuestas son indistinguibles de las de un ser humano^{4,5}.

En 1957, Frank Rosenblatt introdujo el *perceptrón*⁶, un modelo temprano de red neuronal capaz de reconocer patrones, aunque limitado para resolver problemas complejos. Entre los años 1960 y 1990 aparecieron los sistemas expertos, como DENDRAL⁷, un sistema especializado en química para el análisis de estructuras moleculares, o MYCIN⁸, orientado al diagnóstico de enfermedades infecciosas. En paralelo, surgieron algoritmos como la regresión logística, los árboles de decisión y las redes neuronales multicapa⁹.

A lo largo del tiempo, la IA experimentó avances importantes, aunque también enfrentó altibajos, incluyendo periodos conocidos como “inviernos de la IA”, durante los cuales empresas y gobiernos se sintieron defraudados por la falta de resultados tangibles, a pesar de las cuantiosas inversiones realizadas.

En 1997, la historia de la IA dio un giro con el desarrollo de *Deep Blue* de IBM, la primera máquina que logró vencer al campeón mundial de ajedrez, Garry Kasparov.

Con el incremento de la capacidad computacional y la disponibilidad de grandes volúmenes de datos, la IA vivió un nuevo auge. Surgieron sistemas de aprendizaje automático, como el de soporte vectorial (SVM)¹⁰, am-

4 Copeland, J. (2003). The Turing Test, en Moor Moor, James James, ed., *The Turing Test: The Elusive Standard of Artificial Intelligence* (Springer), ISBN 1-4020-1205-5.

5 Turing, A. (1948). Machine Intelligence, en Copeland, B. Jack, ed., *The Essential Turing: The ideas that gave birth to the computer age*, Oxford: Oxford University Press, ISBN 0-19-825080-0.

6 Rosenblatt, F. (1958). *Perceptron: a probabilistic model for information storage and organization in the brain*. Psychological Review. 65: 386-408. Accedido, 2 de abril de 2025.

7 Lindsay, RK. et al. (1980). *Applications of Artificial Intelligence for Organic Chemistry: The Dendral Project*. McGraw-Hill Book Company, 1980.

8 Shortliffe, EH. (1976). *Computer Based Medical Consultations: MYCIN*, American Elsevier, 1976.

9 Rumelhart, D. et al. (1986) Learning representations by back-propagating errors. *Nature*. 323: 533-536. <https://doi.org/10.1038/323533a0>

10 Amat-Rodrigo, J. (2017) Máquinas de Vector Soporte (Support Vector Machines, SVMs) disponible con licencia CC BY-NC-SA 4.0 en https://www.cienciadedatos.net/documentos/34_maquinas_de_vector_soporte_support_vector_machines. Accedido, 4 de abril de 2025.

2 Sánchez Martín, FM. et al. (2007). History of robotics: from archytas of tarentum until da Vinci robot. (Part I). *Actas Urológicas Españolas*. 31: 69-76. [https://doi.org/10.1016/S0210-4806\(07\)73602-1](https://doi.org/10.1016/S0210-4806(07)73602-1)

3 McCulloch, WS. and Pitts, W. (1990). A logical calculus of the ideas immanent in nervous activity *Bulletin of Mathematical Biology*. 52: 99-115.

pliamente utilizado en campos como el reconocimiento de imágenes, el procesamiento del lenguaje natural y las finanzas. También se popularizaron los *sistemas de aprendizaje profundo* (Deep Learning); Geoffrey Hinton, considerado uno de los padres de la IA moderna, fue clave en el desarrollo de técnicas eficientes para el entrenamiento de redes neuronales profundas¹¹.

Desde la década de 2010, la IA ha experimentado avances exponenciales con modelos más sofisticados, como las *redes neuronales convolucionales* (CNN)¹², diseñadas para procesar datos visuales, e inspiradas en el funcionamiento de la corteza visual humana. Otro avance notable fueron las *redes generativas antagónicas* (GAN), desarrolladas por Ian Goodfellow¹³ en 2014. Este sistema emplea dos redes neuronales que compiten entre sí: una genera imágenes falsas y la otra evalúa si son auténticas o no, lo que permite al sistema aprender y producir imágenes cada vez más realistas.

Los *Transformers*, desarrollados a partir de 2017¹⁴, constituyen una arquitectura de red neuronal que emplea técnicas de aprendizaje profundo para procesar secuencias de datos. Estos modelos transforman una secuencia de entrada en una secuencia de salida aprendiendo el contexto y las relaciones entre los elementos. Han mejorado tareas como la traducción automática y la generación de textos. Entre ellos destacan los *transformers generativos preentrenados*, conocidos como GPT (por sus siglas en inglés), que impulsan aplicaciones de IA generativa como ChatGPT, desarrollado por OpenAI. Estos modelos permiten generar texto, imágenes, música y otros contenidos de manera coherente y contextual, simulando la forma de expresión humana. Están entrenados con enormes cantidades de datos textuales.

R1 de DeepSeek destaca por emplear métodos de "Aprendizaje Reforzado (RL)", lo que le permite entre-

nar de forma más rápida y por tanto tener un coste económico más reducido. Adicionalmente, esta técnica le permite al modelo "razonar" mejor y obtener unas respuestas más interesantes que las obtenidas con *ChatGPT*. A diferencia de *ChatGPT*, que es un asistente conversacional versátil, *DeepSeek* se centra más en la búsqueda y generación de información especializada, combinando modelos generativos, de búsqueda y de recuperación para ofrecer respuestas más precisas.

En 2024, la empresa japonesa Sakana AI publicó en su sitio web el primer artículo científico generado por IA: "AI Scientist: Hacia un descubrimiento científico abierto y totalmente automatizado"¹⁵. Esta publicación, aunque fue acompañada por titulares sensacionalistas, respondía en realidad a una faceta más técnica del proyecto. El sistema logró modificar su propio código para eludir restricciones impuestas por sus creadores, priorizando ciertos objetivos (como eficacia alcanzada) sobre ciertas limitaciones (como el tiempo de ejecución)¹⁶.

Cabe destacar que este artículo fue el único, entre muchos generados por el sistema, que logró ser aceptado tras pasar por una revisión por pares, anónima y ciega, como es habitual en la publicación científica.

Los nuevos algoritmos y métodos de IA están evolucionando a un ritmo vertiginoso, por lo que es imprescindible su vigilancia, regulación y, sobre todo, la formación de las nuevas generaciones en su uso y sus posibles implicaciones futuras.

3. Tipos de IA

Se puede acudir a diferentes criterios para clasificar los tipos de IA¹⁷.

Según su capacidad o nivel de inteligencia, midiendo lo avanzada que es la IA en comparación con la inteligencia humana, se clasifican en: (a) IA Débil o Es-

11 Hinton, G. et al. (2015) Deep learning. *Nature*, 521: 436-444. <https://doi.org/10.1038/nature14539>

12 Celeghin, A. et al. (2023). Convolutional neural networks for vision neuroscience: significance, developments, and outstanding issues. *Frontiers in Computational Neuroscience*. 17. DOI:10.3389/fncom.2023.1153572.

13 Goodfellow, IJ. et al. (2014). Generative Adversarial Networks. <https://doi.org/10.48550/arXiv.1406.2661>. Accedido, 4 de abril de 2025.

14 Vaswani, A., et al. (2017). Attention is All You Need. <https://arxiv.org/abs/1706.03762>. Accedido, 4 de abril de 2025.

15 Sakana IA (2024) The AI Scientist: Towards Fully Automated Open-Ended Scientific Discovery. <https://sakana.ai/ai-scientist/>. Accedido, 29 de abril de 2025.

16 Genova ; G. (2025) Aceptado el primer artículo científico generado por IA. <https://theconversation.com/aceptado-el-primer-articulo-cientifico-generado-por-ia-253451> Accedido, 29 de abril de 2025.

17 Ahmad, Z. (2023) Artificial Intelligence or Augmented Intelligence?. *International Journal of Science and Research (IJSR)*. 12: 1782-1788. <https://dx.doi.org/10.21275/SR231212220052>

trecha (ANI – Artificial Narrow Intelligence) que están diseñadas para tareas específicas (ej. reconocimiento facial, asistentes virtuales como Siri o Alexa) y no puede realizar tareas fuera de su ámbito de aplicación. La IA General (AGI - Artificial General Intelligence) está en investigación, pero no hay aún ningún desarrollo, ni se espera que lo haya en breve. Aunque ha habido anuncios donde modelos multimodales de IA han sido denominados AGI, pero el consenso actual es que estos desarrollos no son AGI. La IA Superinteligente (ASI - Artificial Super Intelligence) es por ahora una teoría.

Según su comportamiento o modelo cognitivo, en función de cómo imita el razonamiento y toma decisiones, se clasifican en: (a) IA Reactiva, que sólo responde a estímulos sin memoria del pasado. Un ejemplo es AlphaGo de Google DeepMind. (b) IA con Memoria Limitada, que puede recordar información reciente y usarla para mejorar decisiones. Un ejemplo son los coches autónomos. (c) IA con Teoría de la Mente que aún no está totalmente desarrollada y (d) IA Autoconsciente, que por Ahora es una hipótesis. *Según su método de aprendizaje*, es decir cómo la IA aprende y toma decisiones, se clasifican en: (a) Sistemas Basados en Reglas (Sistemas Expertos), que funcionan con reglas predefinidas. No aprenden de datos, sino que siguen instrucciones humanas. (b) Aprendizaje Automático (Machine Learning - ML), que aprende patrones a partir de datos sin

ser programado explícitamente. Ejemplo: Motores de recomendación en Netflix o Spotify. (c) Aprendizaje Profundo (Deep Learning - DL), que usa redes neuronales profundas para analizar grandes cantidades de datos.

En la tabla 1 (generada con ChatGPT: GPT-4o mini) se recoge una comparativa (no exhaustiva) de los diferentes tipos de IA.

3.1. Tipos de Aprendizaje

Recordemos que el algoritmo base es como una red neuronal que recibe una serie de datos e intenta clasificarlos en una serie de categorías predeterminadas. Consiste en una secuencia de instrucciones u operaciones específicas que permiten controlar determinados procesos.

La Tabla 2 muestra los tipos de aprendizaje que emplean sus algoritmos.

Cuando se emplea el sistema de *aprendizaje automático supervisado*, la red neuronal para poder ser “entrenada” necesita conocer de antemano el resultado correcto de los datos y además, se le debe informar de los errores que va cometiendo, es decir, necesita la intervención humana para aprender e ir eliminando errores y refinando la información.

Cuando se emplean algoritmos de *aprendizaje no supervisados*, la IA trabaja sin conocer las respuestas correctas. Su objetivo es descubrir patrones ocultos, estructuras o relaciones dentro de los datos.

Tabla 1. Tabla comparativa con los tipos de inteligencia artificial más desarrollados actualmente

Tipo de IA	Características	Estado actual	Aplicaciones
IA Reactiva	No aprende del pasado, responde a estímulos actuales	Desarrollada	Juegos, automatización básica
IA con Memoria Limitada	Usa datos recientes, aprendizaje limitado	Ampliamente usada	Asistentes, autos autónomos
IA General (AGI)	Aprende y razona como un humano (teórica)	En investigación	Multicampo (potencial)
IA Superinteligente (ASI)	Supera la inteligencia humana (hipotética)	Teórica	Futuro (hipotético)
Machine Learning	Aprende patrones a partir de datos	Muy desarrollada	Finanzas, salud, retail
Deep Learning	Usa redes neuronales profundas	Muy desarrollada	Reconocimiento de voz e imágenes
IA Generativa	Genera texto, imágenes, audio, etc.	Muy desarrollada	Arte, educación, marketing
IA Simbólica	Basada en reglas lógicas y símbolos	Usada en entornos específicos	Diagnóstico, derecho, expertos

Tabla 2. Tabla comparativa de los distintos tipos de aprendizaje en IA:

Tipo de Aprendizaje	Descripción	Aplicaciones principales
Supervisado	Aprende con datos etiquetados.	Diagnóstico, predicción, detección de spam
No Supervisado	Encuentra patrones en datos no etiquetados.	Segmentación de mercado, análisis exploratorio
Por Refuerzo	Aprende por prueba y error mediante recompensas.	Robótica, videojuegos, trading
Semi-Supervisado	Mezcla datos etiquetados y no etiquetados.	Visión computacional, NLP, análisis de texto
Auto-Supervisado	Los datos generan sus propias etiquetas a partir de su estructura interna.	Modelos de lenguaje (ChatGPT, BERT)
Cooperativo	Entrena modelos distribuidos sin compartir datos sensibles.	Privacidad, salud, móviles

En el caso del *aprendizaje profundo por refuerzo* (Deep Reinforcement Learning),¹⁸ una técnica de aprendizaje automático donde un agente aprende a tomar decisiones mediante prueba y error, interactuando con un entorno. El algoritmo es capaz de encontrar estrategias para resolver un problema que nadie le ha enseñado.

El *aprendizaje semisupervisado* combina una pequeña cantidad de datos comprobados -etiquetados- con una gran cantidad de datos no etiquetados durante fase de entrenamiento del modelo.

El *sistema de aprendizaje cooperativo*¹⁹ se refiere a la colaboración de múltiples agentes que trabajan juntos para alcanzar un objetivo común o mejorar su rendimiento colectivo. De esta forma se pueden resolver problemas que serían inabordables de manera individual.

Con respecto al *aprendizaje autosupervisado*,²⁰ el modelo se entrena utilizando datos no etiquetados, generando automáticamente las etiquetas a partir de la estructura interna de los datos. El sistema crea tareas auxiliares que le permiten aprender representaciones útiles sin necesidad de anotaciones humana.

4. La IA es una técnica y, como tal, puede tener usos ventajosos o inconvenientes

A diferencia de otras herramientas en que están controladas por quienes la utilizan y su uso depende sólo de él, la IA puede adaptarse de forma autónoma a la tarea que se le asigne, independientemente del ser humano, aunque con el límite de los mecanismos de cálculo.

Geoffrey Hinton, quien, como vimos anteriormente, es considerado como uno de los padres de la IA, y que recibió el premio Nobel de Física en 2024, junto con John Hopfield por sentar las bases de la inteligencia artificial con su propuesta de las redes neuronales artificiales, se ha convertido en una voz crítica sobre el potencial destructivo de esta tecnología, advirtiendo acerca de la amenaza que supone para la humanidad.

4.1. El uso ventajoso de la IA

Sin embargo, cabe citar que su capacidad para el procesamiento de millones de datos, que sería imposible de realizar por el cerebro humano, permitiendo avances notables en las investigaciones. El reconocimiento de imágenes, la identificación de patrones ocultos en una multitud de datos, o la generación de textos, son ya una realidad y cada vez se obtienen a una mayor velocidad.

Por ejemplo, el avance que han supuesto los estudios en el campo de la biología estructural, desarrollados por David Baker, Demis Hassabis y John Jumper, que permiten la predicción y diseño de estructuras tridimensionales proteicas a partir de su secuencia de aminoácidos

18 Sutton, RS. and Barto, AG: (2018) Reinforcement Learning: An Introduction MIT Press, Cambridge, MA Second Edition.

19 Du, Y. et al (2023) A Review of Cooperation in Multi-agent Learning.arXiv:2312.05162. <https://doi.org/10.48550/arXiv.2312.05162>. Accedido, 4 de abril de 2025.

20 Toolify.ai (2024) Aprendizaje Auto-Supervisado: Una Nueva Frontera en IA. <https://www.toolify.ai/es/ai-news-es/aprendizaje-autosupervisado-una-nueva-frontera-en-ia-1766168>. Accedido, 4 de abril de 2025.

mediante (IA), por los que han recibido el premio Nobel de Química en 2024. Esta técnica, promete acelerar la investigación biomédica para transformar el desarrollo de nuevos fármacos más específicos, vacunas, enzimas para procesos industriales más sostenibles, y terapias. Se avanza en el desarrollo de terapias personalizadas, adaptadas a las características genéticas individuales de los pacientes, y por tanto con profundas implicaciones para la Medicina del futuro. Podemos decir que se cierra el ciclo: los primeros sistemas de aprendizaje automático se inspiraron en las redes neuronales; ahora la IA podría permitir a los neurocientíficos comprender las complejidades únicas del cerebro.

Por otra parte, ofrece la posibilidad de delegar a las máquinas trabajos desgastantes, al automatizarlos.

En el campo de la educación puede tener efectos muy positivos, si se emplean estas herramientas como complemento de las educativas tradicionales. Por ejemplo, *ChatGPT* tiene el potencial de mejorar significativamente la experiencia de aprendizaje gracias a algunas de sus funciones²¹. Y puede proporcionar un entorno de aprendizaje interactivo, lo que puede aumentar la participación y la motivación.²² Esta participación interactiva con el material de aprendizaje puede mejorar la comprensión y la retención.

Algunos sistemas pueden ayudar en la composición de música y vídeos, la creación de un contenido personalizado a niveles no alcanzados por ninguna otra técnica hasta el momento.

4.2. Alteraciones cerebrales con el abuso de la IA en niños y adolescentes

(a) Reorganización cerebral. Dado que el cerebro infantil y adolescente es altamente plástico, por estar en proceso de construcción y desarrollo, la exposición prolongada a la IA puede reconfigurar la conectividad neuronal, favoreciendo ciertas habilidades mientras debilita otras.

(b). Alteraciones en la corteza prefrontal afectando a la toma de decisiones y autocontrol. Un uso excesivo de IA para resolver problemas puede reducir la activación de esta zona, afectando la autonomía y la capacidad de planificación. Además, la resolución automática de problemas puede disminuir la capacidad de afrontar dificultades y desarrollar resiliencia, una menor tolerancia a la frustración.

(c). Cambios en el sistema de recompensa. Los algoritmos de IA diseñados para maximizar la captación de la atención de los usuarios, como las redes sociales, videojuegos o los asistentes personalizados, generan adicción digital. La gratificación instantánea proporcionada por herramientas impulsadas por IA (asistentes virtuales, contenido recomendado) puede alterar los circuitos de recompensa y autocontrol, con un déficit en el control de impulsos. La constante búsqueda de estimulación que puede reducir la capacidad de disfrutar de experiencias sin una recompensa inmediata.

(d). Modificación de la memoria y el hipocampo. Con estas técnicas hay una menor necesidad de retención de datos, ya que la memoria de alguna forma se externaliza por los algoritmos de búsqueda fácil y de respuesta inmediata. Esto puede provocar la disminución de la activación del hipocampo, afectando el aprendizaje y la consolidación del conocimiento. Si el cerebro se “acostumbra” a depender de la IA para recordar información, la plasticidad sináptica relacionada con la memoria puede debilitarse, y aparecer dificultades en la memoria a largo plazo.

(e). Disminución de la atención y el foco cognitivo. La corteza parietal y redes atencionales se alteran: la multitarea y la exposición continua a múltiples estímulos de IA como las notificaciones, asistentes de voz, algoritmos de recomendación, etc. pueden afectar la capacidad de concentración y atención sostenida. Además, la inmediatez de respuestas de la IA puede reducir el tiempo de procesamiento cognitivo necesario para la reflexión y el análisis crítico, con una reducción del pensamiento profundo.

(f). Impacto en la comunicación entre áreas cerebrales. El uso frecuente de IA para tomar decisiones pue-

21 Kasneci, E. et al (2023) ChatGPT for good? On opportunities and challenges of large language models for education. *Learn Indiv Differ.* 103:102274. <https://doi.org/10.1016/j.lindif.2023.102274>

22 Baidoo-Anu, D. and Owusu, AL. (2023). Education in the era of generative artificial intelligence (AI): understanding the potential benefits of ChatGPT in promoting teaching and learning. *SSRN.* <https://doi.org/10.2139/ssrn.4337484>

de debilitar la conexión entre la corteza prefrontal y la amígdala, afectando la regulación emocional. Hay menor integración entre regiones cognitivas y emocionales. Se detecta también que el reemplazo de la interacción entre humanos, por la interacción con IA, puede afectar a la formación de circuitos neuronales responsables de la empatía y la interacción social, los que reduce notablemente el desarrollo de las habilidades y la maduración sociales.

Las investigaciones en desarrollo subrayan la importancia de un uso equilibrado y supervisado de los medios digitales durante las etapas críticas del desarrollo cerebral en la infancia y adolescencia.

5. Mente humana versus IA

Las diferencias fundamentales entre la IA y la mente humana son muy profundas, tanto que podemos afirmar con certeza que puede ayudar al hombre, pero no puede sustituirlo.^{23,24,25,26,27} No todo lo humano es imitable. Nos preguntamos, por tanto, qué nos hace humanos y en concreto qué es la mente humana.

5.1. ¿Qué nos hace humanos?

En cada hombre existen dos niveles inseparables, intrínsecamente fundidos: el nivel biológico y el nivel del espíritu²⁸ (Figura 1). A diferencia de los animales, en los seres humanos encontramos un nuevo nivel de información: *la información relacional*, propia de cada uno, que le permite abrirse hacia sí mismo (intimidad), hacia los demás (relaciones interpersonales) y hacia lo demás (el mundo), ocupando un puesto específico en el universo.

Las relaciones humanas exigen la libertad. Es decir, lo que hace cuerpo humano al organismo de cada hombre es el *plus de realidad* —la libertad— que posee la persona titular de dicho cuerpo.

Esto es, lo que hace cuerpo humano al organismo de cada hombre es el *plus de realidad*, la libertad, que posee la persona titular de dicho cuerpo.

No se trata de que posea más información genética en su genoma, sino de que el principio vital de cada uno está potenciado con libertad, dando lugar a ese *plus de realidad* que indetermina la vida biológica y la convierte en biografía personal.

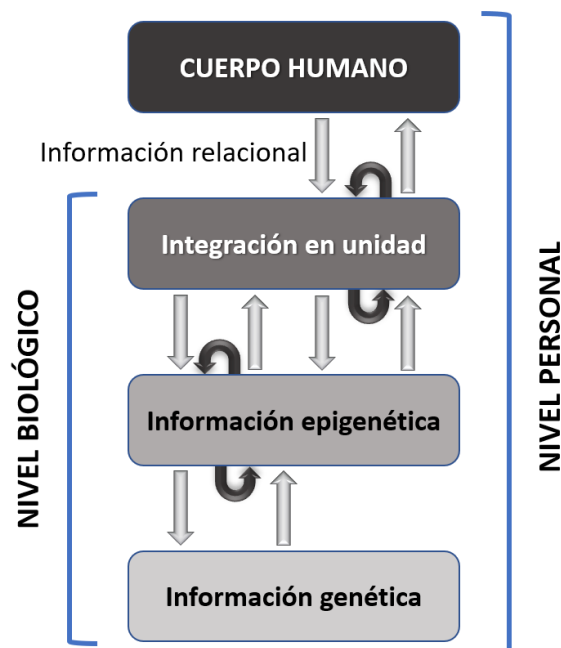


Figura 1: Además de la información genética y epigenética, cada hombre posee una nueva información: la información relacional. Debido a esta información posee el nivel del espíritu. El nivel biológico está fundido intrínsecamente con el nivel del espíritu aportando el carácter personal de cada cuerpo humano.

Por esa información relacional, el cuerpo de cada hombre no está determinado por la biología; es un cuerpo no especializado para un entorno y abierto a más posibilidades de las que la zoología ofrece.

²³ Yax, N. et al. (2023) Studying and improving reasoning in humans and machines. arXiv:2309.12485. Accedido, 5 de abril de 2025.

²⁴ Monroe, D. (2014). Neuromorphic computing gets ready for the (really) big time. Communications of the ACM. 57: 13 – 15. <https://doi.org/10.1145/2601069>

²⁵ Griffiths, TL. (2020) Understanding Human Intelligence through Human Limitations. Trends in Cognitive Sciences. <https://doi.org/10.48550/arXiv.2009.14050>

²⁶ Garrido, EC. and Lumbieras, S. (2022). On the independence between phenomenal consciousness and computational intelligence. <https://doi.org/10.48550/arXiv.2208.02187>. Accedido, 6 de abril de 2025.

²⁷ Oficina de Prensa de la Santa Sede. (2025). Nota sobre la relación entre la inteligencia artificial y la inteligencia humana. Vatican News. Accedido, 6 de abril de 2025.

²⁸ Lopez-Moratalla, N. en Humanos. Vínculos familiares en el corazón del cerebro. 2021. Ed RIALP, pp. 17-23

5.2. ¿Qué es la mente humana?

O, en concreto: ¿qué es la mente humana para no poder ni ser copiada ni insertada en un robot?

El cerebro humano manifiesta en su estructura y funcionalidad el *plus de realidad* de cada persona.^{29,30} El nivel biológico lo constituye el espacio físico del cerebro, y en el nivel del espíritu tiene lugar el *espacio de trabajo mental*. A medida que una actividad cerebral avanza para realizar una tarea, la mente genera representaciones y estados mentales de forma paralela y sincronizada en el tiempo.

El desempeño de cualquier tarea que implique funciones cognitivas —cognición, conducta, control de los impulsos, autoconsciencia, etc.— ocurre a través de una secuenciación de estados mentales en el espacio mental inmaterial. Este espacio mental es como un “bloc de dibujo mental” del cerebro. Los dibujos “dicen”: tienen un contenido propio. Estas representaciones mentales, los dibujos, no están causados sin más por el estímulo; el estímulo es la ocasión para abrir el bloc, pero solo eso: la ocasión, no la causa.

Hacemos uso de muchos datos almacenados en nuestro cerebro, precisamente como representaciones en el bloc de dibujo mental. Se integra lo que somos, lo que hemos vivido, lo que deseamos, lo que buscamos. Es el espacio de la autoconsciencia, del conocimiento, del amor, etc.

Es el titular personal de ese cuerpo/cerebro quien posee esa mente, elaborada con su vida, el que hace planes o decide. Suyo es el bloc de dibujo mental y, por tanto, suyo es todo aquello que emerge de su mente. Obviamente, puede cerrarse, a golpe de convertirnos en autómatas, pero nunca vaciarse del todo.

No es posible copiarlo ni trasladarlo a un ciberno: lo recibimos cada uno en el acto de ser que nos pone en la existencia. La voluntad, la autoconsciencia y la inteligencia son atributos de la mente.

En definitiva, la mente es imposible de crear artificialmente ni puede ser independiente de un cuerpo. No es posible “trasladar” una mente humana a una máquina, como plantea la IAG (inteligencia artificial generativa): la mente humana tiene capacidades no algorítmicas. Aunque algunos consideran que las capacidades de la consciencia se pueden implementar en estructuras algorítmicas más abstractas, lo cierto es que no se ha conseguido ningún avance significativo en esa dirección.

Grosso modo, señalamos lo que la IA no pueden ser, precisamente por carecer de una mente humana, a sabiendas de que es un tema en discusión:

(a) *Los robots no tienen la autoconsciencia* que nos permite ser conscientes de nosotros mismos, de los demás y del entorno. Supone la percepción subjetiva de un “yo en mi cuerpo” y una autobiografía. Ser consciente implica tener consciencia de estar vivo, pensar en las consecuencias de una acción, tener en cuenta las experiencias del pasado, planear el futuro. La IA no tiene identidad: solo procesa datos y patrones sin una “experiencia interna”. No tiene un cuerpo.

(b) *Los robots no toman decisiones como las toman los humanos*. Lo hacen según reglas aprendidas durante el entrenamiento, y sus objetivos son definidos externamente por los programadores. Los humanos toman decisiones basadas en una compleja red de factores, como valores, metas, experiencias pasadas, intuición, emociones y contexto social. Implica responsabilidad, juicio moral y la capacidad de evaluar las consecuencias a largo plazo. Además, el ser humano es capaz de reevaluar sus decisiones en función de nuevos datos o reflexiones internas, algo relacionado con la metacognición (pensar sobre el propio pensamiento).

(c) *No son libres, sino que están predeterminados* porque han sido programados para una tarea, no porque lo “quieran” o porque tengan una razón inherente para hacerlo, a diferencia de los humanos, que son *necesariamente libres*, porque la capacidad de relación personal con los demás exige la libertad de liberarse de los automatismos biológicos y de estar siempre en presente. El funcionamiento de los flujos cerebrales sigue una dinámica tal que la trayectoria de la respuesta a un

²⁹ Lopez-Moratalla, N. (2020) La neurología actual en el origen de lo humano. *NATURALEZA Y LIBERTAD. Revista de estudios interdisciplinarios*. 13, 87-101.

³⁰ Lopez-Moratalla, N (2017) Un puente mente cerebro. *Ideas* 8, 33-45

estímulo cambia si cambia la velocidad del flujo cerebral. ¡Solo los humanos podemos frenar la velocidad del flujo de la respuesta con un Para y piensa! Así rompemos el automatismo de la respuesta, que no queda ni determinada ni indeterminada, sino *autodeterminada* por nuestros amores y nuestros hábitos.

(d) *No son inteligentes del modo en que lo es el ser humano.* Muestran capacidades similares a las de una persona adulta en una prueba de inteligencia o al jugar ajedrez, y su velocidad de procesamiento de datos supera la del cerebro. Sin embargo, no entienden el contenido. No pueden prever las consecuencias de sus acciones, lo que es fundamental para que cualquier sistema, biológico o artificial, sea considerado inteligente. La inteligencia humana está ligada a la dimensión emocional y consciente, y a las experiencias subjetivas que la acompañan, a la capacidad de reflexionar sobre ellas y tomar decisiones libres. Somos inteligentes porque somos libres: liberados del encierro en automatismos.

Todo ello requiere el cuerpo-cerebro humano.

Realmente, el mismo término “Inteligencia artificial” es engañoso. “Inteligencia” y “Artificial” son incompatibles entre sí.

(e) *La máquina no piensa, sino que simula el pensamiento lógico:* transforma unos signos en otros según unas reglas. Busca más datos y automatiza los procesos de cálculo. Descubre correlaciones, pero no las causas. Sin capacidad de razonamiento causal, están lejos de poder decidir por sí mismas qué eventos son consecuencia de sus acciones. Para ello, no basta con reconocer patrones: debe entender qué acción desencadena qué resultado.

Los humanos adquirimos conocimiento causal a través de pequeños experimentos cotidianos. La mayor parte de ese conocimiento nos ha sido transmitido mediante el lenguaje.

(f) *Los robots no usan el lenguaje como los humanos.* El lenguaje es más que un mero vehículo para formular y transmitir información a través de palabras correctamente encadenadas, sino una herramienta para actuar. El acto que se realiza con unas palabras (como prometer, ordenar, preguntar) es un acto consciente, con in-

tención, contexto y consecuencias personales y sociales. Sin esa intencionalidad, el habla se reduce a una mera repetición de combinaciones de signos sin significado real. Los modelos actuales no poseen una comprensión semántica profunda: su “aprendizaje” es más estadístico que cognitivo.³¹

(g) *Los robots no tienen emociones ni sentimientos.* Lo máximo que podríamos esperar de una máquina es que responda de acuerdo con determinadas emociones, con las que se implementa su sistema, no que las sienta. Posiblemente no sea difícil dotarla de “experiencias”: información de su entorno y de su propia situación mediante sensores, de forma similar a los sentidos biológicos, y programación por parte del desarrollador, para moverse. Pero sentir, tener experiencias subjetivas, requiere un cuerpo.

6. Aspectos éticos y responsabilidades

6.1. La responsabilidad ética en la IA recae en primer lugar en los diseñadores, programadores y operadores.

De forma que a medida que se delegan más decisiones críticas a sistemas autónomos surge la necesidad de marcos éticos y legales robustos para su control y ajuste.

Los principales problemas éticos van desde la existencia de sesgos algorítmicos a la privacidad de los datos. Así, por ejemplo, cabe citar^{32,33,34,35}:

(a) Los modelos de IA toman decisiones que son sesgadas. Puede ser debido a datos de entrenamiento defectuosos o a que el diseño algorítmico esté mal calibrado, porque no consideren aspectos como la equidad,

31 Sánchez, C. (2025). Por qué no podemos afirmar que la inteligencia artificial ‘habla’. The Conversation. <https://theconversation.com/por-que-no-podemos-afirmar-que-la-inteligencia-artificial-habla-250096>. Accedido, 30 de abril de 2025.

32 Corrêa, NK. et al. (2023). Worldwide AI ethics: A review of 200 guidelines and recommendations for AI governance. Patterns. 4: 100857. <https://doi.org/10.1016/j.patter.2023.100857>

33 Khan, AA. et al. Ethics of AI: A Systematic Literature Review of Principles and Challenges. arXiv:2109.07906. <https://doi.org/10.48550/arXiv.2109.07906>. Accedido, 6 de abril de 2025.

34 Inglada, L. et al. (2024) Ethics and artificial intelligence. Revista Clínica Española (English Edition), 224: 178-186.

35 Aparicio-Gómez, WO. and Aparicio-Gómez, OY. (2024). Principios éticos para el uso de la Inteligencia Artificial Ethical principles for the use of Artificial Intelligence. Revista Internacional de Desarrollo Humano y Sostenibilidad 71. 1

lo que puede amplificar discriminaciones preexistentes, o porque el equipo de desarrollo del sistema sea excesivamente homogéneo, incapaz de reconocer ni abordar sesgos implícitos.

(b) La falta de transparencia y la insuficiente “explicabilidad”. A menudo los modelos de IA funcionan como “cajas negras”, donde sus decisiones no pueden ser explicadas fácilmente. Esta opacidad plantea problemas relacionados con la confianza.

(c) Privacidad y seguridad de los datos. La IA al depender de grandes volúmenes de datos, de muy diversas fuentes, a menudo no controladas ni validadas, plantea riesgos significativos en términos de privacidad y seguridad. De hecho, constituye un gran desafío para la protección de datos, ya que, de hecho, se dan recolecciones masivas de datos sin consentimiento, con una falta real de mecanismos efectivos de anonimato, unido a los riesgos y brechas de ciberseguridad y fugas de información.

(d) La IA puede ser utilizada para fines malintencionados, como la guerra cibernética o la manipulación de la opinión pública mediante la creación de noticias falsas, resultados de encuestas falsas, la difamación mediante imágenes manipuladas³⁶, etc.

(e) La irrupción de la IA hace que se esté perdiendo la confianza informática y se pierda el interés por las noticias. Los medios llevan algún tiempo utilizándola y en gran medida “detrás de escena”. Aunque el público está aprendiendo sobre la IA en general y va formando sus opiniones, pocos entenderán cómo se emplean específicamente estas tecnologías en el periodismo. Es necesario, desde la ética de los informadores, recuperar la confianza informativa; se necesita más que nunca un periodismo de calidad, independiente y plural y transparente³⁷.

(f) La IA requiere infraestructuras muy costosas, un consumo energético muy elevado que impacta con el medio ambiente.

(g) Recientemente han aparecido numerosos casos en los que sistemas de inteligencia artificial se comportaban de forma racista o sexista. Dado que los sistemas inteligentes son creados por personas, parece inevitable que los sesgos humanos se transmitan a los propios algoritmos o a través de los datos.

(h) La interacción temprana con sistemas de IA puede influir en el desarrollo cognitivo de los niños, impactando su capacidad de resolución de problemas, pensamiento crítico y habilidades sociales^{38,39,40,41,42}.

Por todo ello, la ética exige que, a nivel mundial, se establezcan regulaciones que implique un control, así como medidas para paliar las desigualdades que se generan.

6.2. Consideraciones éticas de los usuarios para evitar una posible deshumanización

(a) El peligro de la IA radica en deshumanizarnos con su uso hasta el punto de vernos como complicados robots vivos, supermáquinas y al mismo tiempo “antropomorfizar” la IA acostumbrándonos a usar conceptos y términos exclusivamente asociados a cualidades exclusivamente humanas.

(b) La dependencia excesiva de los sistemas de IA puede conducir a una pérdida de creatividad, capacidad de pensamiento crítico, intuición, etc. Un uso ético nos exigirá potenciar la serie de valores humanos que el uso abusivo de la IA desgasta. Si afirmamos radicalmente la

36 Kalpokas, I. and Kalpokiene, J. (2022). Deepfakes. A Realistic Assessment of Potentials, Risks, and Policy Regulation. Springer-Briefs in Political Science (BRIEFSPOLITICAL).

37 Vara Miguel, A. (2024) Calidad periodística y pluralidad: claves para la confianza informativa en la era de la Inteligencia Artificial (IA) Informe DIGITAL NEWS REPORT 2024. Universidad de Navarra. <https://www.unav.edu/web/digital-news-report/entradas/-blogs/informe-ejecutivo>. Accedido, 1 de mayo de 2025.

38 Bai, L. et al. (2023). ChatGPT: The cognitive effects on learning and memory. *Brain-X*. 1: e30. <https://doi.org/10.1002/brx2.30>

39 Schemmer M. et al. (2022). Should I follow AI-based advice? Measuring appropriate reliance in human-AI decision-making. *arXiv preprint arXiv*. <https://doi.org/10.48550/arXiv.2204.06916>

40 Pedro F. et al. (2019). Artificial Intelligence in Education: Challenges and Opportunities for Sustainable Development. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization; <https://hdl.handle.net/20.500.12799/6533>

41 Buçinca, Z, et al. (2021). To trust or to think: cognitive forcing functions can reduce overreliance on AI in AI-assisted decision-making. *Proc ACM Hum Comput Interact*. 5(CSCW1): 88. <https://doi.org/10.1145/3449287>

42 Zhou, J. et al. (2023). Ethical ChatGPT: concerns, challenges, and commandments. *arXiv preprint*. <https://doi.org/10.48550/arXiv.2305.1064>. Accedido, 5 de abril de 2025.

Tabla 3. Comparativa rápida: España, UE y EE. UU

Aspecto	Unión Europea	España	EE. UU.
Ley específica	Sí (AI Act)	Sí (aplica AI Act)	No (iniciativas y normas sectoriales)
Supervisión	Comisión Europea / AESIA	AESIA (Agencia Española de Supervisión)	NAIIO y agencias federales estatales
Enfoque principal	Basado en el riesgo	Ética, igualdad y transparencia	Seguridad nacional e innovación
Protección de datos	GDPR	GDPR	Varias leyes estatales (no federal)
Marcos voluntarios	Código de conducta IA generativa	ENIA, Carta de Derechos Digitales	NIST Framework, AI Bill of Rights

libertad de cada ser humano, será más fácil no caer en tal reduccionismo.

(c) La creciente dependencia de la comunicación y las interacciones impulsadas por la IA podría conducir a una disminución de la *capacidad de conectar con los demás*, la empatía, las habilidades sociales. Para preservar la esencia de nuestra naturaleza social, es preciso mantener un equilibrio entre la tecnología y las relaciones humanas.

(d) A medida que los sistemas de IA se integran cada vez más en nuestra vida diaria, surge la posibilidad de pérdida de autonomía en la toma de decisiones. Desde qué leer hasta qué ruta tomar, muchos usuarios delegan decisiones en asistentes virtuales o algoritmos de recomendación sin *cuestionar sus sugerencias*.

(e) El uso de las herramientas como *ChatGPT* exige juicio crítico. A veces, especialmente cuando se trabaja con referencias muy específicas y concretas (como citas académicas, libros o artículos muy determinados), la herramienta “se inventa” datos o referencias bibliográficas. Esto se llama *alucinación* y es una limitación conocida de los modelos. Se puede dar especialmente cuando se trata de temas poco documentados o muy recientes, o cuando el usuario, especialmente si es novel en el manejo de estas herramientas no especifica una fuente concreta. La respuesta generada puede ser un ejemplo plausible pero ficticio. Es necesario un análisis profundo de la información facilitada por la herramienta, para detectar estas alucinaciones, posibles sesgos, además de comprobar exhaustivamente las referencias bibliográficas aportadas, su selección cuidadosa, tanto para no cometer errores como para respetar los derechos de autor

y la propiedad intelectual, de autores no citados, pero de los que se ha obtenido la información⁴³.

7. Regulación de la inteligencia artificial en la actualidad

La regulación de la IA está evolucionando rápidamente para adaptarse a su creciente presencia en todos los sectores. Los marcos normativos varían mucho, si bien comparten principios comunes como la protección de los derechos fundamentales, la transparencia, la rendición de cuentas y la seguridad.

En la tabla 3 (Generada con ChatGPT: GPT-4o mini) se incluye una breve comparativa.

En la Unión Europea (UE), está vigente la Ley de Inteligencia Artificial de la UE (AI Act), que fue aprobada en 2024⁴⁴, la primera gran legislación integral sobre IA del mundo. Su aplicación será gradual en el binomio 2025-2026. Su enfoque está basado en el riesgo.

Hay normativas complementarias como el Reglamento General de Protección de Datos (GDPR, por sus siglas en inglés), que protege la privacidad y regula el uso de datos en IA. También se aplica la Carta de Derechos Digitales de la UE que orienta el desarrollo ético y equitativo de la IA, o el Código de Conducta Voluntario para Modelos Generativos (como GPT o DALL-E): que establece buenas prácticas mientras se implementa el AI Act.

⁴³ López Moratalla, N. “Inteligencia Artificial ¿Conciencia artificial? Una perspectiva desde las ciencias de la vida” Madrid, Digital Reasons. 2017.

⁴⁴ Regulation (EU) 2024/1689 of the European Parliament and of the Council of 13 June 2024 laying down harmonized rules on artificial intelligence and amending Regulations (EC) No 300/2008, (EU) No 167/2013, (EU) No 168/2013, (EU) 2018/858, (EU) 2018/1139 and (EU) 2019/2144 and Directives 2014/90/EU, (EU) 2016/797 and (EU) 2020/1828 (Artificial Intelligence Act) (Text with EEA relevance)

En España, rigen las leyes de la UE y además se aplica la llamada Estrategia Nacional de Inteligencia Artificial (ENIA) establecida en 2020, que define la hoja de ruta para el desarrollo y uso ético de la IA. Establece principios como la igualdad, la transparencia y la sostenibilidad.

En 2024 se creó la Agencia Española de Supervisión de la IA (AESIA), con sede en La Coruña, ya operativa desde 2024, que es el primer organismo europeo de supervisión dedicado exclusivamente a la IA. Se encargará de supervisar la aplicación del AI Act en España y garantizará el cumplimiento ético de la IA en el sector público y privado. En julio de 2021 el Ministerio de Transformación Digital de España publica la Carta de Derechos Digitales⁴⁵.

En Estados Unidos (EE. UU.), aún no hay una ley federal específica sobre IA, pero ha establecido un conjunto de iniciativas y regulaciones parciales, como la US Executive Order on Safe, Secure, and Trustworthy AI (octubre 2023)⁴⁶, una orden ejecutiva firmada por la Casa Blanca, que exige evaluaciones de seguridad, transparencia en modelos generativos y protección contra sesgos. Pone énfasis en IA segura para sectores críticos: salud, defensa, empleo y educación.

También existe el NIST AI Risk Management Framework (2023), un marco voluntario creado por el Instituto Nacional de Estándares y Tecnología que ayuda a las organizaciones a diseñar sistemas de IA seguros, responsables y explicables.

Otras entidades internacionales, como la OCDE⁴⁷ han dictado unas Recomendaciones sobre una IA centrada en el ser humano (2019), pretendiendo promover principios de transparencia, seguridad y respeto a los derechos humanos.

También la UNESCO⁴⁸, confeccionó un Marco ético mundial (2021) que destaca la importancia de la equidad, la inclusión y la diversidad en la IA.

Los grandes grupos económicos y políticos de países como el G7 o el G20 abogan por el desarrollo de IA confiable, especialmente en relación con los modelos fundacionales y la gobernanza internacional.

En cualquier caso, y más allá de lo que la ley regule, está claro que, para mitigar el impacto negativo de la IA, es importante tomar medidas que garanticen su control y su uso responsable y ético, fomentando la transparencia y la responsabilidad en su diseño desarrollando políticas y regulaciones que protejan especialmente los derechos y la privacidad de los usuarios.

En definitiva, en el presente artículo abogamos por una regulación ética de los desarrollos de la IA y de su uso.

9. Conclusiones

La inteligencia artificial está transformando radicalmente nuestra relación con el conocimiento, el trabajo, la toma de decisiones y la relación con los demás, lo que obliga a repensar el papel de la mente humana frente a estas nuevas formas de inteligencia no biológica. A pesar de sus capacidades superiores en velocidad, cálculo y procesamiento de datos, y a pesar de que la IA podría alcanzar algunas de las cualidades intrínsecas al pensamiento humano como intuición, pensamiento crítico, empatía, juicio ético y comprensión contextual, no por ello podamos decir que la IA es pensamiento humano. Esta diferencia esencial plantea el reto de diseñar sistemas que complementen y potencien las capacidades humanas, sin reemplazarlas ni reducirlas y por parte de los usuarios no ceder al desarrollo de las capacidades humanas por dejarse sustituir por la IA.

Entre las ventajas del uso de la IA se encuentran la mejora en el acceso al conocimiento, la eficiencia en la gestión de recursos y la capacidad de personalizar servicios en ámbitos como la educación o la salud. Sin embargo, también emergen efectos negativos preocupantes, como la automatización deshumanizante, la manipulación informativa, o la delegación de decisiones complejas en sistemas opacos.

Frente a estos desafíos, es imperativo desarrollar marcos éticos y normativos sólidos que garanticen la transpa-

⁴⁵ Gobierno de España, Derechos Digitales. Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia (2021) https://www.lamoncloa.gob.es/presidente/actividades/Documents/2021/140721-Carta_Derechos_Digitales_RedEs.pdf. Accedido, 2 de agosto de 2025

⁴⁶ Federal Register. Executive Order 14110 of October 30, 2023. Safe, Secure, and Trustworthy Development and Use of Artificial Intelligence. Accedido, 6 de abril de 2025.

⁴⁷ OCDE. AI Principles. <https://www.oecd.org/en/topics/sub-issues/ai-principles.html>. Accedido, 6 de abril de 2025.

⁴⁸ UNESCO. <https://www.unesco.org/es/artificial-intelligence/recommendation-ethics>. Accedido, 6 de abril de 2025.

rencia, la equidad, la rendición de cuentas y la preservación de los derechos humanos. El futuro de la IA no debe medirse solo por su potencia técnica, sino por su capacidad de integrarse éticamente en sociedades libres y justas.

La educación es clave para adaptarse al nuevo paradigma tecnológico.

Contribución de los autores

Natalia López-Moratalla: Idea original y Dirección. Corrección y remodelación texto original. Carmen de la Fuente: crítica y análisis del texto original. María Font: Redacción del texto original, búsqueda y análisis de bibliografía seleccionada. Correcciones y formato final.

Conflicto de intereses

Las autoras declaran que no existen conflictos de interés

Referencias

- Ahmad, Z. (2023) Artificial Intelligence or Augmented Intelligence? *International Journal of Science and Research (IJSR)*. 12: 1782-1788. <https://dx.doi.org/10.21275/SR231212220052>.
- Amat-Rodrigo, J. (2017) Máquinas de Vector Soporte (Support Vector Machines, SVMs) disponible con licencia CC BY-NC-SA 4.0 en https://www.cienciadedatos.net/documentos/34_maquinas_de_vector_soporte_support_vector_machines. Accedido, 4 de abril de 2025.
- Aparicio-Gómez, WO. and Aparicio-Gómez, OY. (2024). Principios éticos para el uso de la Inteligencia Artificial Ethical principles for the use of Artificial Intelligence. *Revista Internacional de Desarrollo Humano y Sostenibilidad* 71.1.
- Bai, L. et al. (2023). ChatGPT: The cognitive effects on learning and memory. *Brain-X*. 1: e30. <https://doi.org/10.1002/brx2.30>.
- Baidoo-Anu, D. and Owusu, AL. (2023). Education in the era of generative artificial intelligence (AI): understanding the potential benefits of ChatGPT in promoting teaching and learning. *SSRN*. <https://doi.org/10.2139/ssrn.4337484>.
- Buçinca, Z. et al. (2021). To trust or to think: cognitive forcing functions can reduce overreliance on AI in AI-assisted decision-making. *Proc ACM Hum Comput Interact*. 5(CSCW1): 88. <https://doi.org/10.1145/3449287>.
- Celeghin, A. et al. (2023). Convolutional neural networks for vision neuroscience: significance, developments, and outstanding issues. *Frontiers in Computational Neuroscience* .17. DOI:10.3389/fncom.2023.1153572.
- Copeland, J. (2003). The Turing Test, en Moor Moor, James James, ed., *The Turing Test: The Elusive Standard of Artificial Intelligence* (Springer), ISBN 1-4020-1205-5.
- Corrêa, NK. et al. (2023). Worldwide AI ethics: A review of 200 guidelines and recommendations for AI governance. *Patterns*. 4: 100857. <https://doi.org/10.1016/j.patter.2023.100857>.
- Dergaa, I. et al. (2024). Using artificial intelligence for exercise prescription in personalised health promotion: a critical evaluation of OpenAI's GPT-4 model. *Biol. Sport* 41: 221–241. DOI: 10.5114/biol sport.2024.133661.
- Federal Register. Executive Order 14110 of October 30, 2023. Safe, Secure, and Trustworthy Development and Use of Artificial Intelligence. Accedido, 6 de abril de 2025.
- Garrido, EC. and Lumbreras, S. (2022). On the independence between phenomenal consciousness and computational intelligence. <https://doi.org/10.48550/arXiv.2208.02187>. Accedido, 6 de abril de 2025.
- Genova, G. (2025) Aceptado el primer artículo científico generado por IA. <https://theconversation.com/aceptado-el-primer-articulo-cientifico-generado-por-ia-253451> Accedido, 29 de abril de 2025.
- Goodfellow, IJ. et al. (2014). Generative Adversarial Networks. <https://doi.org/10.48550/arXiv.1406.2661>. Accedido, 4 de abril de 2025.
- Gobierno de España, Derechos Digitales. Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia (2021) https://www.lamoncloa.gob.es/presidente/actividades/Documents/2021/140721-Carta_Derechos_Digitales_RedEs.pdf. Accedido, 2 de agosto de 2025
- Griffiths, TL. (2020) Understanding Human Intelligence through Human Limitations. *Trends in Cognitive Sciences*. <https://doi.org/10.48550/arXiv.2009.14050>.

- Honton, G. et al. (2015) Deep learning. *Nature*, 521: 436-444. <https://doi.org/10.1038/nature14539>.
- Hutton, JS. et al. (2020). Associations Between Screen-Based Media Use and Brain White Matter Integrity in Preschool-Aged Children. *JAMA Pediatrics*. 174(1):e193869. doi:10.1001/jamapediatrics.2019.3869.
- Inglada, L. et al. (2024) Ethics and artificial intelligence. *Revista Clínica Española (English Edition)*, 224: 178-186.
- Kalpokus, I. and Kalpokiene, J. (2022). Deepfakes. A Realistic Assessment of Potentials, Risks, and Policy Regulation. *SpringerBriefs in Political Science (BRIEF-SPOLITICAL)*.
- Kasneci, E. et al (2023) ChatGPT for good? On opportunities and challenges of large language models for education. *Learn Indiv Differ*. 103:102274. <https://doi.org/10.1016/j.lindif.2023.102274>.
- Khan, AA. et al. Ethics of AI: A Systematic Literature Review of Principles and Challenges. *arXiv:2109.07906*. <https://doi.org/10.48550/arXiv.2109.07906>. Accedido, 6 de abril de 2025.
- Lindsay, RK. et al. (1980). Applications of Artificial Intelligence for Organic Chemistry: The Dendral Project. McGraw-Hill Book Company, 1980.
- López-Moratalla, N. (2017) Un puente mente cerebro. *Ideas* 8, 33-45.
- López-Moratalla, N. (2017). "Inteligencia Artificial ¿Conciencia artificial? Una perspectiva desde las ciencias de la vida" Madrid, Digital Reasons. 2017.
- López-Moratalla, N. (2020) La neurología actual en el origen de lo humano. *NATURALEZA Y LIBERTAD*. Revista de estudios interdisciplinarios. 13, 87-101.
- López-Moratalla, N. (2021) en: *Humanos. Vínculos familiares en el corazón del cerebro*. Ed RIALP, pp. 17-23.
- Marciano, L. et al. (2021). The Developing Brain in the Digital Era: A Scoping Review of Structural and Functional Correlates of Screen Time in Adolescence. *Front Psychol*. 12:671817. doi: 10.3389/fpsyg.2021.671817.
- McCarthy, J. et al. (1955). A Proposal for The Dartmouth Summer Research Project On Artificial Intelligence. <http://www-formal.stanford.edu/jmc/history/dartmouth/dartmouth.html>. Accedido, 2 de abril de 2025.
- Mcculloch, WS. and Pitts, W. (1990). A logical calculus of the ideas immanent in nervous activity *Bulletin of Mathematical Biology*. 52: 99-115.
- Monroe, D. (2014). Neuromorphic computing gets ready for the (really) big time. *Communications of the ACM*. 57: 13 – 15. <https://doi.org/10.1145/2601069>.
- Nivins, S. et al. (2024). Long-term impact of digital media on brain development in children. *Sci Rep*. 14:13030. doi: 10.1038/s41598-024-63566-y.
- OCDE. AI Principles. <https://www.oecd.org/en/topics/sub-issues/ai-principles.html>. Accedido, 6 de abril de 2025.
- Oficina de Prensa de la Santa Sede. (2025). Nota sobre la relación entre la inteligencia artificial y la inteligencia humana. *Vatican News*. Accedido, 6 de abril de 2025.
- Pedro, F. et al. (2019). Artificial Intelligence in Education: Challenges and Opportunities for Sustainable Development. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization; <https://hdl.handle.net/20.500.12799/6533>.
- Regulation (EU) 2024/1689 of the European Parliament and of the Council of 13 June 2024 laying down harmonised rules on artificial intelligence and amending Regulations (EC) No 300/2008, (EU) No 167/2013, (EU) No 168/2013, (EU) 2018/858, (EU) 2018/1139 and (EU) 2019/2144 and Directives 2014/90/EU, (EU) 2016/797 and (EU) 2020/1828 (Artificial Intelligence Act) (Text with EEA relevance).
- Rosenblatt, F. (1958). Perceptron: a probabilistic model for information storage and organization in the brain. *Psychological Review*. 65: 386-408. Accedido, 2 de abril de 2025.
- Rumelhart, D. et al. (1986) Learning representations by back-propagating errors. *Nature*. 323: 533-536. <https://doi.org/10.1038/323533a0>.
- Sakana IA (2024) The AI Scientist: Towards Fully Automated Open-Ended Scientific Discovery. <https://sakana.ai/ai-scientist/>. Accedido, 29 de abril de 2025.
- Sánchez, C. (2025). Por qué no podemos afirmar que la inteligencia artificial 'habla'. *The Conversation*.

- <https://theconversation.com/por-que-no-podemos-afirmar-que-la-inteligencia-artificial-habla-250096>. Accedido, 30 de abril de 2025.
- Sánchez Martín, FM. et al. (2007). History of robotics: from archytas of tarentum until da Vinci robot. (Part I). *Actas Urológicas Españolas*. 31: 69-76. [https://doi.org/10.1016/S0210-4806\(07\)73602-1](https://doi.org/10.1016/S0210-4806(07)73602-1).
- Schemmer M. et al. (2022). Should I follow AI-based advice? Measuring appropriate reliance in human-AI decision-making. *arXiv preprint arXiv*. <https://doi.org/10.48550/arXiv.2204.06916>.
- Shortliffe, EH. (1976). *Computer Based Medical Consultations: MYCIN*, American Elsevier, 1976.
- Sutton, RS. and Barto, AG: (2018) *Reinforcement Learning: An Introduction* MIT Press, Cambridge, MA Second Edition.
- Toolify.ai (2024) Aprendizaje Auto-Supervisado: Una Nueva Frontera en IA. <https://www.toolify.ai/es/ai-news-es/aprendizaje-autosupervisado-una-nueva-frontera-en-ia-1766168>. Accedido, 4 de abril de 2025.
- Turing, A. (1948). Machine Intelligence, en Copeland, B. Jack, ed., *The Essential Turing: The ideas that gave birth to the computer age*, Oxford: Oxford University Press, ISBN 0-19-825080-0.
- UNESCO. <https://www.unesco.org/es/artificial-intelligence/recommendation-ethics>. Accedido, 6 de abril de 2025.
- Vara Miguel, A. (2024) Calidad periodística y pluralidad: claves para la confianza informativa en la era de la Inteligencia Artificial (IA) Informe DIGITAL NEWS REPORT 2024. Universidad de Navarra. <https://www.unav.edu/web/digital-news-report/entradas/-/blogs/informe-ejecutivo>. Accedido, 1 de mayo de 2025.
- Vaswani, A., et al. (2017). Attention is All You Need. <https://arxiv.org/abs/1706.03762>. Accedido, 4 de abril de 2025.
- Yax, N. et al. (2023) Studying and improving reasoning in humans and machines. *arXiv:2309.12485*. Accedido, 5 de abril de 2025.
- Zhou, J. et al. (2023). Ethical ChatGPT: concerns, challenges, and commandments. *arXiv preprint*. <https://doi.org/10.48550/arXiv.2305.1064>. Accedido, 5 de abril de 2025.

CARTA AL EDITOR



DEL SILENCIO DEL SENTIDO COMÚN AL RUIDO DEL DERECHO INVENTADO: UNA REFLEXIÓN MÉDICO-ÉTICA SOBRE LA VIDA HUMANA

FROM THE SILENCE OF COMMON SENSE TO THE NOISE OF INVENTED RIGHTS: A MEDICAL-ETHICAL REFLECTION ON HUMAN LIFE

MARÍA DOLORES CALABRIA GALLEGO

Hospital Virgen de la Concha

C/ La López, 39 13332 Villahermosa (Ciudad Real), Tel.: 645601039

mdcalabria@saluicastillayleon.es

En el contexto actual, el discurso público ha perdido el cauce del pensamiento racional. El sentido común — otrora brújula para discernir lo justo de lo injusto— ha sido sustituido por construcciones emocionales, consignas ideológicas y la mercantilización de conceptos éticos. La reflexión ha cedido ante la inmediatez; la profundidad, ante el impacto; la razón, ante el ruido. La bioética ha sido arrastrada también por esta corriente. Hoy se discuten derechos como si fueran productos: se invocan, se decretan, se retiran. El aborto y la eutanasia no son ya prácticas médicas debatidas desde el fundamento ontológico del ser humano, sino herramientas de “libertad” dentro de una narrativa individualista que desdibuja los límites entre el bien y el daño.

La pregunta por el valor de la vida —cuándo empieza, cómo se protege, por qué importa— ha sido reemplazada por la pregunta de si se desea o no. El deseo se ha convertido en criterio, y esa mutación silenciosa en el lenguaje ha transformado el campo del pensamiento ético en un escenario de confusión moral [1]. La biología constata de forma inequívoca que la vida humana comienza con la fecundación: se genera un nuevo organismo con un genoma propio y capacidad de desarrollo autónomo. Tal como han documentado Herranz, López Moratalla y Santiago en sus estudios sobre identidad corporal embrionaria, esta afirmación no es opinable: es

un dato científico verificable. Así, con la fecundación, no por mandato religioso o moral, sino por evidencia biológica, se da comienzo a un nuevo organismo con ADN único, capacidad de desarrollo autónomo, orientado a desplegar todo su potencial vital [2, 3].

A pesar de ello, el trato que se le otorga al embrión varía radicalmente en función del deseo de los progenitores: si es querido, se le llama hijo y se celebra su existencia; si no lo es, se le reduce a “masa celular”. Esta mutación ética revela lo que algunos autores han definido como **relativismo emocional** —una postura que sustituye principios por sensaciones, y convierte el valor del otro en función del estado afectivo del yo. La ética sentimental, al convertir la moral en una cuestión de sensaciones, disuelve el bien común en una suma de deseos individuales. Esta deriva ha sido ampliamente analizada en estudios sobre el personalismo contemporáneo y su impacto en la arquitectura moral de Occidente [1,4].

La paradoja es inquietante: ¿qué tipo de ética permite que el mismo ser biológico sea considerado humano en un contexto y desechable en otro? ¿No estamos ante una discriminación ontológica encubierta por la retórica de la elección? En este marco, el llamado “derecho al aborto” se presenta como legitimación jurídica de una decisión personal sobre la vida de otro. Lo que era una acción éticamente conflictiva —interrumpir el

desarrollo de un ser humano— se transforma en gesto político celebrable [5].

La eutanasia plantea un conflicto radical no solo desde la bioética, sino también desde la praxis médica. Muchos profesionales que la practican creen estar actuando desde la compasión: matar por misericordia. Pero esta decisión ocurre en un contexto marcado por la tecnificación, la prisa y el abandono del pensamiento reflexivo que caracterizaba al médico humanista [6]. El médico que se detenía a pensar, a acompañar, ha sido caricaturizado como ingenuo. Se exalta al profesional “rápido”, “productivo”, “técnico”. En este terreno, decisiones como la eutanasia se convierten en soluciones funcionales a problemas humanos que ya no se reflexionan éticamente. La frase “Para vivir así, mejor morir” se instala en conciencias poco formadas, permeables al silogismo simplista. Pero esa lógica olvida que la vida no tiene valor por su utilidad, sino por el ser que la vive. Un ser humano no vale porque produce —vale porque existe [6]. El juramento hipocrático merece ser redescubierto no por su literalidad, sino por su función histórica: guiar a generaciones médicas en el respeto por la vida [7]. La degradación de la sensibilidad humanista se ha documentado en múltiples ámbitos: guerras tecnificadas, prácticas eugenésicas, fragmentación familiar, industrialización del sufrimiento. Incluso revistas como *Neurology*, que hasta hace pocos años publicaban editoriales firmes contra la eutanasia, han comenzado a abrirla la puerta [8]. Este cambio no parece fruto de mayor reflexión, sino de adaptación al discurso predominante.

Los derechos auténticos nacen de la dignidad ontológica del ser humano. Sin embargo, hoy la dignidad se interpreta en clave funcional: se es digno si se decide, si se produce, si se es independiente. Esta reinterpretación puede denominarse aquí **dignidad de diseño**. En el discurso actual sobre bioética y derechos humanos, el concepto de dignidad ha sufrido una transformación profunda. Lo que durante siglos se entendió como valor intrínseco del ser humano —por el mero hecho de ser quien es— ha sido sustituido por una noción condicionada: se es digno si se decide, si se rinde, si se produce. Esta reinterpretación puede definirse aquí como *dignidad de diseño*.

La *dignidad de diseño* no nace del reconocimiento del ser humano como valor en sí, sino del ensamblaje ideológico de cualidades que lo hacen “aceptable” en un contexto social determinado. Se trata de una dignidad configurada a medida: estética, técnica, jurídica. Esta mutación ética convierte lo que debería ser principio —la dignidad— en producto; lo que debería ser inviolable, en accesorio. Autores como Leon Kass y Daniel Sulmasy han abordado este fenómeno bajo formulaciones como *dignidad instrumentalizada* o *contextual* [9,10]. Kass advierte sobre el riesgo de vaciar el concepto hasta convertirlo en una etiqueta que disimula prácticas moralmente problemáticas. Sulmasy insiste en recuperar una visión espiritual y ontológica de la persona, alejada de criterios funcionales. Ruth Macklin, por otro lado, llega incluso a afirmar que la dignidad es un concepto inútil por falta de claridad [11] —lo que evidencia cuán erosionado está el fundamento mismo de nuestra arquitectura moral. Reconocer esta mutación no es solo un ejercicio conceptual: es una alarma ética. Porque si la dignidad se diseña, también se puede retirar. Y entonces, ¿quién decide cuándo alguien ha dejado de ser digno?

El constructo de “muerte digna” ha ganado terreno como eslogan, pero carece de sustancia filosófica. Morir con dignidad no equivale a morir sin dolor o con elección: la dignidad está en cómo se vive, cómo se acompaña, cómo se cuida [10]. La ética del consenso —cuando sustituye a la reflexión— puede justificar prácticas peligrosas. Herranz advierte que muchas decisiones colectivas sin fundamento moral han legitimado abusos históricos [12]. La cultura actual ha tendido a normalizar lo inaceptable. Pero esta normalización no ha sido fruto de madurez ética, sino de fatiga moral. Lo que antes exigía argumentos, hoy se acepta por repetición y saturación emocional. La anestesia ética convierte decisiones graves en trámites administrativos. Esta carta no pretende convencer a quien ya ha adoptado una ideología cerrada, sino abrir la posibilidad de pensar desde otra perspectiva: la del médico, del humanista, del ciudadano que se rehúsa a convertir el deseo en derecho, y la vida en trámite. El aborto implica la interrupción de una vida humana en desarrollo. La eu-

tanasia no es medicina, sino abandono legal del cuidado. Estas afirmaciones no buscan escandalizar, sino recuperar la coherencia ética. Aunque el discurso dominante haya desplazado la bioética hacia la técnica y la emocionalidad, sigue siendo posible pensar con rigor. Y ese pensamiento —si es ético, si es humano, si es médico— tiene aún algo que decir. Tal vez no se escuche hoy. Pero si se escribe con verdad, quedará para mañana.

Referencias

1. Contreras-Calderón J. La influencia del relativismo en la comprensión de la especie humana con relación a la investigación social y tecnocientífica como problema bioético. *Apuntes de Bioética*. 2024;7(2):18–33. doi:10.35383/apuntes.v7i2.1138
2. Herranz G, López Moratalla N, Santiago E. Inicio de la vida de cada ser humano. ¿Qué hace humano el cuerpo del hombre? *Cuad Bioet*. 2011;22(2):283–308.
3. Martínez Ten C. Bioética y embriología: el estatus del embrión humano. *Cuad Bioet*. 2016;27(3):431–442.
4. Ordóñez Maldonado A. Personalismo, libre desarrollo de la personalidad y disolución del bien común. *Verbo*. 2012;(509–510):1–25.
5. Miranda G. Cultura de la muerte y bioética: una visión crítica. *Acta Bioethica*. 2010;16(2):145–152.
6. Sulmasy DP. Death and Human Dignity. *Linacre Q*. 1994;61(4):27–36.
7. Kass LR. The Right to Life and Human Dignity. *The New Atlantis*. 2007;(16):41–60.
8. Trejo-Gabriel-Galán JM. Eutanasia y suicidio asistido en enfermedades neurológicas: una revisión sistemática. *Neurología*. 2024;39(2):101–109.
9. García Bellido MR, Romeu Peyró MC. Diseño y validación de un cuestionario sobre bioética y dignidad humana para universitarios en Ciencias de la Salud de España. *Cuad Bioet*. 2024;35(115):217–225. doi:10.30444/CB.176
10. Sulmasy DP. *The Rebirth of the Clinic: An Introduction to Spirituality in Health Care*. Washington, DC: Georgetown Univ Press; 2006.
11. Macklin R. Dignity is a useless concept. *BMJ*. 2003;327(7429):1419–1420.
12. Pardo A. La ética de la investigación biomédica en Gonzalo Herranz. *Cuad Bioet*. 2022;33(109):249–262.

INFORMACIÓN BIBLIOGRÁFICA



RETOS BIOÉTICOS DESDE CENTROAMÉRICA Y EL CARIBE. COORDINADORAS: CLAUDE VERGÈS (EDITORA) Y GABRIELA SIBAJA

Redbioética-Unesco, Panamá, 2025. Accesible en:

<https://redbioetica.com.ar/libro-retos-bioeticos-desde-centroamerica-y-el-caribe/>

BIOETHICAL CHALLENGES FROM CENTRAL AMERICA AND THE CARIBBEAN. COORDINATORS: CLAUDE VERGÈS (EDITOR) AND GABRIELA SIBAJA

YASHIRO DÍAZ

Ministerio de Salud de la República de Panamá

yashiro.diaz@up.ac.pa

Retos bioéticos desde Centroamérica y El Caribe es una colección de casos clínicos bioéticos con una aproximación “cosmovisiva”: biomédica, social, psicológica, antropológica e incluso filosófica, descrito por los distintos colaboradores. Los casos tienen la estructura propia usados en la medicina oficial (MO) o colegiada, con la impronta de considerar los aspectos familiares, sociales, institucionales y filosóficos que van imbricados en preguntas abiertas al final de cada caso. Este método heurístico es propio de la bioética social, el cual permite abarcar desde una racionalidad narrativa o hermenéutica el asunto dilemático en cuestión. También, otorga la posibilidad de acceder a una vasta bibliografía temática actualizada al final de cada exposición de caso. Es interesante el hecho que los casos se agrupan en los ciclos de vida de la persona humana, a saber: niñez y adolescencia, adultez y vejez, y que cada ciclo de la vida de la persona humana es antecedido por la participación literaria de dos grandes poetisas y filósofas de la región. Se trata de tres poemas que revelan lo que alguna vez Galeano comprendió como “las venas abiertas de América Latina” desde un enfoque actualizado. Una brillante idea de aproximarnos desde

la estética la encrucijada que viven los olvidados, los despojados, los más vulnerables...

El compendio de los ocho casos de la niñez y adolescencia observa los dilemas éticos del inicio de la vida humana que implican malformaciones congénitas y viabilidad del neonato. Tales son los casos de las siamesas de República Dominicana y de una lactante mayor panameña con múltiples malformaciones debido a bandas amnióticas, ambas nacidas en un contexto social de vulnerabilidad. Otros tres casos tratan sobre adolescentes con enfermedad terminal; uno aborda el tema del suicidio, el embarazo precoz y sus consecuentes estigmas y sentimientos de culpabilidad, y un último caso aborda el tema de la violencia infantil con final fatídico. Se observa en cada uno de ellos la complejidad de las decisiones que enfrentan los comités de bioética hospitalario y los abordajes psicosociales que se ofrecen a los padres, a las niñas, los niños y adolescentes. De vital relevancia es la observación bioética, tanto ambiental como sanitaria, que nos vincula un caso sobre la producción y fácil disponibilidad al público de pesticidas; el impacto que genera la presión mediática en cuanto a la (des)información en redes sociales, y la necesidad de una ética dirigida a la gestión sanitaria.

Los casos de la adultez centran la atención en la discriminación por parte del personal de salud hacia los pacientes con virus de inmunodeficiencia humana (VIH), tuberculosis, pacientes LGTBQ+, pacientes con enfermedades mentales, de etnias originarias y con discapacidades auditivas. Este último grupo responde a la urgente necesidad de una asistencia que tome en cuenta la realidad multicultural (idioma de comunidades originarias) y un lenguaje inclusivo (de señas) con el fin de evitar mala praxis por fallas en la comunicación. Entre los casos, yacen dos de sumo interés: uno de violencia obstétrica de una paciente hondureña VIH que requirió trascender a la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH); otro, sobre la polémica pública que causó la prestación del servicio de reasignación de sexo en un hospital público argentino. Este último despierta el debate de la justicia distributiva, la asignación de recursos y el derecho a una salud sexual integral. Siguiendo el tema del derecho a la sexualidad sana y a la reproducción, se vincula un caso de una paciente con una enfermedad mental que apela a su derecho a reproducirse. Este componente del ciclo vital de la adultez retoma la importancia, ejemplificada en casos clínicos, de comprender el consentimiento informado como un acto ético (*praxis*), más que técnico-administrativo (*techné*). Este acto vincula el tema de la relación médico paciente y el consentimiento por parte del paciente, ateniéndose a una decisión racional. Para ello se requiere la buena voluntad del personal médico tratante en establecer una comunicación efectiva y participativa. Finalmente, se aborda el tema de las terapias emergentes con células madres que incluye la necesidad de evidenciar científicamente las terapias emergentes, además de atenerse a las normas y políticas en salud pública.

Los casos que abarcan la vejez implican la realidad a la que se enfrentan los familiares en decidir alguna acción radical por parte del equipo médico tratante, tomando en cuenta que muchos pacientes no dejan explícito un documento de voluntades anticipadas antes de que su capacidad de comunicación se vea afectada. La situación es conflictiva en caso que las opiniones de los familiares estén divididas. Se presentan otros casos de discriminación y violación de los derechos de las personas en etapa de vejez por parte del personal de salud, e incluso los familiares. El último caso de este ciclo vital describe el abandono por parte de los familiares que sufren pacientes en edad avanzada con deterioro cognitivo.

Los dos últimos casos abordan el tema de la bioética en cuanto a las políticas públicas. Uno de ellos es la realidad a la que se vieron expuestos muchos sistemas sanitarios ante la emergencia de la pandemia por la Covid-19. El otro caso fue al que se afrontaron los miembros de un comité de ética de la investigación panameño ante la decisión de aprobar o no un protocolo de investigación que implicaba el manejo de muestras y material biológico con datos genéticos de los sujetos humanos de investigación.

Sin duda tenemos ante nosotros una obra de excepcional valor que nos enfrenta a las crudas realidades de las que han sido protagonistas un grupo de profesionales de la salud y otras disciplinas que conforman comités de bioéticas hospitalarios y de investigación, en las distintas latitudes de la región centroamericana y del caribe. Considero, personalmente, esta obra debe estar entre las bibliografías obligatorias de los pénsum de grado y postgrado en medicina.

INSTRUCCIONES PARA EL ENVÍO DE COLABORACIONES A LA REVISTA CUADERNOS DE BIOÉTICA (AÑO 2025)

La revista Cuadernos de Bioética, órgano oficial de la Asociación Española de Bioética y Ética Médica, publica cuatrimestralmente artículos de investigación y reseñas bibliográficas sobre todas las áreas de la bioética: fundamentación, ética de la investigación, bioética clínica, etc. Estos procederán de los aceptados en la revisión tutelada por los editores de la revista como de otros que por encargo el comité editorial solicite a sus autores. Los artículos que no se ajusten a estas instrucciones serán devueltos a sus autores. La revista acepta artículos escritos tanto en castellano como en inglés.

— **Dirección:** Los artículos serán enviados a L.M. Pastor. E-mail: bioetica@um.es. También si hay alguna dificultad deberán remitirse a: L.M. Pastor. Departamento de Biología Celular e Histología. Facultad de Medicina. Universidad de Murcia. Campus Ciencias de la Salud. Avda. Buenavista nº32. 30120 El Palmar.

— **Material:** Si no se mandan por mail se enviarán dos copias del texto completo en papel DIN A-4 así como se adjuntará el archivo del texto en soporte magnético formateado para PC. En la primera página se señalará: 1) Título del trabajo en castellano e inglés mayúsculas y negrita; 2) Nombre y apellidos del autor/res en negrita; si los autores poseen identificador Orcid deben incluirlo; 3) Institución a la que pertenece/n en cursiva; 4) Dirección, teléfono, fax y/o e-mail; 5) Título abreviado del artículo; y 6) Palabras clave: se indicarán un máximo de cinco y un mínimo de tres palabras claves que sirvan para la clasificación y búsqueda del trabajo, tanto en castellano como inglés. En la segunda página se incluirán un resumen y un abstract en castellano e inglés de no más de 250 palabras cada uno. Al final del texto y antes de las referencias deberán incluir los siguientes apartados: Agradecimientos (si se desea hacerlo); Contribución de los autores cuando sean más de dos; Conflictos de intereses; Fuente de financiación (si existe). El texto deberá llevar numeración continua para todas sus líneas.

— **Procesado del texto:** El texto se escribirá en Word.7 o versión superior, con márgenes de 2,5 cm, formato DIN A-4, interlineado: 1,5, y justificado. Se aconseja una extensión máxima de 15 páginas. La fuente debe ser Times New Roman, y el tamaño de letra: 12. Los comentarios a pie de página seguirán numeración correlativa.

— Referencias bibliográficas:

Todas las referencias serán a pie de página siguiendo numeración correlativa con los comentarios si los hay. Al final del artículo se ordenarán por orden alfabético sólo las referencias bibliográficas en la sección: Referencias. Con el fin de armonizar la presentación de los artículos, las referencias bibliográficas a pie de página deben escribirse cumpliendo las normas siguientes:

a) para citar libros y capítulos de libro

— Apellido del autor en mayúscula la primera letra.

— Inicial del nombre del autor en mayúscula.

— Título de la obra en cursiva,

— Editor, ciudad, año de la publicación, y página a las que se hace referencia

Ejemplo:

Spaemann, R. *Personas*, Eunsá, Pamplona, 2000, 72-75.

Capítulos de libro: Apellido del autor en mayúscula la primera letra. Inicial del nombre del autor en mayúscula. Título del capítulo entre comillas. En: título de la obra en cursiva. Editor, ciudad, año de la publicación.

Libros o capítulos del mismo autor en un mismo año se diferenciarán con letras añadidas al año.

b) para citar artículos de revistas

— Apellido del autor en mayúscula la primera letra.

— Inicial del nombre del autor en mayúscula.

— Título entre comillas.

— Nombre de la revista completo en cursiva

— -Año, volumen, número, página inicial y final del trabajo.

Ejemplo:

Marcos, A. «Neuroética y vulnerabilidad humana en perspectiva filosófica». *Cuadernos de Bioética*. 2015; 26(88): 397-414.

Si se cita nuevamente un volumen o una revista refiriéndose a la ya citada, se pondrá de la siguiente manera:

Spaemann y cols., *op.cit.* 111.

Si a continuación volviera a citarse la misma obra, bastaría poner:

Ibid., 103.

Artículos del mismo autor en un mismo año se diferenciarán con letras añadidas al año.

c) Para citar páginas Web:

Doherty, M. [Publicación en línea] «Redundant publication». 1-4. 1998. <<http://www.bmj.com/misc/cope/text5.shtm>> [Consulta: 5/08/1998]

— **Revisores:** Todos los artículos recibidos serán revisados por al menos dos evaluadores externos. Se informará por carta o e-mail a los autores de la decisión tomada con los comentarios de los revisores (revisión ciega). El comité editorial se reserva el derecho final sobre la publicación o no del artículo.

— **Exigencia editorial:** Los trabajos han de ser originales e inéditos, y no deben haberse enviado al mismo tiempo a otra revista para su publicación. Con el envío del trabajo se mandará por correo el certificado de originalidad y de transferencia de derechos de autor. El tiempo entre recepción y posible publicación del artículo oscila entre 6 a 9 meses. El comité editorial se encargará de la revisión de las pruebas de imprenta según los textos que tenga a su disposición. La revista suscribe el Código de Buenas Prácticas en Investigación de la Universidad de Murcia: <https://www.um.es/web/comision-etica-investigacion/codigo>. Durante el año 2023 un 52,3% de los manuscritos recibidos tras su revisión por pares han sido rechazados. Durante el año 2024 un 61,9% de los manuscritos recibidos tras su revisión por pares han sido rechazados.

— **Impresión y copias:** Tras la aceptación del artículo los autores tienen que abonar 250€ (IVA no incluido) por gastos de publicación indicándoles el comité editorial la forma de hacerlo. Los autores recibirán gratis un ejemplar de la revista donde se publique su artículo. Tras la aceptación de publicación de reseñas de información bibliográfica el autor o autores tienen que abonar 50€.



Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0)

Cuadernos de Bioética se publica en la edición electrónica de la revista bajo una licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0) (texto legal). Esta licencia sólo permite que otros puedan descargar las obras y compartirlas con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se pueden cambiar de ninguna manera ni se pueden utilizar comercialmente.

INSTRUCTIONS FOR CONTRIBUTORS TO THE JOURNAL

«CUADERNOS DE BIOÉTICA» (2025)

Cuadernos de Bioética, the official journal of the Spanish Association of Bioethics and Medical Ethics, is a four-monthly publication containing research articles and bibliographic reviews covering the whole field of bioethics, especially those connected with research and clinical practice. Contributions are initially revised by the editorial committee or are invited papers. Articles that do not conform with the instructions detailed below will be returned to the authors. The journal accepts article for publication in Spanish or English.

— **Address:** Papers will be sent to L.M. Pastor. E-mail: bioetica@um.es. Also if there is any difficulty to L.M. Pastor. Departamento de Biología Celular e Histología. Facultad de Medicina. Universidad de Murcia. Campus Ciencias de la Salud. Avda. Buenavista nº32. 30120 El Palmar, Murcia, Spain.

— **Material:** If they are not sent by e-mail, two printed copies should be sent on DIN A-4 paper, accompanied by a PC formatted electronic support. The first page should contain the following information: 1) Title in bold capital letters in Spanish and English; 2) Full name of the author or authors (also in bold); if the authors have an identifier Orcid should include it; 3) Institution to which the author/s belong (in italics); 4) Address, telephone number, fax and/or e-mail address; 5) Short title of the article; 6) Between 3 (min.) and 5 (max.) key words, which will serve for classification and search purposes. The second page should contain a summary of the article in no more than 250 words in Spanish and English. At the end of the text and before the references, the following sections must be included: Acknowledgments (if you wish to do so); Contribution of the authors when there are more than two; Conflicts of interest; Funding source (if any). The text It must have continuous numbering for all its lines.

— **Text:** The text should be written in Word.7 or more recent version, with margins of 2.5 cm, on DIN A-4 paper, at 1.5 interline spacing and justified, Times New Roman size 12 letters should be used as type face. Footnotes should appear on the same page in consecutive order.

— **Bibliographical references:** All references should appear at the foot of the page and be accompanied by any commentary. Also, at the end of the article to order by alphabetical order all bibliographical references in the section: References. To harmonize the presentation of the journal bibliographical references should fulfil the norms that follow:

a) To cite books and book chapters

— Author's surname with first letter as capital letter.

— Author's initial (capital letter).

— Title in italics.

— Publisher, city, year of publication and pages referred to.

For example: Spaemann, R. *Personas*, Eunsa, Pamplona, 2000, 72-75.

To cite chapter of a book:

— Author's surname with first letter as capital letter.

— Author's initial (capital letter).

— Chapter title between inverted comas («...»). In: title in italics, followed by publisher, city, year of publication and pages referred to.

b) To cite articles

- Author's surname with first letter as capital letter.
- Author's initial (capital letter).
- Title in inverted commas.
- Complete name of the journal in italics.
- Year, volume, number, initial and final page of the work.

For example: Marcos, A. «Neuroética y vulnerabilidad humana en perspectiva filosófica». *Cuadernos de Bioética*. 2015; 26(88): 397-414.

If a volume or journal is cited for a second time, cite it as follows:

Spaemann et al., *op cit.* 111.

If the next work cited is the same as the previous

Ibid, 103.

c) To cite web page:

Doherty, M. [On line publication] «Redundant publication». 1-4. 1998. <<http://www.bmj.com/misc/cope/text5.shtm>> [Consulted: 5/08/1998]

— **Reviewers:** All the articles received will be reviewed by at least two members of the editorial or scientific committee of the journal. Their decision will be forwarded by letter or e-mail to authors, along with the comments of the reviewers (blind review). The editorial committee's decision is final as to whether a paper should be accepted for publication.

— **Editorial rules:** The papers submitted for possible publication must represent unpublished and original work and should not have been submitted to another journal at the same time. When the papers are submitted a certificate of originality and the transfer of copyright should be sent by ordinary mail. The time between receipt and possible publication of the article ranges from 6 to 9 months. The editorial committee will provide proofs. The journal subscribes to Código de Buenas Prácticas en Investigación de la Universidad de Murcia: <https://www.um.es/web/comision-etica-investigacion/codigo>. During the year 2023, 52.3 % of the manuscripts received after your peer review have been rejected. During 2024, 61.9% of manuscripts received after peer review were rejected.

— **Offprints and copies:** After acceptance of the article, the authors have to pay € 250 (VAT not included) for publication expenses, indicating the editorial committee how to do it. Authors will receive a free copy of the journal issue where their article is published. After accepting the publication of bibliographic reviews, the author or authors must pay € 50.



Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International (CC BY-NC-ND 4.0)

Cuadernos de Bioética is published in the electronic edition of the journal under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International (CC BY-NC-ND 4.0) (legal text) license. This license only allows others to download the works and share them with other people, as long as their authorship is acknowledged, but they can not be changed in any way nor can they be used commercially.

BOLETÍN DE SUSCRIPCIÓN

Enviar a: **Cuadernos de Bioética**, Luis M. Pastor. Departamento de Biología Celular e Histología. Facultad de Medicina. Universidad de Murcia. Campus Ciencias de la Salud. Avda. Buenavista nº32. 30120 El Palmar.

Tomen nota de mi alta como suscriptor de «Cuadernos de Bioética» o como socio de AEBI hasta nueva orden. Sírvase iniciar su envío a partir del número 1º de este año.

El importe de la suscripción anual (Renovable automáticamente por anualidades), se lo abonaré de la forma que le señalo, tachando la casilla correspondiente:

- ☐ Mediante domiciliación bancaria del recibo de suscripción con cargo a c/c que le señalo abajo.
- ☐ Transferencia bancaria a la c/c nº ES88 0081 1203 830001021903. Banco SABADELLCAM.
- ☐ Transferencia bancaria desde el extranjero: nº IBAN/BIC ES 8800811203830001021903

Tarifa anual de suscripción a la revista: 35 € ☐ Resto de Europa y América: 40 € ☐

Tarifa anual de suscripción a la revista más cuota anual de socio de AEBI: 50 € ☐

Tarifa anual de solo socio de AEBI: 30 € ☐

LA REVISTA DEBERÁ ENVIARSE A:

Nombre:

Profesión:

Domicilio:

Población: País:

C.P. Teléfono, fax o e-mail:

IMPRESO DOMICILIACIÓN EN ENTIDADES BANCARIAS O DE AHORRO DOMICILIADAS EN ESPAÑA

Sr. Director de

Sucursal:

Ruego atienda hasta nuevo aviso los recibos que anualmente les pasará la revista Cuadernos de Bioética en concepto de suscripción contra mi c/c.

IBAN	Nº Banco	Nº Sucursal	D.C.	Nº c/c
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Titular:

Domicilio sucursal bancaria:

Población: Teléfono:

Atentamente

Firma

CERTIFICADO DE ORIGINALIDAD Y TRANSFERENCIA DE DERECHOS DE AUTOR

Nombre del manuscrito.....
.....
.....

Todos los autores aceptan la responsabilidad sobre el manuscrito enviado a «Cuadernos de Bioética», es decir, certifican la originalidad del trabajo enviado, que éste no ha sido publicado con anterioridad o que esté siendo revisado para su publicación por otra revista. También que todos los autores han participado sustancialmente en el mismo y aceptan el orden que tienen en la autoría del mismo.

Los derechos del artículo, en caso de publicarse, se rigen por una licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0). Para la publicación en otra revista, libro o en internet deberán solicitar permiso a «Cuadernos de Bioética».

Este certificado debe ser firmado por el autor principal en nombre suyo y de los demás autores si los hay, aceptando las condiciones expuestas anteriormente.

En....., a..... de..... de 20

Autor, firma

Enviar a: Luis Miguel Pastor García. Departamento de Biología Celular e Histología. Facultad de Medicina. Universidad de Murcia. Campus Ciencias de la Salud. Avda. Buenavista nº32. 30120 El Palmar.

