

Nuestro objetivo

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

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

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

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

en este número

Monográfico

XVII Congreso de la Asociación de Bioética Fundamental y Clínica

Teruel 23-25 octubre 2025

Bioética Complutense

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

ISSN: 2445-0812

Publicación semestral.

Directora

D^a. Lydia Feito Grande

Consejo de redacción

D. Tomás Domingo Moratalla
D^a. Isabel Roldán Gómez
D^a. M. Ángela Bernardo Álvarez

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

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



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

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



Índice Nº50 Diciembre 2025

Editorial	1
Artículos	
• Lo que no se ve – Feito, L.	2
• Disbulia – Gracia, D.	3
• Violencia obstétrica y lactancia: derecho y soberanía, por una bioética perinatal – Massó, E.	5
• La Entrevista motivacional como respuesta a la violencia en entornos sanitarios – Balcells, M., Corella, M.	13
• Del protocolo a la compasión: decisiones nutricionales con sentido en la demencia avanzada- Vega, A., Jiménez, K.E., Peñate, M., Montesdeoca, J., Pérez, R, Martín, M.	19
• Consideraciones sobre el ejercicio de la objeción de conciencia de las enfermeras en la Interrupción Voluntaria del Embarazo – Martínez, E., Resano, A., Valverde, M.J., Meneses, M.T., Escribano, S.	25
• Consideraciones éticas ante las sujeciones físicas de la Comisión Deontológica del Colegio de Enfermería de Madrid – Barbado, J.A., Velasco, T., Guerra, I., Cabrejos, A.M., Rodríguez, Y.	31
• La confidencialidad asistencial ante el desafío digital: reflexiones éticas, jurídicas y deontológicas en el ejercicio profesional – Escribano, S., Trespaderne, M.I., Jiménez, M.F., Alonso, E.M., Gómez, C.S.	35
• Cuando la historia no es relato: implicaciones éticas - Martínez, G.	42
• Impacto de la escasez de profesionales médicos en los resultados en salud: una llamada a la deliberación/acción – Heredia, L., Abdellah, U.B.	48
• Violencia de género en mujeres mayores: miradas clínicas, silencios institucionales y claves enfermeras para una atención ética en Atención Primaria – Martínez, R.M., Ruíz, R.	52
• La Violencia Obstétrica, una mirada desde la clínica – Mateos, S.	61
• Papel del Comité de Ética Asistencial en un hospital universitario de tercer nivel de 2015-2025 – Velasco, T., García, M., Gil, N., Verdejo, C., del Río, F., Santiago, A.	69
• Silencios que aíslan: repensar la confidencialidad en salud mental desde la deliberación moral – Ortega, X., Poveda-Moral, S., Ramos, S.	75
• Violencia de género en mujeres con Trastorno Mental Grave (TMG) residentes en España – Ferrer, A., Anadón, L.	83
• Ludificación en el Aula de Legislación y Ética: un enfoque innovador para la educación en enfermería – Maicas, M.J.	87
• Desarrollo y situación actual de la Red Nacional de Comisiones Deontológicas de Enfermería – Valverde, M.J., Velasco, T., Alonso, E., Resano, A., Martínez, E. .	91
• ¿Cuál es la participación de los profesionales de la reproducción asistida en los Comités de Ética Asistencial? – Núñez, R.	101
Reseña de evento	
• XVII Congreso Nacional de Bioética ABFC "Contrarrestar la violencia: deliberando para un cuidado responsable" Teruel, 23-25 de octubre de 2025 – Navarrete-Villanueva, D., Gómez, C., Thomson, C.	108
Cajón de bioética	111
Agenda y bibliografía	114

Los días 23-25 de octubre de 2025 se celebró en Teruel (España) el XVII Congreso Nacional de Bioética de la Asociación de Bioética Fundamental y Clínica (ABFyC), cuyo lema fue “Contrarrestar la violencia. Deliberando para un cuidado responsable” (<https://congreso2025.asociacionbioetica.com/>). Este congreso se organizó en colaboración con el Colegio Oficial de Enfermería de Teruel, acogiendo sus VI Jornadas contra la violencia, y con el Instituto de Estudios Turolenses. El tema, no tan frecuente en el mundo de la bioética, parecía urgente en la situación en la que está nuestro mundo y, para las personas asistentes, resultó enormemente interesante y estimulante para pensar. El congreso fue un éxito de asistencia y de participación, con un excelente programa que no defraudó y que abordó temas como los escenarios de desigualdad en salud, la fuerza de la razón deliberativa frente a la violencia, el cuidado del medio ambiente, la resolución de conflictos, la violencia contra las mujeres, la paz, la integridad científica, la violencia en entornos asistenciales y la responsabilidad.

Estamos viviendo una época marcada por la polarización, los conflictos bélicos, la insolidaridad y las múltiples formas de violencia, que abarcan desde lo estructural, hasta lo tecnológico y lo simbólico. En este contexto, urge una reflexión profunda y un compromiso colectivo como se puso en evidencia en este congreso. La mirada ética es imprescindible para rescatar valores, para promover el cuidado y para llamar a la responsabilidad de todos. La deliberación bioética se muestra como un elemento esencial para frenar la cultura de la agresión y enfatizar la actitud de respeto y diálogo.

La violencia no es un fenómeno externo, habita en nuestras instituciones, en nuestras estructuras y, en ocasiones, en nuestras prácticas. Desde la bioética es preciso desactivar esas inercias que pueden normalizar el daño y la agresión. La violencia adopta rostros que exigen estar alertas: lenguaje deshumanizador, decisiones tecnológicas que generan injusticias, abandono de los más vulnerables, etc. La bioética reflexiona y analiza sobre estas situaciones, desarrolla formas para avanzar en formas de cuidado responsable y también desafía y denuncia esas realidades con coraje y con propuestas constructivas. Ese compromiso con la vida, con las personas y con el mundo es la seña de identidad de la bioética, cuya mirada requiere ampliarse y, de modo cada vez más necesario, analizar los espacios de interseccionalidad.

Los textos que recogemos en este número monográfico especial corresponden a diferentes intervenciones en el congreso y son una muestra de la calidad de lo que allí se pudo escuchar y debatir. Los vídeos del congreso pueden verse en el canal de la ABFyC: <https://m.youtube.com/@abfycbioetica>

Esperamos que disfruten de estas reflexiones y que, con ellas, el inicio del nuevo año abra la esperanza de un futuro mejor. ¡Feliz Año Nuevo!

Lydia Feito Directora

Lo que no se ve

Hay múltiples formas de violencia.

Muchas de ellas están claramente descritas y tipificadas. Otras, sin embargo, están entrelazadas en los hábitos y en las prácticas. Forman parte de las costumbres de la sociedad, de las maneras incuestionadas y de “lo que siempre ha sido así”.

En general, la violencia, en sí misma, siempre es un error. Contraviene cualquier configuración de respeto, tolerancia y convivencia. Y, aunque se ha defendido que existen espacios para una violencia justa, esta, en caso de existir (lo que resulta cuestionable), sería siempre en situaciones excepcionales y cuando se hubieran agotado todos los demás cauces posibles para una negociación, un diálogo, o una resolución pacífica de los conflictos.

La violencia es lo contrario de la fuerza de la razón. Es la razón de la fuerza. Es la imposición agresiva. Aunque pudieran estar justificados los objetivos y las finalidades que enarbolase como bandera, utilizar la violencia siempre es un planteamiento que vulnera la integridad, la paz y los espacios de reciprocidad y mutualidad en la vida de las personas.

Hay violencia física y psicológica. También existen violencias estructurales, sistémicas, simbólicas, las que están instaladas en la sociedad y validan un modelo que genera desigualdad y produce daño.

Pero hay algunas formas de violencia que, simplemente, son maneras equivocadas de actuar. Son formas de establecer algo que exhiben un patrón de conducta que no es capaz de encontrar cauces para poder defenderse y hacerse valer sin recurrir a la imposición, el daño, o cualquier otro elemento de falta de consideración de las otras personas.

Más aún, existen espacios de violencia inadvertida, la que no se ve, que ni siquiera trata de defender nada, sino que, antes bien, es un modo de proceder que no considera el otro ser humano, que le falta al respeto, que lo maltrata, que olvida las claves esenciales de cualquier relación humana. Y esta violencia es a la que muchas veces, por invisible, le prestamos relativamente poca atención. Las violencias invisibles son difíciles de erradicar precisamente porque no se ven. O, lo que es peor, sí se ven, pero no ponemos interés ni miramiento en ellas.

Son formas de violencia a veces de baja intensidad, otras más graves, pero todas ellas son agresiones y deberían evitarse. Una falta de atención a la necesidad de alguien que tiene una dificultad de movilidad o un problema cognitivo; gestionar los tiempos en función de las necesidades de quien aporta los cuidados y no de la persona que los recibe; hacer discriminación por género, por etnia, por edad, asumiendo y aceptando tópicos a los que habría que oponerse; asumir la desigualdad y las inequidades como parte de un sistema que debería corregirse, pero ante el que pensamos que no somos responsables, etc. son todas ellas formas de violencia.

Sin duda es incorrecto llamar a todo esto violencia por igual, sin establecer matices que diferencien unas situaciones de otras. Sería preciso un estudio riguroso para delimitar la especificidad de cada forma de violencia. Pero el objetivo de estas líneas no es hacer un análisis profundo sobre las formas de violencia, sino llamar la atención sobre la invisibilidad de muchas de ellas, para que aprendamos a mirar y a asumir, en la parte que nos corresponde, nuestra responsabilidad por esas violencias.

Es evidente que no podemos corregir todas desde nuestro espacio personal y profesional. Pero no por ello podemos dejar de actuar, denunciar, y hacer lo posible por mejorar la situación. El compromiso contra la violencia exige desarrollar una capacidad de detección de sus múltiples formas y matices, e intervenir para erradicarlas.

En ocasiones, es tan solo mirar con atención y escuchar la necesidad del otro. Otras veces es saber defender lo propio de manera asertiva, pero sin imposiciones ni agresión. También es tomar en consideración la diferencia, la diversidad de estilos, de maneras de vivir, de culturas, de perspectivas sobre la vida. Evitar los dogmatismos, las verdades absolutas, las afirmaciones incuestionables. Porque todos pensamos que nuestro modo de ver la vida es el correcto. Pero todos tenemos una visión parcial de la realidad. Una visión incompleta, una visión sesgada. Todos llevamos filtros en nuestros ojos y en nuestro entendimiento.

Y por eso es tan importante el diálogo, la deliberación entre puntos de vista, la atención a las otras miradas, la consideración de la vulnerabilidad, y la escucha de las situaciones en las cuales algunas personas no pueden defender lo suyo, simplemente porque están en una condición más desfavorable.

No son aceptables los discursos impositivos ni las verdades absolutas. Tampoco la exclusión de determinadas opiniones o actores. De ahí que una bioética, a la altura de los tiempos, deba trabajar con la deliberación, como el mejor antídoto contra la violencia.

La deliberación es, en buena medida, una clave para erradicar la violencia, en sus múltiples facetas, pero, sobre todo, en ese espacio de lo que no se ve. Al atender a las diferentes visiones y dar voz a las distintas perspectivas, completa un relato para la comprensión de la realidad y para la generación de un espacio de promoción de valores. De ahí su fuerza, su legitimidad y su responsabilidad.

Lydia Feito

Directora de *Bioética Complutense*

El comentario de Diego Gracia

El comentario de Diego Gracia



Disbulia

Vimos en la entrega anterior lo que Aristóteles denominó “eubulía”, buena deliberación. El hecho de que Aristóteles no hable solo de *bouleusis*, deliberación, sino también de *eubulía*, buena deliberación, demuestra bien que esta puede hacerse bien y mal, y que no delibera bien quien quiere sino quien puede. Parece que a Aristóteles esto le preocupó. El deliberar es una *héxis*, un hábito, y no de fácil adquisición. El deliberar bien exige no solo, que también, ciertos conocimientos y habilidades, sino incluso determinadas actitudes básicas, sin las cuales todos buscaremos hacer lo que Schopenhauer estampó como título de su libro póstumo, *Dialéctica erística o el arte de tener razón*, expuesta en 38 estratagemas. Pero la *eubulía*, la deliberación, es la antítesis de la erística. Su objeto es la búsqueda y toma de decisiones prudentes, en tanto que la erística es el arte de tener razón a toda costa, a cualquier precio, y por consiguiente de triunfar sobre el adversario, utilizando para ello, incluso, argumentos falaces. La erística es la antítesis de la deliberación. El que sea tan usual se debe, escribe Schopenhauer, a “*la maldad natural del género humano. Si no fuese así, si fuésemos honestos por naturaleza, intentaríamos simplemente que la verdad saliese a la luz en todo debate, sin preocuparnos en absoluto de si esta se adapta a la opinión que previamente mantuvimos, o a la del otro; eso sería indiferente o, en cualquier caso, algo muy secundario. Pero ahora es lo principal. La vanidad innata, que tan susceptible se muestra en lo que respecta a nuestra capacidad intelectual, no se resigna a aceptar que aquello que primero formulamos resulte ser falso, y verdadero lo del adversario. Tras esto, cada cual no tendría otra cosa que hacer más que esforzarse por juzgar rectamente, para lo que primero tendría que pensar y luego hablar. Pero junto a la vanidad natural también se hermanan, en la mayor parte de los seres humanos, la charlatanería y la innata improbidad. Hablan antes de haber pensado y aun cuando en su fuero interno se dan cuenta de que su afirmación es falsa y que no tienen razón, debe parecer, sin embargo, como si fuese lo contrario. El interés por la verdad, que por lo general muy bien pudo ser el único motivo al formular la supuesta tesis verdadera, se inclina ahora del todo al interés de la vanidad: lo verdadero debe parecer falso y lo falso verdadero*”.

Lo que Schopenhauer llama “maldad natural”, “vanidad innata”, “charlatanería” e “innata improbidad” son vicios que impiden al ser humano deliberar correctamente y tomar decisiones razonables y prudentes, eso que Aristóteles llamaba *eubulía*, y que analizamos en el artículo anterior. Lo cual es buena prueba de que, así como hay buena deliberación, *eubulía*, la hay también mala. Aristóteles no le puso nombre, pero no parece que pueda ser otro que el de *disbulia*. Es algo así como la patología de la deliberación. Si hay buena deliberación, va de suyo que la hay también mala. Hay deliberación saludable y la hay también deficiente, incorrecta, patológica. A lo primero lo llamaban los griegos un *éthos*, y a lo segundo un *páthos*.

El *éthos* es un hábito positivo que capacita para hacer algo bien. Este algo es lo que denominaron *areté*, virtud, o mejor aún, excelencia, ya que consiste en el ejercicio óptimo de una potencia o facultad. Lo cual exige dedicación y entrenamiento. Los hábitos se conforman mediante la repetición de actos. En el ser humano hay una deliberación que cabe llamar natural. Pero no es esa la que buscamos. La ética no va de eso sino de la deliberación moral. Y esta es

siempre el resultado de un largo aprendizaje y un continuado ejercicio práctico. La repetición de actos conforma un hábito, que cuando es positivo se denomina “virtud” y, en caso contrario, “vicio”. Todos deliberamos y no podemos vivir sin hacerlo. El problema es que, como casi todo en la vida, podemos hacerlo bien y mal. Y tanto en el primero como en el segundo caso, los actos van conformando hábitos, positivos en un caso y negativos en el otro, que siguiendo a Aristóteles cabe llamar *eubulía* y *disbulia*.

No se trata de dos términos parejos, ni tampoco equiparables. Este es el gran misterio, y el origen de nuestra inmensa tragedia. Por más que lo parezca, ambos términos no se encuentran en condiciones de paridad. Lo natural en el ser humano es, por sorprendente que parezca, la *disbulia*, de modo que la *eubulía* no puede verse más que como una conquista difícil, para conseguir la cual el ser humano tiene que movilizar muchos de sus mejores recursos. La deliberación no es natural; es moral. Esto exige entrenamiento y un largo aprendizaje. Tal es el objetivo de la *paideía*, la educación, que no consiste en aprender a “triunfar” en la vida a cualquier precio, caiga quien caiga, porque en eso consiste la erística, sino en deliberar, en hacer de la deliberación una suerte de segunda naturaleza. Su nombre no es sofística sino ética.

Diego Gracia

Catedrático Emérito de Historia de la Medicina
Universidad Complutense de Madrid

Violencia obstétrica y lactancia: derecho y soberanía, por una bioética perinatal

RESUMEN¹

Este artículo examina cómo la violencia obstétrica vulnera el *continuum* “parto-lactancia” y constituye un problema bioético de primer orden. A partir de evidencia reciente, se muestra que el trauma, la medicalización excesiva y la separación madre-bebé obstaculizan la lactancia y afectan derechos fundamentales de la díada. Desde una perspectiva bioética y filosófica, se reivindica transformar los sistemas de atención hacia modelos respetuosos que garanticen la soberanía lactante, la justicia reproductiva y una ética del cuidado perinatal.

PALABRAS CLAVE: Violencia obstétrica, Lactancia materna, Bioética perinatal, Derechos reproductivos, Soberanía lactante.

ABSTRACT

This article argues that obstetric violence disrupts the “childbirth–breastfeeding” *continuum* and constitutes a major bioethical concern. Drawing on current evidence, it shows how trauma, overmedicalization and mother–infant separation undermine breastfeeding and violate fundamental rights. From a bioethical and philosophical standpoint, the paper calls for transforming maternity care toward respectful, justice-oriented models that safeguard breastfeeding sovereignty, reproductive autonomy and an ethics of perinatal care.

KEYWORDS: Obstetric violence, Breastfeeding, Perinatal bioethics, Reproductive Rights, Lactation sovereignty.

1. Introducción: la soberanía lactante amenazada.

“Todo cambió el día que yo tomé conciencia de que yo ya había estado en un parto, vivido un parto: el de mi nacimiento. Mi parto. Mi primer parto. Y que lo había hecho con mi madre. Yo estuve en nuestro parto con mi madre. Lo hicimos juntas. Todo aquello que ella narraba... yo estaba allí. Su sufrimiento o su gozo fueron también los míos.

Y, entonces, el mundo apareció de otra manera”.

(Diario de campo, Buenos Aires, 13 de noviembre de 2024².)

¹ El principal contenido de este trabajo se expuso en forma de ponencia en mesa redonda en el XVII Congreso Nacional de Bioética, celebrado en Teruel, 23-25 octubre 2025.

² Parte de la investigación y el trabajo de campo en la base de este artículo se desarrollaron durante la estancia de investigación que realicé en Buenos Aires (Argentina), durante cuatro meses entre septiembre y diciembre de 2024, en el marco del Proyecto «International Plattform on Obstetric Violence» (IPOV- Respectful Care – 101130141 - European Commission-HORIZON-MSCA-SE-2022). También el Proyecto POyÉTICAS (PID2023-148517NB-I00) y la Red Temática de Investigación “ESPACyOS. Ética de la Salud Pública” (RED2022-134551-T) han amparado de formas diversas esta investigación.

Hace ya muchos años escuché una frase totalmente revolucionaria en un congreso militante de lactancia: “Descubrimos que, mejorando nuestros partos, podíamos mejorar nuestras lactancias”, dijo alguna mujer.

Tal vez sea una perogrullada.

O tal vez no.

En efecto, hoy sabemos que experimentar un parto traumático impacta negativamente en la lactancia, que incluso pequeñas disrupciones en el mismo perjudican su buen curso y, por ende, su consecuencia fisiológica final y primordial, en términos evolutivos: la lactancia. Parto y lactancia forman parte de un continuum, aunque la tecnocracia occidental y el cartesianismo moderno-colonial (Lugones 2008) los hayan entendido separadamente.

Muchos son los embates que padece hoy la lactancia materna humana. Lactancia a secas, diremos aquí, siguiendo a Paricio Talayero (2020): la lactancia “de fórmula” es otra cosa, de hecho, el concepto “lactancia” debe ser reclamado y vindicado en su justo sentido, más aún por el tremendo ataque que supone la comercialización de sucedáneo. Nuevamente: eso es fórmula o sucedáneo, no “leche” de fórmula; leche es leche materna, en este contexto, y lactancia es lactancia materna, en este contexto. De hecho, se exige que se hable de “fórmulas comerciales” de manera explícita (Baker et al. 2023), ya que no hay sucedáneo posible de la leche materna humana. (Trataremos más adelante de otras necesarias revisiones epistémico-terminológicas.)

Según los últimos datos, las tasas de lactancia a nivel mundial no alcanzan ni el 50 por ciento en las criaturas menores de seis meses (Baker et al. 2023), lo que significa una hipogalactia social alarmante, con carácter pandémico en realidad. Pandémico por lo extendido, por su alcance; sindémico (Tejedor Junco 2021) por su complejo carácter de imbricación sociológica y de otras índoles: la lactancia escasa no es una enfermedad de las mujeres, sino del sistema.

Nunca se dirá lo suficiente: para Pérez-Escamilla (Pérez-Escamilla et al. 2023), uno de los mayores expertos mundiales en lactancia, esta es la madre de la seguridad alimentaria. Es más, es la primera forma de soberanía alimentaria (Ausona Bieto et al. 2017) y la mayor herramienta costo-efectiva a nivel mundial para la salud materno-infantil (Tomori 2023); esto es: con alcance universal, porque todo el mundo nace alguna vez.

La lactancia, que es amenazada cada día por el sistema (Pérez-Escamilla et al. 2023), por el capital (Massó Guijarro 2024), por la industria farmacéutica de la fórmula (Editorial The Lancet 2023) (auténtica práctica neocolonial), y por supuesto por la violencia obstétrica, que entorpece e incluso cierra esa primera puerta a la lactancia que es el parto, la aurora de la vida. Los derechos inalienables de lactancia con que nace todo ser humano, derechos recíprocos entre madre y criatura (ya que la lactancia implica una simbiosis, una mutualidad radical), se ven amenazados por la precarización de un recurso fisiológico de primer orden (Pérez-Escamilla 2020), la leche materna, y la subalternización de la práctica que la hace posible, la lactancia, que implica una relación psico-fisiológica singularísima.

La leche queda precarizada; la práctica lactante –la lactancia–, subalternizada y minimizada.

La vida, amenazada (Frazier et al. 2021).

2. La amenaza específica de la violencia obstétrica.

De todos aquellos embates que, decíamos al inicio, perjudican la lactancia, nos centramos aquí en las trabas más directas e inmediatas que la acucian, y que radican en la violencia obstétrica (OMS, 2014), porque aún falta una comprensión holística y ecosistémica sobre cómo dicha violencia obstétrica compromete la lactancia, constituyendo uno de los impactos negativos más importantes a la práctica lactante.

Numerosísimos estudios sobre violencia obstétrica muestran la correlación entre ella y el entorpecimiento de la lactancia tanto de forma inmediata como a plazo medio y largo, habiéndose descrito como factor de riesgo manifiesto para la misma (Leite et al. 2023; Martínez-Galiano et al. 2021). Por eso se hace tanto hincapié en *no separar*, por ejemplo, a madre y criatura: cualquier separación innecesaria (y casi todas lo son) desde el momento del expulsivo menoscaba esencialmente la lactancia. Los datos hablan (Leite et al. 2023). Ya Leboyer (2010) u

Odent (2007) detallaron ese delicadísimo equilibrio hormonal, comportamental, de toda índole, ese equilibrio biocultural alucinante que sucede en un proceso de embarazo-parto-puerperio a través de la lactancia, que debe ser respetado ya que, si bien es muy potente, puede resultar también sumamente frágil y vulnerable a injerencias externas (Massó Guijarro 2017).

Como se ha dicho antes, ha sido ya registrado en la literatura especializada cómo la violencia obstétrica supone un factor de riesgo para la lactancia (Leite et al. 2023): es decir, afecta negativamente en la capacidad y la decisión de las madres para iniciarla y mantenerla, así como en la capacidad de lactar del bebé (Batram-Zantvoort et al. 2023). Las experiencias traumáticas durante el parto, como la falta de apoyo emocional o físico, el uso de procedimientos invasivos sin consentimiento o la descalificación del propio dolor y emociones, implican un impacto negativo claro, además, en el bienestar psicológico de la madre (Beck 2015), afectando la salud mental perinatal.

Ello dificulta también el inicio de la lactancia porque el estrés y el trauma interfieren con la producción y la eyección de leche, y con la capacidad misma de la madre para establecer vínculo con su bebé. Las afectaciones a la salud y el bienestar de un parto traumático se revelan a menudo en síntomas de estrés, depresión posparto, trastorno de ansiedad y, muy especialmente, dificultades en el apego y vinculación con la propia criatura, que supone alteraciones clave (Batram-Zantvoort et al. 2023).

Se ha hablado incluso del “efecto dominó”, o “de ondas en expansión” (Beck 2015) de la violencia obstétrica directa a *lo que pasa después* del parto y el puerperio, por supuesto perjudicando de manera central a un inicio a la lactancia deseable, fluido, positivo, en definitiva. Es lo que he llamado un efecto *extendido* de la violencia obstétrica (Massó Guijarro 2023).

Mena-Tudela et al. (2020, 2021), han realizado uno de los análisis más incisivos y exhaustivos sobre la violencia obstétrica durante la pandemia en España desde la propia percepción de las madres, con énfasis en la lactancia materna: esto es crucial porque hasta muy recientemente ha brillado por su ausencia una vinculación específica de la violencia obstétrica para con la lactancia.

Por ejemplo, los estudios muestran como factores predictores negativos de la lactancia la práctica de la cesárea y la epidural, y al revés, el inicio de la lactancia inmediata al nacimiento, a través del contacto piel con piel, como predictor positivo de lactancia bien establecida y duradera. Veamos algunos ejemplos. Brandão et al. (2022) exploran las experiencias de este tipo violencia en Ecuador y, entre los diversos modos de violencia obstétrica registradas, las madres señalan la de no recibir apoyo conveniente para el inicio de la lactancia materna.

Otro estudio desarrollado en Canadá (Chooniedass et al. 2022) analizó los factores asociados con la continuación de la lactancia en madres jóvenes, hallándose relación significativa entre el abandono temprano de la lactancia (antes de dos meses) y la experimentación de situaciones estresantes, como la violencia obstétrica.

En el estudio de Loreto et al. (2022), que aborda la controversia en torno al uso del término “violencia obstétrica” en Brasil, entre las diferentes prácticas consignadas con ese nombre se menciona también “no permitir la lactancia en la primera hora”, reconocida como forma específica de violencia obstétrica por el 82 por ciento de residentes frente al 58 por ciento de especialistas de plantilla. Muestran entre otras cosas que la mayoría de profesionales entrevistados no está de acuerdo con el uso del término “violencia obstétrica” para definir el maltrato y el trato irrespetuoso a la madre. Curiosamente, la mayoría de residentes sí reconoce numerosas prácticas definidas con el término en disputa, en mayor medida que los especialistas de plantilla. (Ver el reclamo de su mantenimiento en Quattrocchi et al. 2024).

Que la violencia, en cualquier versión, daña el buen fluir de la lactancia puede parecer cosa baladí, una trivialidad. La violencia daña todo, todas las cosas buenas... más aún si son cosas que deban *fluir*, como la sexualidad, el erotismo, la sensualidad... y por supuesto la lactancia, que tiene mucho de todo eso, además de otras tantos elementos, con un complejo entramado hormonal, en delicado equilibrio, poderosamente opuesto a las dinámicas que suscitan la violencia y sus contextos relacionales, hormonales en todos sus sentidos, incluso.

Parece obvio, sí, y sin embargo es preciso mostrar estudios para avalar esta intuición evidente.

En cuanto a otras formas de violencia de género, ha sido también estudiado el tremendo impacto negativo de la violencia de pareja durante el embarazo, así como los síntomas depresivos posnatales tempranos, sobre la lactancia. Concretamente, el estudio de Lau et al. (2007) vindica estos dos correlatos como poco estudiados: centrada en Hong Kong, la investigación mostró sin ambages que las mujeres que no habían padecido experiencia

de violencia de pareja/íntima durante el embarazo presentaban una probabilidad significativamente mayor de iniciar la lactancia.

Por su parte, otra investigación posterior desarrolló un amplio estudio de cohorte para evaluar si la experiencia de violencia psicológica de pareja afecta negativamente las tasas de lactancia en el caso de España (Martin-de-las-Heras et al. 2019). Los resultados son abrumadores: esta situación duplicó literalmente las probabilidades de *evitar* la lactancia por parte de la víctima, más aún con la presencia de complicaciones obstétricas; en otras palabras: comparativamente, el doble de las madres que padece violencia psicológica de pareja durante el embarazo *evita* amamantar, lo que supone por tanto que esta, entre otras cosas, constituye un riesgo también para el lactante, por la deficiencia tan grave que va a suponer para la diada madre-bebé. Por desgracia, puede casi ser considerada una primera consecuencia deletérea de lo que se llamará después violencia vicaria.

3. Palabras finales: un apoyo multinivel por un mundo lactante.

El concepto de soberanía tiene que ver con los pueblos, con el poder liberado de las personas en su dimensión social. José María Paricio Talayero (2021) considera que “la lactancia debe volver al mundo del que nunca debió salir: la sociedad de las mujeres, la sociedad por extensión; un mundo del que la arrancó la ciencia (médica, sobre todo) y su cortejo tecnológico hace poco más de cien años, desvirtuándola, pervirtiéndola y destruyéndola”³. Es a eso, justamente, a lo que me refiero con la reclamación de un mundo lactante soberano.

Como se ha visto, la relación entre la violencia obstétrica y la lactancia es compleja, bidireccional y multidimensional. Todavía queda mucho por andar en la comprensión de esta complejidad, y este artículo pretende arrojar, aun sin pretensiones de exhaustividad, alguna luz más en este largo camino. La violencia obstétrica no solo afecta la experiencia del parto, sino que sabemos que tiene consecuencias duraderas en la salud de la madre y el bebé (por ende, a escala social generalizada: el nacimiento es un asunto global, universal), obstaculizando de una manera determinante el inicio mismo de la lactancia. Promover un entorno de atención respetuosa y libre de violencia es primordial para facilitar la lactancia y garantizar que todas las diadas puedan experimentar este proceso de manera positiva y enriquecedora; pero, sobre todo, es primordial para el respeto a los derechos humanos: a los derechos inalienables de lactancia.

No en vano se ha dicho ya que la violencia obstétrica supone una infracción a los principios básicos de la bioética⁴, y que la atención y el cuidado maternos en general desde el ámbito sanitario demandan una redefinición ética integral desde una perspectiva filosófica profunda (Newnham et al. 2023). Abordar esta problemática requiere un enfoque integral y multinivel, a escala internacional, que incluya la sensibilización sobre la violencia obstétrica y la promoción de prácticas de atención que prioricen la salud holística de la diada. Solo así se podrá garantizar no solo el derecho a un parto respetado, sino también a una lactancia normalizada, dentro de la socialización lactante sistémica. Así, convendría hablar explícitamente de una bioética en la mirada perinatal, o una *bioética perinatal* genuina.

Curiosamente, a nivel popular todavía es mucho lo que se desconoce (o se ha olvidado) de la lactancia: como señala Pérez-Escamilla (2024), y aunque parezca increíble, se ha invertido más en investigar cuáles son los compuestos bioactivos del café que de la leche humana.

Todavía se ignora en gran medida, socialmente hablando, que se trata de un sistema bioactivo y dinámico basado en la evolución, y ya que la maduración de nuestro período posnatal es muy larga. O cómo las compañías de “fórmula” han hecho patológicos muchos comportamientos fisiológicos de los bebés humanos, como estrategia de márketing. O que la lactancia depende de la interacción entre madre, bebé y entorno, implicando una co-regulación fisiológica hasta el punto de que, cuando se amamanta, los sistemas inmunes del binomio madre-bebé se vuelven uno (una vez más, el concepto cartesiano de individuo salta por los aires), y que por ello se trata de un derecho humano de reciprocidad, que implica a la diada, no a uno o a otra de manera separada.

Así, el amamantamiento es un proceso basado en el establecimiento de un vínculo socio-emocional de la diada, nunca un (mero) producto. La lactancia es, de hecho, generadora de relaciones sociales y un modo de estar psico-emocional, y la procura de modelos socio-ecológicos que creen entornos propicios para la práctica lactante

³ Sin paginación en línea.

⁴ Cf. Martín-Badiá et al. (2021).

ayudaría a recuperar una socialización lactante orgánica, espontánea (Massó Guijarro 2015). Normalizada, en el mejor de sus sentidos.

No basta decir que la leche humana, o la lactancia materna, *es muy buena y hay que darla, mamás*. Eso es una burla. Dale a esa mamá tiempo para darla y dinero para poder vivir ella y el bebé mientras la da. Como mínimo. Porque con ello incluso contribuye al PIB (Alive & Thrive 2022) (Walters et al. 2019). Porque no poder hacerlo en condiciones adecuadas supone un tremendo coste a todos los niveles, como ya sabemos, y aunque continuemos viviendo en esa disonancia cognitiva abrumadora que es entender que una madre lactante no está generando riqueza de todo tipo, esa falta de reconocimiento que supone una auténtica escisión del valor, siguiendo a Roswitha Scholz (2020).

La promoción de la lactancia no puede centrarse más solo en la madre amamantadora como público diana (Martínez Casares et al. 2025), sino que debe constituir una intervención multisectorial continuada y global, desde la citada bioética perinatal. Y, dentro de esa intervención, el fin definitivo de la lacra de la violencia obstétrica, también en lo que supone para la lactancia, debiera ser crucial. Del concepto, ya casi viejo, “hospital amigo de los niños” (PAHO 2016), se está evolucionando a un “planeta amigo de la lactancia” a través de la noción mucho más integradora de “Breastfeeding friendly” (The Breastfeeding Network 2024), porque la necesidad de políticas y prácticas que fomenten la posibilidad de la lactancia, y la corresponsabilidad pública sobre ella, debe operar a escala multinivel e internacional (Hansen et al. 2012).

Para disminuir la brecha lactante y construir resiliencia radical para con la lactancia (Doherty et al. 2024), una clave capital es entender el embarazo-parto/puerperio-lactancia como *proceso*, desde una mirada perinatal (Keklikian 2020), y de ese modo asumiremos todo como un continuum: no es una cosa el parto y luego la lactancia, del mismo modo que no es una cosa el embarazo y luego el parto, como dos eventos desvinculados. Solo la mentalidad analítica cartesiana, occidental, biologicista ciega, lo entendería así, y aunque paradójicamente sean la propia biología y la fisiología humana las que nos muestran que cualquier disrupción en el parto influye negativamente en la lactancia. La lastima.

Por tanto, la violencia obstétrica es, también, un atentado contra la lactancia, y por ende contra las madres, las criaturas..., contra cualquier ser humano, ya que todo ser humano nace de madre, y debiera hacerlo en un mundo hospitalario a la lactancia.

Un mundo con soberanía lactante.

Un mundo lactante.

Ester Massó Guijarro

Universidad de Granada (FiloLab)

ester@ugr.es

Referencias bibliográficas

1. Alive & Thrive. (2022). Cost of not breastfeeding tool. <https://www.aliveandthrive.org/en/the-cost-of-not-breastfeeding-tool>
2. Ausona Bieto, M., Brigidi, S., & Cardús Font, L. (2017). Lactancias, capital y soberanía alimentaria: La falaz escasez de la leche humana. *Dilemata*, 25, 135–142. <https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/412000138>
3. Baker, P., et al. (2023). The political economy of infant and young child feeding: Confronting corporate power, overcoming structural barriers, and accelerating progress. *The Lancet*, 401(10375), 503–524. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01933-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01933-X)
4. Batram-Zantvoort, S., Wandschneider, L., Razum, O., et al. (2023). A critical review: Developing a birth integrity framework for epidemiological studies through meta-ethnography. *BMC Women's Health*, 23, 530. <https://doi.org/10.1186/s12905-023-02670-z>
5. Beck, C. T. (2015). Middle range theory of traumatic childbirth: The ever-widening ripple effect. *Global Qualitative Nursing Research*, 18(2). <https://doi.org/10.1177/2333393615575313>
6. Brandão, T., & Martínez-Pérez, A. M. (2022). Violencia gineco-obstétrica y justicia reproductiva: Una reflexión psicoantropológica. *RELIGACIÓN. Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, 7(34). <https://doi.org/10.46652/rgn.v7i34.990>
7. Chooniedass, R., Tarrant, M., Turner, S., et al. (2022). Factors associated with breast-feeding initiation and continuation in Canadian-born and non-Canadian-born women: A multi-centre study. *Public Health Nutrition*, 25(10), 2822–2833. <https://doi.org/10.1017/S1368980021004699>
8. Doherty, T., et al. (2024). Stemming commercial milk formula marketing: Now is the time for radical transformation to build resilience for breastfeeding. *The Lancet*, 401(10375), 415–418. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)00095-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)00095-8)
9. Editorial The Lancet. (2023). Unveiling the predatory tactics of the formula milk industry. *The Lancet*, 401(10375), 409.
10. Flanagan, J. (2016). Obstetric autonomy and informed consent. *Ethical Theory and Moral Practice*, 19(1), 225–244. <https://doi.org/10.1007/s10677-015-9610-8>
11. Frazier, C. M., Dharod, J., Labban, J., Raynor, A. N., & Villasenor, M. (2021). Breastfeeding: How is it related to food insecurity and other factors among low-income mothers? *Health Care for Women International*, 44(3), 234–245. <https://doi.org/10.1080/07399332.2021.1929992>
12. Hansen, M. N., Bærug, A., Nylander, G., et al. (2012). Challenges and successes: The Baby-Friendly Initiative in Norway. *Journal of Human Lactation*, 28(3), 285–288. <https://doi.org/10.1177/0890334412444162>
13. Kekliklián, R. I. (2020). Nuevos paradigmas para asistir embarazo, parto y recién nacido en el siglo XXI. *Clínicas Perinatológicas Argentinas, ASAPER*.
14. Lau, Y., et al. (2007). Influence of intimate partner violence during pregnancy and early postpartum depressive symptoms on breastfeeding among Chinese women in Hong Kong. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 52(2), e15–e20. <https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2006.09.001>
15. Leboyer, F. (2010). Por un nacimiento sin violencia. Mandala Ediciones.
16. Leite, T. H., Marques, E. S., Mesenburg, M. A., Freitas da Silveira, M., & Leal, M. D. C. (2023). The effect of obstetric violence during childbirth on breastfeeding: Findings from a perinatal cohort “Birth in Brazil”. *The Lancet Regional Health – Americas*, 16(19), 100438. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2023.100438>

17. Loreto, T. M., Kuhn dos Santos, J. F., & Nomura, R. M. Y. (2022). Understanding the opinion of doctors on obstetric violence in Brazil to improve women's care. *Midwifery*, 109, 103294. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103294>
18. Lugones, M. (2008). Colonialidad y género. *Tabula Rasa*, 9, 73–102. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=39600906>
19. Martín-Badía, J., Obregón-Gutiérrez, N., & Goberna-Tricas, J. (2021). Obstetric violence as an infringement on basic bioethical principles: Reflections inspired by focus groups with midwives. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(23), 12553. <https://doi.org/10.3390/ijerph182312553>
20. Martín-de-las-Heras, S., Velasco, C., Luna-del-Castillo, J. D., & Khan, K. S. (2019). Breastfeeding avoidance following psychological intimate partner violence during pregnancy: A cohort study and multivariate analysis. *BJOG*, 126, 778–783. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.15592>
21. Martínez-Galiano, J. M., et al. (2021). The magnitude of the problem of obstetric violence and its associated factors: A cross-sectional study. *Women and Birth*, 24(5), e526–e536. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.10.002>
22. Massó Guijarro, E. (2015). Lactivismo contemporáneo en España: ¿Una nueva marea sociopolítica? *Journal of Spanish Cultural Studies*, 16(2), 193–213. <https://doi.org/10.1080/14636204.2015.1069074>
23. Massó Guijarro, E. (2017). Mamar: Mythos y lógos sobre lactancia humana (Número especial). *Dilemata*, 25. <https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/issue/view/26>
24. Massó Guijarro, E. (2019). Leche, lactancia, lactivismo: Del fluido al movimiento. *Pikara Magazine*. <https://www.pikaramagazine.com/2019/06/leche-lactancia-lactivismo-del-fluido-al-movimiento/>
25. Massó Guijarro, E. (2021). Lactancia humana en el Antropoceno: Una urgencia pospandémica. *Medica Review*, 9(2), 63–77. <https://doi.org/10.37467/gkarevmedica.v9.3125>
26. Massó Guijarro, E. (2023). La violencia obstétrica como injusticia epistémica: El parto en disputa. *Salud Colectiva*, 19, e4464. <https://doi.org/10.18294/sc.2023.4464>
27. Massó Guijarro, E. (2024). El lactario del mascarón de proa: La teta y el capital. *El Salto*. <https://osalto.gal/lactancia/lactario-del-mascaron-proa-teta-capital>
28. Mena-Tudela, D., et al. (2020). Obstetric violence in Spain (Part I): Women's perception and interterritorial differences. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(21), 7726. <https://doi.org/10.3390/ijerph17217726>
29. Mena-Tudela, D., et al. (2021). Obstetric violence in Spain (Part II): Interventionism and medicalization during birth. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(1), 199. <https://doi.org/10.3390/ijerph18010199>
30. Newnham, E., & Buchanan, K. (2023). Being the change: How midwifery philosophy can redefine ethical practice to transform maternity care. *Women and Birth*, 36(1), S36. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2023.07.094>
31. Odent, M. (2007). El bebé es un mamífero. Editorial Obstore.
32. OMS. (2014). Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud. <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-14.23>
33. PAHO. (2016). La Iniciativa Hospital Amigo del Niño en América Latina y el Caribe: Estado actual, retos y oportunidades. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/18829>
34. Paricio Talayero, J. M. (2020). La lactancia, saludable para la humanidad y el planeta. APILAM. <https://apilam.org/la-firma-experta/la-lactancia-saludable-para-la-humanidad-y-el-planeta>

35. Paricio Talayero, J. M. (2021). La cultura de la lactancia es de una riqueza extraordinaria. APILAM. <https://apilam.org/entrevista/la-cultura-de-la-lactancia-es-de-una-riqueza-extraordinaria-jose-maria-paricio-talayero>
36. Pérez-Escamilla, R. (2020). Breastfeeding in the 21st century: How we can make it work. *Social Science & Medicine*, 244, 112331. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.05.036>
37. Pérez-Escamilla, R. (2024). Los retos de la lactancia materna en un mundo regido por el mercado [Video]. Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal. <https://www.youtube.com/watch?v=YD6VY3ZeKfs>
38. Pérez-Escamilla, R., Tomori, C., Hernández-Cordero, S., Baker, P., et al. (2023). Breastfeeding: Crucially important, but increasingly challenged in a market-driven world. *The Lancet*, 401(10375), 472–485. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01932-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01932-8)
39. Quattrocchi, P., et al. (2024). Obstetric violence: Abuse during childbirth is widespread, but the first step to fighting it is naming it. *The Conversation*. <https://theconversation.com/obstetric-violence-abuse-during-childbirth-is-widespread-but-the-first-step-to-fighting-it-is-naming-it-235161>
40. Scholz, R. (2020). Capital y patriarcado: La escisión del valor. Mímesis Internacional.
41. Tejedor Junco, M. T. (2021). Pandemia, sindemia... ¿importa el nombre que le demos? *The Conversation*. <https://theconversation.com/sindemia-pandemia-importa-el-nombre-que-le-demos-152366>
42. The Breastfeeding Network. (2024). The breastfeeding friendly scheme. <https://www.breastfeedingnetwork.org.uk/get-involved/bfn-breastfeeding-friendly-scheme/>
43. Tomori, C. (2023). Global lessons for strengthening breastfeeding as a key pillar of food security. *Frontiers in Public Health*, 11, 1256390. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1256390>
44. Walters, D. D., Linh, T. H., Phan, M., & Mathisen, R. (2019). The cost of not breastfeeding: Global results from a new tool. *Health Policy and Planning*, 34(6), 407–417. <https://doi.org/10.1093/heapol/czz050>

La Entrevista motivacional como respuesta a la violencia en entornos sanitarios

RESUMEN

El contexto actual, caracterizado por dinámicas de polarización y orientación al conflicto, incrementado por la tecnificación y progresiva deshumanización de las interacciones sociales, se proyecta inevitablemente en el sistema sanitario a través, entre otros indicadores, con el incremento de la violencia y la dificultad en el flujo de la relación médico-paciente. Esta comunicación propone la Entrevista Motivacional como respuesta en el ámbito de la relación terapéutica, al contexto descrito, para facilitar su transformación, hacia un modelo más ético, inclusivo, humanizado y responsable.

PALABRAS CLAVE

Entrevista motivacional, bioética, relación terapéutica, cuidado, responsabilidad.

ABSTRACT

The current context, characterized by dynamics of polarization and conflict-orientation, further intensified by technological advancement and the progressive dehumanization of social interactions, inevitably manifests within the healthcare system—reflected, among other indicators, in the rise of violence and the increasing difficulty in maintaining an effective physician–patient relationship. This presentation proposes Motivational Interviewing as a response, within the therapeutic relationship, to the context described, in order to foster its transformation toward a more ethical, inclusive, humanized, and responsible model.

KEYWORDS

Motivational interview, bioethics, therapeutic relationship, care, responsibility.

Introducción

La Entrevista motivacional es un método clínico de comunicación colaborador, no confrontativo y centrado en la persona. Este abordaje fue formulado a comienzos de los años 80 del siglo pasado por William R. Miller y Stephen Rollnick, en el ámbito de los procesos de cambio de conductas adictivas, para reforzar la motivación y el compromiso de la persona con el cambio (Miller & Rollnick, 2013: 37). Desde entonces, ha experimentado un enorme desarrollo en todos los contextos del ámbito sanitario y otros entornos psicosociales y jurídicos más allá del ámbito específico de las adicciones, al ir siendo concebida la Entrevista Motivacional como una conversación sobre el cambio, que como sus propios autores proponen “ocurren en casi todos los conceptos profesionales” (Miller & Rollnick, 2013: 13).

Además, la Entrevista motivacional con su enfoque humanista, ha demostrado ser una herramienta comunicativa clave para mejorar la calidad asistencial, reducir la escalada de conflictos, aumentar la retención al tratamiento incrementando la adherencia al mismo y aumentar la motivación percibida por los profesionales, el autocuidado de estos y la prevención del *burn out*.

1. La Entrevista motivacional. Conceptualización, principios y estructura

Se puede conceptualizar la Entrevista motivacional, siguiendo a Miller & Rollnick (2013), como un estilo de comunicación colaborador, centrado en la persona, que aborda el habitual problema de la ambivalencia ante el cambio y que se dirige específicamente a fortalecer la motivación personal para cambiar explorando y evocando los argumentos propios de cada persona, en una atmósfera de aceptación y compasión (Miller & Rollnick, 2013: 59). Este modelo no confrontativo se sustenta en un marco democrático y horizontal, que busca la creación de un espacio de seguridad, respeto y confianza mutuo que puede enmarcarse en la tradición iniciada por Carl Rogers. El espíritu que subyace a la Entrevista motivacional se basa en cuatro elementos:

- La colaboración, entendiéndolo por tal que la Entrevista motivacional se hace “para” y “con” la persona, en contraposición con abordajes confrontativos.
- La compasión, entendida como la promoción activa del bienestar de la persona y la orientación de la intervención hacia priorizar sus necesidades. (Miller & Rollnick, 2013: 46).
- El empoderamiento, que parte de la premisa basada en las fortalezas y los recursos que las personas ya tienen y la Entrevista Motivacional tan solo trataría de activar, no de proveer. (Miller & Rollnick 2013: 47).
- La aceptación, que está integrada por cuatro componentes (Miller & Rollnick 2013: 52):
 - o El reconocimiento del valor esencial de la persona, de origen rogeriano que implica “la aceptación del otro en tanto que persona autónoma, un respeto por el valor que tiene el otro por ser quien es. Es una confianza básica, la creencia de que la otra persona es fundamentalmente digna de confianza” (Rogers, 1980b: 271)
 - o La empatía precisa, que implica la actitud de escucha concreta que clarifique y amplíe la propia experiencia y el significado que da el paciente a sus emociones (Miller & Rollnick, 1999: 26)
 - o La promoción de la autonomía como la capacidad para decidir. La Entrevista motivacional entiende la autonomía como libertad de elección, donde la aceptación de los valores de la persona y su empoderamiento en la toma de decisiones conviven con la responsabilidad profesional, compartiendo propuestas de autores como Gracia para el que “todos somos responsables de otros humanos, por un vínculo que no es personal, sino de pertenencia a la humanidad” (Gracia, 2014).
 - o La evocación de los valores y objetivos propios de cada persona derivada de la aceptación y que implica buscar y reconocer las capacidades, los recursos y esfuerzos del otro (Miller & Rollnick, 2015: 46).

El enfoque motivacional incluye una fundamentación deliberativa e introduce la dimensión relacional y dinámica en la entrevista clínica. La fundamentación, como describe Feito (2002), es un proceso en el que ambas partes están dispuestas a hacer explícitos sus porqués, y a valorar los del otro. Ello subyace en este modelo de entrevista, que tiene en cuenta la dimensión biográfica de la persona, sus valores y fortalezas, considerando al paciente experto en sí mismo y la entrevista clínica un encuentro de “experto a experto” entre los profesionales sanitarios y los pacientes.

En un orden más técnico, la Entrevista motivacional se estructura a través de unas tareas centradas en la interacción: la primera, la vinculación, entendida como el proceso a través del que las partes establecen una relación terapéutica (Miller & Rollnick, 2015: 55); la segunda, enfocar, que consiste en aclarar y consensuar la dirección hacia un propósito concreto; la tercera tarea del proceso sería la evocación, que consiste en sacar a la superficie las motivaciones intrínsecas del propio cliente para el cambio; y por último la planificación, que conlleva tanto desarrollar el compromiso para el cambio como la formulación de un plan de acción concreto (Miller & Rollnick, 2015: 59). Durante la entrevista con el paciente se utiliza un estilo comunicativo de guía (ni directivo ni de acompañamiento) en el que las estrategias de comunicación son la escucha activa, las preguntas abiertas y la transmisión de información y consejo siempre precedida de permiso y con distintas opciones a escoger. Estos procesos y técnicas de comunicación trabajan en tres niveles: el bienestar del paciente, del terapeuta, y el de la relación colaborativa que ambos establecen.

2. Aportaciones de la Entrevista Motivacional como respuesta a la violencia en entornos sanitarios

En el marco de la Entrevista motivacional, se analiza el fenómeno denominado discordancia, que Miller & Rollnick (2015) describen como falta de armonía en la relación terapéutica (Miller & Rollnick, 2015: 280), y que puede manifestarse a través de diferentes señales en el/la paciente, cuya expresión puede variar de un contexto cultural a otro, aunque a modo de ejemplo de un entorno occidental podrían señalarse conductas como:

- la actitud defensiva (culpabilización, minimizar, justificación), defensa que podría sugerir que el paciente se siente amenazado
- En enfrentamiento o discusión
- La interrupción
- La desvinculación mediante distracción, falta de atención, etc.

Es de interés también poner de manifiesto, cómo la discordancia no solo se encuentra en el paciente, sino que también, como señalan Miller & Rollnick (2015), puede ser debida a la actitud del terapeuta que se puede expresar a través de distintas manifestaciones que van de la actitud jerárquica directiva, a la falta de escucha y la minimización o negación del sufrimiento o la confrontación.

La aparición de la discordancia puede deberse a muy diferentes motivos, y puede darse en cualquiera de los cuatro procesos que conforman la Entrevista motivacional ya mencionados: vinculación, enfoque, evocación o planificación. Entre los determinantes más relevantes se identifica la creciente falta de tiempo en el ámbito sanitario, lo cual restringe la exploración y resolución de las ambivalencias inherentes a los procesos de cambio, así como la indagación en los objetivos y motivaciones del paciente.

La propuesta del marco de la Entrevista motivacional como respuesta a la discordancia es a través de las habilidades nucleares, que son las integradas por: las preguntas abiertas, los resúmenes, las afirmaciones y especialmente los reflejos, desde el que poder entender al paciente y recuperar con ello la alianza terapéutica (Miller & Rollnick, 2015: 286). Todas estas habilidades deben ser puestas en práctica desde una actitud clave inspirada en los principios ya mencionados, y que constituyen el corazón de la Entrevista motivacional.

Desde un punto de vista más práctico, destacan respuestas a la discordancia a través de otras estrategias diferentes a las ya mencionadas como, por ejemplo: disculparse, afirmar sinceramente buscando la construcción de una relación respetuosa, o cambiar de foco la conversación.

Así mismo, el espíritu de la Entrevista motivacional se articula en torno a valores humanistas que priorizan la dignidad, la autonomía y la capacidad de autodeterminación de la persona. Lejos de ser una mera colección de técnicas, la Entrevista motivacional se concibe como una actitud relacional que orienta la interacción terapéutica hacia la colaboración genuina, evitando posiciones directivas o coercitivas.

La Entrevista motivacional debe considerarse más allá de un simple conjunto de técnicas, ya que las estrategias (como preguntas abiertas, reflejos o afirmaciones) solo adquieren sentido cuando se aplican desde esta postura ética y relacional. Como señalan Miller y Rollnick (2023), la relación terapéutica que plantea la Entrevista motivacional es lo que garantiza que la intervención sea coherente con los principios de la atención centrada en la persona, evitando que se convierta en una herramienta manipulativa.

En definitiva, el abordaje integral colaborativo que propone la Entrevista motivacional mejora la comunicación, la alianza terapéutica y en entorno relacional, lo cual resulta esencial para reducir el conflicto y con ello la violencia, y si bien la Entrevista motivacional no ha sido aún evaluada de forma aislada como intervención única frente a la violencia en entornos sanitarios, la combinación de datos cualitativos y la sólida evidencia sobre sus efectos en la relación asistencial justifican su inclusión como un componente central de los programas de respuesta a la violencia en entornos sanitarios y de cuidado de las personas profesionales y ciudadanía.

3. La Entrevista motivacional como respuesta ética a la violencia en entornos sanitarios

La Entrevista motivacional, como ponen de manifiesto Miller & Rollnick (2015), está presidida por los cuatro valores éticos generales, o los denominados cuatro principios fundamentales de la bioética, enunciados en 1979 por Beauchamp & Childress en su obra *Principles of Biomedical Ethics*, es decir, el principio de autonomía, no maleficencia, el de beneficencia y justicia.

Siguiendo a estos autores, el principio de autonomía conlleva asumir el derecho a tener opiniones propias, y a hacer y a realizar acciones basadas tanto en sus valores como en sus creencias personales, el principio de no maleficencia, entendido como no causar daño o mal; el principio de beneficencia, que conlleva la obligación moral de actuar en beneficio de los otros; y el principio de justicia, que hace referencia a la distribución equitativa de los recursos de la asistencia sanitaria.

Como señala Victoria Camps (1998) estos principios de la bioética no son diferentes de los principios de la ética, “la voluntad de hacer el bien y de no hacer daño ha sido el principio inspirador de la ética médica desde el Juramento Hipocrático, y es asimismo la base de cualquier ética aplicada”, (Camps, 1998: 56) y constituyen una ética mínima que una sociedad debe aceptar. Asimismo, para esta autora el principio de autonomía no es más que “el reconocimiento de la libertad individual como atributo de cualquier sujeto” y “en cuanto a la justicia es el principio por el que debe regirse cualquier sociedad que cuente con un estado social de derecho” (Camps, 1998: 55) y que sea respetuosa con los derechos fundamentales.

Como hemos puesto de manifiesto, estos cuatro principios son asumidos por la Entrevista motivacional en toda su extensión y son completados algunos de sus significados e implicaciones, como en el caso del principio de beneficencia que en la Entrevista motivacional se muestra en la compasión, como elemento del espíritu motivacional.

Siguiendo nuevamente a Camps (1998), el cuidado debería ser un principio más de la bioética. El cuidado está estrechamente vinculado a la naturaleza humana como naturaleza relacional, interdependiente y vulnerable (Feito, 2017), y en este mismo sentido afirma Brugère que “la teoría del care fue elaborada en primer lugar como una ética relacional estructurada por la atención hacia los otros. Ningún ser humano puede bastarse a sí mismo: fundamentalmente vulnerables e interdependientes” (Brugère, 2021: 17).

Estas características de relacionalidad, interdependencia y vulnerabilidad se ponen de manifiesto con especial intensidad en las situaciones vitales de cambio con las que trabaja la Entrevista motivacional, en cualquiera de sus ámbitos y muy especialmente en el sanitario, y en su abordaje subyace el paradigma de la ética del cuidado. La ética del cuidado fue enunciada en los años 80 del siglo pasado por Carol Gilligan en su obra fundacional *In a Different Voice* (1982) y desarrollada posteriormente por gran número de aportaciones. Este enfoque ético conlleva una disposición y una actitud especial que acompaña a la acción de cuidar (Camps, 2021) y presta especial atención al contexto y a lo concreto de cada situación particular, que exige una intervención asimismo particular adaptada a ese contexto. Como ya se ha señalado, la Entrevista motivacional como metodología y estilo de comunicación está concebida con una mayor amplitud de un simple conjunto de técnicas, ya que las estrategias motivacionales (como las preguntas abiertas, reflejos o afirmaciones) solo tienen un verdadero sentido cuando se ponen en práctica desde esta postura ética del cuidado responsable que descansa en los pilares de la concepción de la persona caracterizada antropológicamente por la relacionalidad, la interdependencia y la vulnerabilidad.

Además, siguiendo a Camps (2021), es relevante la aportación de Iris Murdoch para quien “la moralidad no solo tiene que ver con la acción, sino con aprender a esperar, ser paciente, confiar, escuchar, acompañar” (Camps, 2021: 41), semántica estrechamente vinculada a la ética del cuidado y asimismo propia de la Entrevista motivacional.

En este paradigma del cuidado responsable como respuesta a la violencia, la Entrevista motivacional fundamenta su marco ético, de manera explícita en el que encuadra la aplicación de todos sus procesos y estrategias. Para otras de las autoras esenciales en el desarrollo de la ética del cuidado Joan Tronto (2024) el término cuidado es polisémico y de entre todas las acepciones destaca la relacionalidad “cuidado expresa relación” (Tronto, 2024: 18). Además, la Entrevista motivacional integra de manera implícita las cinco actitudes que propone Tronto como manifestaciones del cuidado como valor ético, que son las siguientes:

- La atención concreta a las necesidades del “otro”
- La capacidad de respuesta
- La responsabilidad relacional
- La competencia, entendida desde el marco de capacidad
- La pluralidad, comunicación, confianza y respeto

En definitiva, la Entrevista motivacional se sustenta en los cuatro principios bioéticos clásicos -autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia- complementados con la ética del cuidado, centrada en la relacionalidad, la vulnerabilidad y la interdependencia humana. Este enfoque ético se concreta en una práctica clínica que respeta

la libertad del paciente, evita el daño, promueve su bienestar y favorece una relación terapéutica justa y responsable. Asimismo, incorpora la compasión, la atención al contexto y actitudes como la escucha, la atención, el acompañamiento, y la respuesta a las necesidades del otro, constituyendo así un marco ético sólido frente a situaciones de conflicto y violencia en el ámbito sanitario.

4. Conclusión

Como conclusión, la Entrevista motivacional como una forma de atención centrada en la persona, que facilita los procesos de toma de decisiones compartida, es un instrumento que permite establecer relaciones terapéuticas más humanas, siguiendo los estándares éticos y desafíos exigidos en el siglo XXI, desde el cuidado y la responsabilidad, ofreciendo una respuesta humanizante y ética a la violencia en el ámbito sanitario.

Mercé Balcells Oliveró

Psiquiatra

Jefe de la Unidad de Conductas Adictivas del Hospital Clínic de Barcelona

Doctora por la Universidad Autónoma de Barcelona

Máster en Neurociencias por la Universidad de Chicago

Máster en Grupo análisis por la Universidad de Deusto

Experta en intervenciones multifamiliares

Grupo de trabajo de comunicación con el paciente (Clínic Proper/Nucli2025). H. Clínic de Barcelona

mdbalcel@clinic.cat

Mónica Corella Temprano

Abogada

Mediadora

Directora de la Consultora Co-Way centrada en la resolución de conflictos organizacionales

Experta en Mediación y técnicas aplicadas a la Resolución de Conflictos

Máster en Éticas Aplicadas

Doctoranda UCM Filosofía, ética aplicada

mcorel01@ucm.es

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bischof, G. & Bischof, A. (2024). Motivational interviewing is a person-centered approach: Does it matter? *Sucht: Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis*, 70(2), 105–106. Disponible en: <https://doi.org/10.1024/0939-5911/a000866>

Brugère, F. (2021). *La ética del cuidado*. Metales pesados.

Camps, V. (1998). Moral pública y moral privada. La bioética: lugar de encuentro. *II Congreso Nacional. Asociación de Bioética Fundamental y Clínica*. 53-60

Camps, V. (2021). *Tiempo de Cuidados. Otra forma de estar en el mundo*. Arpa & Alfil Editores.

Feito, L. (2007). Vulnerabilidad. *Anales del sistema sanitario de Navarra*. Vol 30.pp. 7-22. DOI: 10.23938 /ASSN

Feito, L. (2017). Ética del cuidado en las profesiones socio-sanitarias. *Documentación Social*, 187, 29-47.

Gilligan, C. (1994). *La moral y la teoría. Psicología del desarrollo femenino*. Fondo de Cultura Económica.

Miller, W. R. & Rollnick, S. (2013). *Motivational Interviewing: Helping People Change*. Guilford Press.

Miller, W. R. & Rollnick, S. (2015). *La entrevista motivacional: Ayudar a las personas a cambiar*. Ediciones Paidós.

Miller, W. R. & Rollnick, S. (2023). *Motivational Interviewing: Helping People Change and Grow*. Guilford Press

Rollnick, S. Miller, W. R., & Butler, C. C. (2008). *Motivational Interviewing in Health Care: Helping Patients Change Behavior*. Guilford Press.

Tronto, J. (2024). *Democracia y cuidado*. Rayo Verde.

Del protocolo a la compasión: decisiones nutricionales con sentido en la demencia avanzada

RESUMEN

La evolución tecnocientífica ha complicado la toma de decisiones terapéuticas en los pacientes con demencia avanzada. La evidencia actual no respalda el uso rutinario de nutrición enteral, ya que no mejora la supervivencia ni la calidad de vida y conlleva complicaciones, se recomienda priorizar la alimentación de confort. No obstante, a los profesionales se nos pueden plantear conflictos morales al tomar decisiones sobre la nutrición en estos pacientes, siendo la bioética una herramienta en la que apoyarnos.

PALABRAS CLAVE

Demencia avanzada, nutrición enteral, sonda nasogástrica, gastrostomía percutánea endoscópica, bioética, deliberación.

ABSTRACT

Technoscientific progress has complicated therapeutic decision-making in patients with advanced dementia. Current evidence does not support the routine use of enteral nutrition, as it improves neither survival nor quality of life and is associated with complications; therefore, prioritizing comfort feeding is recommended. However, professionals may face moral conflicts regarding nutritional decisions for these patients, making bioethics a vital supportive tool.

KEYWORDS

Advanced dementia, enteral nutrition, nasogastric tube, percutaneous endoscopic gastrostomy, bioethics, deliberation.

Introducción

En los pacientes con demencia avanzada, la decisión de instaurar o retirar la nutrición artificial supone un desafío clínico y ético. El grado de progresión de la demencia o deterioro funcional se valora mediante escalas como la Global Deterioration Scale (GDS) y la Functional Assessment Staging (FAST) (Reisberg, 1988): existen consensos en los cuales un estadio GDS-FAST 7 se considera una enfermedad neurológica avanzada y 7c en fase terminal. La disfagia es uno de los síntomas que presentan los pacientes con demencia avanzada en este estadio e indica la progresión de la enfermedad (Gómez-Busto et al., 2009). Cuando los profesionales y familiares discrepan sobre si se trata de un cuidado o de un tratamiento, se convierte en un conflicto ético.

Desde un punto de vista del cuidado, la hidratación y la alimentación son símbolos de afecto y dignidad, y se entienden culturalmente como un cuidado básico que debe realizarse siempre (Gisbert Aguilar, 2009). En cambio, desde el punto de vista del tratamiento, cualquier tratamiento médico debe proporcionar, con base en la evidencia científica, un beneficio, ser seguro y eficiente y adecuarse a las necesidades de cada paciente. La nutrición enteral por sonda nasogástrica (SNG) y por gastrostomía endoscópica percutánea (PEG) debe evaluarse

como una medida terapéutica cuya indicación hay que individualizar (American Geriatrics Society Ethics Committee & Clinical Practice and Models of Care Committee, 2014; Pita Gutiérrez *et al.*, 2022).

La evidencia clínica actual indica que la nutrición enteral, tanto mediante SNG como mediante PEG, no mejora la supervivencia, el estado nutricional ni la calidad de vida en los pacientes con demencia avanzada. Además, puede incrementar el riesgo de complicaciones como broncoaspiración y lesiones por presión (Orlandoni *et al.*, 2020; Stall *et al.*, 2025). Pero, a pesar de una sólida evidencia, a los profesionales sanitarios se nos plantean conflictos morales al tomar decisiones sobre la nutrición en estos pacientes. En estos casos, la bioética es una herramienta fundamental en la que apoyarnos, ayudándonos a tomar decisiones compartidas que integren los cuatro Principios y el contexto narrativo del paciente y su familia. Por ello, desde el Comité de Ética Asistencial (CEA) de nuestro Complejo Hospitalario se planteó la creación de una Guía Clínica adaptada a nuestro medio para ayudarnos en la toma de decisiones sobre la nutrición de los pacientes con demencia avanzada, combinando la evidencia científica con la aplicación de los Principios de la Bioética.

1. Metodología

Para la elaboración de la Guía Clínica, se realizó una revisión narrativa de la literatura, incluyendo guías de práctica clínica, revisiones, metaanálisis y artículos clínicos relevantes de los últimos años.

2. Resultados

En los pacientes con demencia avanzada (GDS FAST 7) la pérdida de apetito y la disfagia son síntomas clínicos inherentes a la fase final de la enfermedad. La evidencia clínica actual indica que la nutrición enteral no mejora la supervivencia, el estado nutricional ni la calidad de vida, y puede aumentar el riesgo de complicaciones como la broncoaspiración o las lesiones por presión (Orlandoni *et al.*, 2020; Stall *et al.*, 2025). Por ello, sociedades científicas como The European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) desaconsejan su uso rutinario, consideran que, si el paciente intenta retirarse la sonda, ello indica rechazo a la nutrición y abogan por la alimentación de confort y la planificación anticipada de cuidados (Pita Gutiérrez *et al.*, 2022; Schwartz *et al.*, 2014; Volkert *et al.*, 2024).

En nuestra Guía se proporcionan, a los profesionales, herramientas para afrontar tanto la toma de decisiones como las conversaciones difíciles con las familias. En la evaluación de la nutrición en fases iniciales son útiles el screening nutricional y el control del peso; no se recomiendan en las fases avanzadas por generar ansiedad innecesaria. En el momento de la sospecha de disfagia, se recomienda el uso de cuestionarios sencillos, como el EAT-10. Para la evaluación completa, se utiliza la prueba MECV-V (Método de Exploración Clínica Volumen-Viscosidad), que evalúa la seguridad (presencia de tos y voz húmeda) y la eficacia (presencia de restos) de la deglución con diferentes texturas. Se fomenta el uso de métodos de alimentación personalizados para perfeccionar las técnicas de nutrición oral (Beck *et al.*, 2018).

En la toma de decisiones en una situación tan compleja, la comunicación sincera resulta fundamental. Resaltamos la importancia del apoyo emocional a los familiares por parte de un equipo multidisciplinar que incluya psicólogos, trabajadores sociales y los Comités de Ética Asistenciales (CEA). Es esencial promover, en un ambiente de confianza, un diálogo sincero entre la familia o sus representantes y el equipo sanitario desde las fases iniciales y, en caso de discrepancias, acudir a los CEA, cuya legitimación se sustenta en su estructura interdisciplinar y la calidad de sus deliberaciones.

En la Guía, además, se integran otros recursos como son: material formativo sobre la PEG y la SNG; documentos anexos con recomendaciones de educación sanitaria para pacientes y familiares; y un apartado de preguntas o dudas frecuentes que nos pareció muy útil.

En los pacientes con demencia avanzada, la prioridad debe ser el tratamiento paliativo y los cuidados de confort para aliviar el sufrimiento y mantener la dignidad (Figini, 2010). Se debe transmitir a la familia que el objetivo principal es la nutrición de confort (con una alimentación personalizada, sin forzar la ingesta y asegurando una higiene bucal adecuada) (Beck *et al.*, 2018). La integración de los principios bioéticos —beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia—, junto con la consideración de los valores culturales y la comunicación con la familia, permite tomar decisiones prudentes y centradas en la dignidad del paciente (Gracia Guillén, 2004; Pita Gutiérrez *et al.*, 2022; Siniora *et al.*, 2022).

Desde nuestro Comité, proponemos el siguiente algoritmo para el manejo de la nutrición en estos pacientes, en el que resaltamos la importancia de tomar decisiones centradas en el paciente, priorizando, en estas etapas avanzadas, su calidad de vida y los cuidados paliativos.

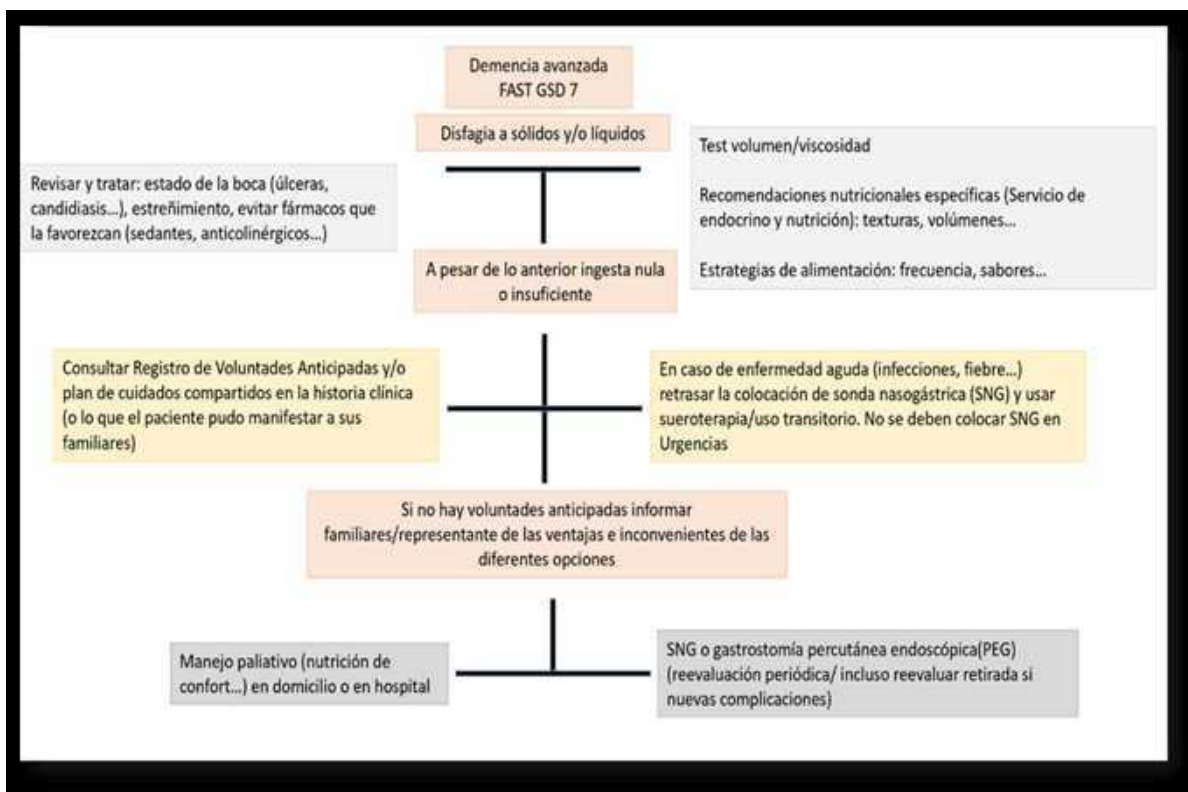


Figura 1: Algoritmo de actuación propuesto

3. Discusión

La demencia es una enfermedad progresiva que afecta los niveles cognitivos y funcionales, lo que provoca en la persona una muerte biográfica y social. Las dificultades en la alimentación representan la progresión natural de la enfermedad y caracterizan su fase final; el cuidado debe ser proporcional a las necesidades del paciente y estar orientado a su confort (Palecek *et al.*, 2010; Pita Gutiérrez *et al.*, 2022).

La Bioética crea un puente entre el progreso tecnocientífico y los valores, buscando la mejor calidad asistencial, así como la excelencia profesional. El mantenimiento de la vida debe plantearse como un derecho, no como una obligación, respetando la dignidad del paciente y el derecho a morir en paz. Para realizar una valoración ética, necesitamos conocer la evidencia científica, deliberar sobre los conflictos de valores y, con ello, elaborar recomendaciones lo más prudentes posible (Gracia Guillén, 2004).

La alimentación por sonda aumenta el riesgo de broncoaspiración, la formación de lesiones por presión y de problemas gastrointestinales, y puede requerir la utilización de contenciones mecánicas o medicación para evitar que el paciente se la retire (Candy *et al.*, 2009). Así, en términos de los Principios de la Bioética, no instaurarlas en este escenario clínico implicaría respetar el Principio de No Maleficencia (“Primum non nocere”).

La colocación de una SNG o una PEG para una alimentación enteral no ha demostrado mejorar el estado nutricional, aumentar la supervivencia, prevenir complicaciones ni mejorar la calidad de vida en esta fase (Harwood, 2014). Así, en términos de los Principios de la Bioética, no instaurarlas en este escenario clínico, además de hacerlo conforme a la evidencia clínica actual, implicaría que estamos respetando el Principio de Beneficencia.

Además, el diagnóstico en fases iniciales, subrayamos en la guía, es una “ventana de oportunidad” al ser el paciente aún capaz para la toma de decisiones, y debemos aprovechar no sólo para informarle sobre el diagnóstico y pronóstico de su enfermedad sino además facilitar la realización de un Documento de Voluntades Anticipadas (MAV) y/o la realización de un Plan de Cuidados Compartido de manera conjunta también con sus familiares (BOE, 2002; BOE, 2018). Esto implica que estamos respetando el Principio de Autonomía cuando ya no sea capaz de expresar su voluntad (Palecek *et al.*, 2010).

En los pacientes con demencia avanzada, la evolución tecnocientífica ha complicado la toma de decisiones terapéuticas. El uso de técnicas médicas desproporcionadas y fútiles en la fase final de la demencia, además de ir en contra del respeto a la dignidad del paciente, genera altos costes para nuestro sistema de salud, no respetando el Principio de Justicia distributiva.

Por otro lado, desde un punto de vista legal, no iniciar una nutrición enteral en pacientes con demencia avanzada no implica interrumpir los cuidados del paciente: la Ley 1/2015, de 9 de febrero, de derechos y garantías de la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida (BOE, 2015): “El uso inadecuado de medidas de soporte vital, su aplicación cuando no tienen otro efecto que mantener artificialmente una vida meramente biológica, sin posibilidades reales de recuperación de la integridad funcional de la vida personal, es contrario a la dignidad de la vida humana”. Asimismo “no iniciar o retirar dichas medidas es algo que solo aspira a respetar dicha dignidad [...] considerada buena práctica clínica y actuaciones profesionales plenamente conformes a la legalidad vigente”. La nutrición artificial debe evaluarse como una medida terapéutica, no como un cuidado básico, lo que favorece un abordaje individualizado y respetuoso con el paciente y su familia. La recomendación más aceptada es la adecuación del esfuerzo terapéutico, evitando medidas fútiles que solo prolongan una situación clínica sin expectativas razonables de mejoría (“Primum non nocere”) (Cantón Blanco *et al.*, 2019).

Concluimos que la indicación de la nutrición enteral en los pacientes con demencia avanzada puede ser una decisión clínica compleja, con un componente ético importante: (1) las dificultades para la alimentación son la progresión natural de la enfermedad terminal y el tratamiento debe orientarse al confort y (2) es fundamental que los profesionales sanitarios cuenten con una sólida formación así como que las familias, cuidadores y tutores legales tengan información clara y exhaustiva lo que hará que la toma de decisiones sea lo más cercana posible a los valores del paciente. La Bioética aporta a la evidencia científica existente: (1) una toma de decisiones racional, reflexiva y prudente, (2) nos propone el establecimiento de un proceso de deliberación individualizado que tenga en cuenta además de la evidencia, las preferencias del paciente y sus familiares, (3) desde las fases iniciales sería recomendable informar y facilitar la elaboración de un documento de voluntades anticipadas y/o un plan de cuidados compartido y (4) la integración de los Principios de la Bioética (no maleficencia, justicia, beneficencia y autonomía) aporta una mayor solidez a nuestras decisiones clínicas pudiendo ser un apoyo fundamental en caso de conflicto ético.

Desde nuestro Comité de Ética proponemos la creación de espacios de reflexión tanto en los centros de salud como en los hospitales y centros sociosanitarios, en los que se dé voz a pacientes, familiares y profesionales.

Alejandro Vega Hernández

Miembro del Comité de Ética Asistencial del CHUIMI
Enfermero asistencial del CHUIMI
Miembro de la Comisión Asesora de Bioética de Canarias

Kevin E. Jiménez Cabrera

Miembro del Comité de Ética Asistencial del CHUIMI
Enfermero asistencial del CHUIMI

Mónica Peña Bolaños

Miembro del Comité de Ética Asistencial del CHUIMI
FEA del Servicio de Aparato Digestivo del CHUIMI

José Montesdeoca Santana

Miembro del Comité de Ética Asistencial del CHUIMI
Geriatra y FEA de la Unidad de Cuidados Paliativos del CHUIMI

Rita Pérez Santana

Miembro del Comité de Ética Asistencial del CHUIMI
Jurista del Gobierno de Canarias

Mercedes Martín Fuentes

Miembro del Comité de Ética Asistencial del CHUIMI
Enfermera del Servicio de Urgencias del Centro de Salud de El Calero

Resto del Comité de Ética Asistencial del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil (CHUIMI)

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Geriatrics Society Ethics Committee, & Clinical Practice and Models of Care Committee. (2014). American Geriatrics Society feeding tubes in advanced dementia position statement. *Journal of the American Geriatrics Society*, 62(8), 1590–1593

Beck, A. M., Kjaersgaard, A., Hansen, T., & Poulsen, I. (2018). Systematic review and evidence-based recommendations on texture-modified foods and thickened liquids for adults (above 17 years) with oropharyngeal dysphagia: An updated clinical guideline. *Clinical Nutrition*, 37(6 Pt A), 1980–1991

Candy, B., Sampson, E. L., & Jones, L. (2009). Enteral tube feeding in older people with advanced dementia: Findings from a Cochrane systematic review. *International Journal of Palliative Nursing*, 15(8), 396–404

Cantón Blanco, A., Lozano Fuster, F. M., Del Olmo García, M. D., Virgili Casas, N., Wandenberghe Lozano, C., Avilés, V., et al. (2019). Manejo nutricional de la demencia avanzada: Resumen de recomendaciones del Grupo de Trabajo de Ética de la SENPE. *Nutrición Hospitalaria*, 36(4), 988–995

BOE. (2002). *Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*. Boletín Oficial del Estado, núm. 274, de 15 de noviembre de 2002

BOE. (2015). *Ley 1/2015, de 9 de febrero, de derechos y garantías de la dignidad de la persona ante el proceso final de la vida*. Boletín Oficial del Estado, núm. 40, de 16 de febrero de 2015

BOE. (2018). *Ley Orgánica 1/2018, de 5 de noviembre, sobre las instrucciones anticipadas*. Boletín Oficial del Estado, núm. 266, de 3 de noviembre de 2018

Figini, H. A. (2010). Aspectos éticos en el manejo de pacientes con demencia. *Neurología Argentina*, 2(2), 96–101

Gisbert Aguilar, A. (2009). Aspectos éticos de la alimentación e hidratación en pacientes con deterioro cognitivo severo. *Medicina Paliativa*, 16(2), 100–110

Gómez-Busto, F., Andia, V., Ruiz de Alegría, L., & Francés, I. (2009). Abordaje de la disfagia en la demencia avanzada. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 44, 29–36

Gracia Guillén, D. (2004). *Ética en la práctica clínica*. Triacastela.

Harwood, R. H. (2014). Feeding decisions in advanced dementia. *Journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh*, 44(3), 232–237

Orlandoni, P., Jukic Peladic, N., & Cherubini, A. (2020). Enteral nutrition in advanced dementia: An unresolved dilemma in clinical practice. *European Geriatric Medicine*, 11(2), 191–194

Palecek, E. J., Teno, J. M., Casarett, D. J., Hanson, L. C., Rhodes, R. L., & Mitchell, S. L. (2010). Comfort feeding only: A proposal to bring clarity to decision-making regarding difficulty with eating for persons with advanced dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58(3), 580–584

Pita Gutiérrez, F., Álvarez Hernández, J., Ballesteros-Pomar, M. D., Botella Romero, F., Bretón Lesmes, I., Campos del Portillo, R., *et al.* (2022). Resumen ejecutivo del documento de posicionamiento sobre el empleo de la nutrición enteral en la demencia avanzada. *Endocrinología, Diabetes y Nutrición*, 69(10), 878–887

Reisberg, B. (1988). Functional assessment staging (FAST). *Psychopharmacology Bulletin*, 24(4), 653–659

Schwartz, D. B., Barrocas, A., Wesley, J. R., Kliger, G., Pontes-Arruda, A., Márquez, H. A., James, R. L., Monturo, C., Lysen, L. K., & DiTucci, A. (2014). Gastrostomy tube placement in patients with advanced dementia or near end of life. *Nutrition in Clinical Practice: Official Publication of the American Society for Parenteral and Enteral Nutrition*, 29(6), 829–840

Siniora, D. N., Timms, O., & Ewuoso, C. (2022). Managing feeding needs in advanced dementia: Perspectives from ethics of care and ubuntu philosophy. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 25(2), 259–268

Stall, N. M., Quinn, K. L., van der Steen, J. T., Trimble, J., Clarfield, A. M., & Mitchell, S. L. (2025). Enteral tube feeding in people with advanced dementia. *BMJ*, 389, e075326

Volkert, D., Beck, A. M., Faxén-Irving, G., Frühwald, T., Lee Hooper, L., Keller, H., Porter, J., Rothenberg, E., Suominen, M., Wirth, R., & Chourdakis, M. (2024). ESPEN guideline on nutrition and hydration in dementia – Update 2024. *Clinical Nutrition*, 43(6), 1599–1626

Consideraciones sobre el ejercicio de la objeción de conciencia de las enfermeras en la Interrupción Voluntaria del Embarazo

RESUMEN

El ejercicio del derecho a la objeción de conciencia en la interrupción voluntaria del embarazo aún genera dudas e incertidumbres entre profesionales sanitarios, como las enfermeras, que requiere la elaboración de guías de orientación claras y concisas. Se analiza el documento elaborado por la Comisión Deontológica Nacional de Enfermería con el objeto de facilitar la tarea de las enfermeras y matronas implicadas con seguridad jurídica y ética y evitar la posibilidad de una sanción deontológica, por un incumplimiento adecuado.

PALABRAS CLAVE

Objeción de conciencia, interrupción voluntaria del embarazo, enfermeras.

ABSTRACT

The exercise of the right to conscientious objection in voluntary termination of pregnancy still generates doubts and uncertainties among healthcare professionals, such as nurses, requiring the development of clear and concise guidelines. This paper analyzes the document prepared by the National Nursing Ethics Committee with the aim of facilitating the work of nurses and midwives involved, providing them with legal and ethical certainty, and preventing the possibility of disciplinary action for non-compliance.

KEYWORDS

Conscientious objection, voluntary termination of pregnancy, nurses.

Introducción

En España, las cuestiones relacionadas con la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) han pasado a lo largo de su historia por muy diferentes consideraciones fruto de distintas concepciones sobre el papel de la mujer, el momento del comienzo de la vida, el estatus científico, jurídico, teológico y ético del embrión y del feto, el embarazo, los elementos diagnósticos, las intervenciones externas o los intereses políticos. Los argumentos y contraargumentos han ido adquiriendo funciones y significados diversos, librándose enconados debates que han derivado en constantes modificaciones de la legislación con respecto a la IVE, en la búsqueda del equilibrio entre las partes en conflicto, y en la de tratar de atender los innegables problemas sociales derivados de esta práctica.

En cuanto a su recorrido legislativo, cabe señalar que el aborto aparece como una práctica ilegal, con penas de reclusión en distinto grado que podían alcanzar los 14 años para los profesionales que lo facilitaran y de hasta 8 años para las mujeres embarazadas que abortaran, en los artículos 639 y 640 del primer Código Penal Español de 1822 (Código Penal Español, 1822). Posteriormente, en 1931 con la Segunda República Española, en el aprobado Estatuto de Autonomía de Cataluña, se despenalizó por razones terapéuticas, eugenésicas o económicas y, en 1937, por voluntad de la mujer, hasta las primeras 12 semanas de embarazo. No obstante, en

1939, tras la Guerra Civil y la proclamación del régimen franquista, se restableció el Código Penal de 1890 con una total prohibición hacia al aborto voluntario (Ruiz Salguero *et al.*, 2005).

En nuestra etapa más reciente, no fue hasta 1985 cuando se inició el proceso liberalizador de la IVE, en la Ley Orgánica 9/1985 donde en apenas 20 líneas se despenaliza el aborto bajo determinados supuestos como eran el riesgo para la vida o salud física y psíquica de la madre, graves taras en el feto antes de las 22 semanas, o violación (con denuncia) antes de las 12 semanas (L.O. 9/1985). Esta ley, en los veinticuatro años que estuvo vigente fue pervirtiéndose, hasta el punto de que hasta el 97% de las IVEs se vinculaban con trastornos para la salud psíquica materna, al parecer, con un escaso rigor en la exigencia de veracidad de los dictámenes médicos, lo que el Grupo Disciplinario de Bioética del Institut Borja de Bioética lo definió, como un auténtico “fraude de ley” (Grupo Interdisciplinario Institut Borja de Bioética, 2009).

En este contexto y dentro del marco normativo imperante en los países de nuestro entorno, se plantea la Ley Orgánica 2/2010 de 3 de marzo, de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo, que supone un vuelco sustancial en la manera de abordar cómo y cuándo se autoriza la IVE pasando a ser considerado un derecho de las mujeres. Se trata de una ley de plazos donde se elimina el supuesto de violación, y además de las indicaciones por riesgo para la salud materna o graves anomalías fetales hasta las 22 semanas, y sin límite de tiempo ante anomalías incompatibles con la vida, se incorpora que las mujeres puedan abortar a demanda en las primeras 14 semanas, incluidas las menores de 16 a 18 años que alegaran grave conflicto familiar o desarraigo. Además, se establecen unos requisitos específicos de información, tres días de reflexión y, en caso de que los profesionales sean objetores de conciencia, la necesidad de informar de esta situación a sus superiores, así como la creación de un registro confidencial y autonómico de estas personas (L.O.2/2010). Pero con esta nueva ley la polémica no cesó, recibiendo críticas en varios frentes. Las primeras se relacionaron con la posibilidad de que las menores de 16 y 17 años pudieran acceder a la prestación sin el consentimiento de padres o tutores legales, independientemente de su situación familiar y, por otro lado, las debidas a los supuestos de riesgo de malformaciones o posibles discapacidades fetales (Melguizo Jiménez *et al.*, 2010; rtveNoticias, 2012).

Por tanto, en 2015 y correspondiendo con la alternancia de gobierno, en la Ley Orgánica 11/2015 se revoca la cuestión relacionada con el aborto en las menores de 16 y 18 prohibiendo que puedan hacerlo, en ningún caso, sin conocimiento de sus padres o tutores legales (L.O., 2015). Finalmente, y ante un nuevo cambio político, en 2023 se aprueba la Ley Orgánica 1/2023 de 28 de febrero, donde se vuelve a reconocer la posibilidad de abortar a las menores de edad, pero mayores de 16 años, y se eliminan los requisitos de la información previa sobre los derechos, prestaciones y ayudas públicas de apoyo a la maternidad, así como los tres días de reflexión (L.O., 2023).

En la actualidad, aunque la oposición de posturas no cesa, parece existir cierto consenso en considerar que el desarrollo de la ley está generando controversias y dificultades, ya denunciadas previamente, relacionadas, por ejemplo, con una implementación ineficiente, la falta de recursos, las barreras socioeconómicas y la resistencia ideológica. De manera que se siguen denunciando grandes brechas en la educación sexual y afectiva en los centros educativos, y con el acceso equitativo a la prestación de la IVE, según comunidades autónomas e incluso entre hospitales públicos y privados (Alianza por la solidaridad *et al.*, 2016). Otra de las cuestiones que ha tomado especial protagonismo últimamente pivota en torno al ejercicio de la objeción de conciencia (OC) y su regulación (Nicolás, 2025), escuchándose opiniones discrepantes de relevantes líderes políticos, como es la relativa a la obligatoriedad de contar con un registro autonómico y confidencial de profesionales objetores de conciencia, ya contemplado desde la ley de 2010 (Calvo, 2025; Quesada, 2025).

En vista de las dudas e inseguridades que aún persisten entre todas las partes implicadas surge la necesidad de plantear directrices claras para los profesionales sanitarios con el objetivo de servir de guía de actuación, con la menor incertidumbre posible. Ya que los profesionales de Enfermería están directamente implicados en esta intervención, desde la Comisión Deontológica Nacional de Enfermería se consideró de relevancia de abordar este tema en un informe específico. El objetivo de este artículo es exponer los principios básicos contemplados en el documento sobre “Consideraciones sobre el ejercicio de la objeción de conciencia de las enfermeras en la interrupción voluntaria del embarazo”, que son relevantes para la bioética y para el ejercicio profesional de las enfermeras (CDNE, 2025).

1. Material y métodos

Se realiza un análisis cualitativo del documento “Consideraciones sobre el ejercicio de la objeción de conciencia de las enfermeras en la interrupción voluntaria del embarazo” elaborado por la CDNE de España.

2. Resultados

2.1. Concepto de Objeción de Conciencia

Según el Comité de Bioética de España, se trata de “la negativa de una persona a realizar ciertos actos, o tomar parte en determinadas actividades, jurídicamente exigibles para el sujeto, para evitar una lesión grave de la propia conciencia”. La motivación en conciencia puede proceder de razones religiosas, pero también de razones simplemente deontológicas y bioéticas (Comité de Bioética de España, 2011).

Cabe destacar que la objeción de conciencia forma parte del contenido del derecho fundamental a la libertad ideológica y religiosa reconocida en el art. 16.1 de la Constitución Española (C.E., 1978) y, ante el aborto, se señala por primera vez en la sentencia del Tribunal Constitucional 54/1985, FJ 14º en relación con el proyecto de ley orgánica de despenalización del aborto, en estos términos:

“ Por lo que se refiere al derecho a la objeción de conciencia, que existe y puede ser ejercido con independencia de que se haya dictado o no tal regulación. La objeción de conciencia forma parte del contenido del derecho fundamental a la libertad ideológica y religiosa reconocido en el art.16.1 de la Constitución, y como ha indicado este Tribunal en diversas ocasiones, la Constitución es directamente aplicable, especialmente en materia de derechos fundamentales.”

Así mismo, se incorpora en el Código Deontológico de la Enfermería actualmente en vigor en su artículo 22 (C.D.E., 1989):

“Art. 22. De conformidad por lo dispuesto en el art.16.1 de la Constitución Española, la enfermera/o tiene, en el ejercicio de su profesión, el derecho a la objeción de conciencia que deberá ser debidamente explicitado ante cada caso concreto. El Consejo General y los Colegios velarán para que ningún Enfermero/a pueda sufrir discriminación o perjuicio a causa del uso de ese derecho”.

2.2. Carácter excepcional de la Objeción de Conciencia

La objeción de conciencia siempre tiene carácter excepcional, puesto que supone una excepción al cumplimiento de una norma legítimamente promulgada, en este caso, el derecho de las mujeres al acceso a la IVE. Por tanto, tiene unos límites claros y definidos, y el principal de ellos es que el ejercicio de la objeción de conciencia no puede suponer un menoscabo del acceso y la calidad de atención para las mujeres solicitantes, que siempre sigue vigente. En todo caso, este derecho puede ser revocado por el profesional en cualquier momento.

Por ello, se sea objetor o no, hay que dispensar cuidados y atención adecuada a las mujeres antes, y después de haberse sometido a una IVE (Comisión Deontológica Nacional de Enfermería, 2025)..

2.3. Objeción de conciencia total o parcial

Debido a que la ley contempla diferentes escenarios para acceder a la IVE delimitados por la edad gestacional, los profesionales podrán acogerse a dichos supuestos de manera parcial o, por el contrario, de forma total. Se puede decidir no participar en ningún tipo de IVE (total); en casos de menos de 14 semanas (a voluntad materna); entre 14 a 22 semanas (riesgo para la salud materna o fetal), o a partir de las 22 semanas (anomalías fetales incompatibles con la vida) (Comisión Deontológica Nacional de Enfermería, 2025).

2.4. Individualidad y registro de las personas que ejerzan su derecho a la Objeción de Conciencia

El ejercicio del derecho a la OC siempre es de carácter individual, personal, es decir, no se puede realizar de manera colectiva, por servicios, departamentos o unidades de atención, o por centros sanitarios completos. Además, para la planificación de la atención asistencial, habrá que poner en conocimiento de los gestores sanitarios esta voluntad, manifestándola con tiempo suficiente y por escrito. Las instituciones han de garantizar la confidencialidad de esta información en todos los casos, y solo será útil para la planificación asistencial. Así mismo, cada comunidad autónoma contará con un registro de personas confidencial que han declarado su

voluntad de ejercer su derecho a la Objeción de Conciencia (Comisión Deontológica Nacional de Enfermería, 2025).

Para facilitar esta tarea a los gobiernos de las Comunidades Autónomas, el Ministerio de Sanidad ha publicado recientemente un protocolo específico para la creación del registro de personas objetoras de conciencia para la IVE (Ministerio de Sanidad, 2024). En él, se detalla que las personas implicadas son aquellas que realicen actos necesarios y directos, anteriores o simultáneos, sin los cuales no fuese posible llevarla a cabo, siendo estos perfiles profesionales: el personal médico especialista en ginecología y obstetricia, anestesiología y reanimación y medicina familiar y comunitaria, los/las titulados/as en enfermería y las matronas, no admitiéndose otro tipo de personal. Por tanto, en este protocolo aparecen reforzadas la figura de las enfermeras y enfermeras especialistas en obstetricia y ginecología (matronas), aportando mayor seguridad a nuestro colectivo.

No obstante, en la actualidad pareciera que algunos centros completos, e incluso comunidades autónomas enteras se hayan declarado objetoras de conciencia, lo que vulnera este principio legal. Así mismo, aunque parece obvio que este es un derecho fundamental que afecta a lo más íntimo de la personalidad de los profesionales, es de esperar que su ejercicio lo apliquen las personas independientemente del ámbito laboral, público o privado, no dando lugar a las llamadas “pseudoobjecciones” (Beca & Astete, 2015).

3. Conclusiones

El ejercicio del aborto es un tema que ha ido evolucionando en nuestro país y cambiando de premisas en función del signo político que gobierne, y nada hace pensar que no pueda seguir siendo así en los próximos años, estando en estos momentos la cuestión de la objeción de conciencia de máxima actualidad. Concluimos que el documento analizado ofrece pautas claras a las enfermeras para que puedan ejercer su derecho a la OC con seguridad jurídica y ética.

No obstante, continúan ciertas preocupaciones, ya que la figura de la enfermería no queda explícita en las normas, y aún no se han creado los registros de profesionales objetores en todas las comunidades autónomas.

Expresamos la necesidad de que las enfermeras involucradas conozcan el documento elaborado por la Comisión Deontológica Nacional de Enfermería, pues un cumplimiento indebido podría conllevar una sanción deontológica, tarea con la que esta comisión está totalmente comprometida.

Encarnación Martínez García

Departamento de Enfermería de la Universidad de Granada, Hospital Universitario Virgen de las Nieves
(Servicio Andaluz de Salud)

Profesora contratada doctora en el Departamento de Enfermería de la Universidad de Granada con vinculación clínica al Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología. Miembro de la Comisión Deontológica Nacional de Enfermería
emartinez@ugr.es

Alicia Resano Gurpegui

Servicio Navarro de Salud Osasunbidea

Maximiliano José Valverde Jerez

Servicio Canario de Salud

Mª Teresa Meneses Jiménez

Complejo Asistencial de Ávila, Servicio de Salud de Castilla León

Sonia Escribano Martínez

GUETS-SESCAM, Universidad de Castilla La Mancha

CDNE

Comisión Deontológica Nacional de Enfermería integrada por Tayra Velasco Sanz; María F. Jiménez Herrera; Maximiliano José Valverde Jerez; Esperanza M. Alonso Jiménez; Sonia Escribano Martínez; Carmelo

Los autores de esta ponencia declaran no tener ningún tipo de conflicto de intereses

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alianza por la solidaridad *et al.* (2016). Deficiencias en inequidad en los servicios de salud sexual y reproductiva en España. <https://sedra-fpfe.org/wp-content/uploads/2021/02/Informe-serviciosSSR-Baja.pdf>.

Beca I, J.P. & Astete. A., C. (2015). Objeción de conciencia en la práctica médica. *Revista Medicina Chilena* (143): 493-498.

Calvo, E. (2025). Feijóo propone un registro de médicos dispuestos a practicar abortos en lugar de un de objetores. 14 octubre 2025. *ABC Sociedad*. <https://www.abc.es/sociedad/feijoo-propone-registro-medicos-quieran-practicar-abortos-20251013134505-nt.html>

Código Deontológico de la Enfermería Española (1989). *Consejo General de Enfermería*. <https://www.consejogeneralenfermeria.org/pdfs/deontologia/codigo-deontologico-2023.pdf>.

Código Penal Español (1822). 9 Julio 1822[PDF] <https://www.palladinopellonabogados.com/wp-content/uploads/2016/07/Codigo-Penal-Espa%C3%B1ol-1822.pdf>

Comisión Deontológica Nacional de Enfermería (2025). Consideraciones sobre el ejercicio de la objeción de conciencia de las enfermeras en la interrupción voluntaria del embarazo. *Consejo General de Enfermería*. <https://www.consejogeneralenfermeria.org/institucional/comision-deontologica-nacional-de-enfermeria/documentos-de-interes/send/156-documentos-de-interes/2850-consideraciones-sobre-el-ejercicio-de-la-objecion-de-conciencia-de-las-enfermeras-en-la-interrupcion-voluntaria-del-embarazo>.

Comité de Bioética de España (2011). Posición del Comité de Bioética de España sobre la objeción de conciencia en sanidad. <https://comitedebioetica.isciii.es/wp-content/uploads/2023/10/La-objecion-de-conciencia-en-sanidad.pdf>

Constitución Española. (1978). *Boletín Oficial del Estado*, núm. 311, de 29/12/1978. Art, 16.1: p:5. [https://www.boe.es/eli/es/c/1978/12/27/\(1\)/con](https://www.boe.es/eli/es/c/1978/12/27/(1)/con)

Grupo interdisciplinario del Institut Borja de Bioética. (2009). Consideraciones sobre el embrión humano. *Bioética & Debate*, 15 (57). 1-12.

Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio, de reforma del artículo 417 bis del Código Penal. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 166, 12/07/1985, pp: 22041-22041. <https://www.boe.es/eli/es/lo/1985/07/05/9>.

Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 55, de 04/03/2010. <https://www.boe.es/eli/es/lo/2010/03/03/2/con>

Ley Orgánica 11/2015, de 21 de septiembre, para reforzar la protección de las menores y mujeres con capacidad modificada judicialmente en la interrupción voluntaria del embarazo. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 227, de 22/09/2015. <https://www.boe.es/eli/es/lo/2015/09/21/11/con>

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. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 51, de 01/03/2023. <https://www.boe.es/eli/es/lo/2023/02/28/1/con>

Ministerio de Sanidad. (2024). Protocolo específico para la creación del registro de personas objetoras de conciencia establecido en 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. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. https://www.sanidad.gob.es/areas/profesionSanitarias/profesion/docs/Protocolo_Registro_Objetores_IVE_Diciembre_2024.pdf

Melguizo Jiménez, M., Luna Lora, C., Marcos Ortega, B., Bailón Muñoz, E. (2010). Nueva ley del aborto, más que un problema legal o moral. *Atención Primaria*, 42(8):403-405.

Nicolás, J. (2025). El gobierno da tres meses a Madrid, Baleares, Aragón, y Asturias para que creen el registro de objetores de conciencia. *El País*, 6 octubre 2025. España, aborto. <https://elpais.com/espana/2025-10-06/el-gobierno-exige-a-madrid-baleares-aragon-y-asturias-que-creen-el-registro-de-objetores-de-conciencia-para-la-practica-del-aborto.html#:~:text=El%20Gobierno%20da%20tres%20meses,del%20aborto%20%7C%20Espa%C3%B1a%20%7C%20EL%20PA%C3%8DS>.

Quesada, J.D. (2025). Ayuso se queda sola en su negativa a crear el registro de objetores de conciencia del aborto. *El País* (Madrid), 14 noviembre 2025. <https://elpais.com/espana/madrid/2025-11-14/ayuso-asegura-que-no-creara-el-registro-de-objetores-del-aborto-y-deja-la-decision-a-los-tribunales.html>

RtveNoticias. (2012). El gobierno recuperará la Ley de aborto de 1985 y exigirá a las menores consentimiento paterno. <https://www.rtve.es/noticias/20120125/gobierno-modificara-ley-del-aborto-para-introducir-consentimiento-paterno/492521.shtml>

Ruiz Salguero, M.T., Cabré Pla, A., Castro-Martin, T., & Solsona Peiró, M. (2005). *Anticoncepción y salud reproductiva en España: crónica de una (r)evolución. Colección de estudios ambientales y socioeconómicos*. Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

Tribunal Constitucional. (1985). Sentencia 54/1985, de 18 de abril. *Boletín Oficial del Estado*. núm. 119, de 18 de mayo de 1985. <https://hj.tribunalconstitucional.es/es/Resolucion/Show/434>

Consideraciones éticas ante las sujeciones físicas de la Comisión Deontológica del Colegio de Enfermería de Madrid

RESUMEN

La sujeción física obliga a actuar en contra de la voluntad del paciente, implicando la restricción de movimientos de la persona. Restringir esta libertad solo se entendería para proteger a los pacientes, aun así, las medidas deben ser siempre proporcionadas. Su aplicación indiscriminada puede conllevar un trato inadecuado, atentando contra la libertad física y moral, vulnerando los derechos fundamentales de las personas y los principios fundamentales de la bioética.

PALABRAS CLAVE

Sujeción física, proporcionalidad, principios bioética, vulneración derechos fundamentales, mínima restricción, criterios de buenas prácticas.

ABSTRACT

Physical restraint forces action against the patient's will, implying the restriction of their movements. Restricting this freedom would only be justifiable to protect patients; even then, the measures must always be proportionate. Its indiscriminate application can lead to inappropriate treatment, violating physical and moral freedom, fundamental human rights, and fundamental principles of bioethics.

KEYWORDS

Physical restraint, proportionality, bioethical principles, violation of fundamental rights, minimum restriction, good practice criteria.

Introducción

La sujeción física (Comité de Bioética de España, 2016) es una medida terapéutica que, en la mayoría de los casos, obliga a actuar en contra de la voluntad del paciente, en un contexto frecuente de apremio o urgencia e implica la restricción de movimientos de la persona. Restringir esta libertad solo se entendería cuando el beneficio para el paciente superase ampliamente el perjuicio que esta limitación pudiera causar (Autonomía vs. Beneficencia), pero incluso para proteger a los pacientes, las medidas tomadas han de ser proporcionadas. Como se objetiva en toda la bibliografía consultada, su uso aparece contemplado de manera prioritaria por ejemplo en *la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (1996), en caso de ser necesaria su aplicación de manera excepcional, debe estar regida por los estándares de calidad, así como la disminución de los riesgos asociados.

La realización de dichas medidas de sujeción vienen siendo muy controvertidas pues, en muchas ocasiones, no son tipificadas bajo una definición clara, estableciéndose diferentes formas de catalogación

(contención mecánica, sujeciones blandas, contención de tres puntos, de cinco puntos...), teniendo esto repercusiones a varios niveles, dado que a veces no queda debidamente reflejada la prevalencia y la incidencia en las investigaciones, ya que en ocasiones no se reflejan dichas técnicas en las historias clínicas o no se consideran sujeciones físicas a medidas que sí lo son.

Esta medida debe ser utilizada de manera excepcional, con el fin de proteger al paciente de las lesiones que pudiera ocasionarse a sí mismo o a otros, en los casos en los que hayan fallado otras alternativas como contención verbal, ambiental o farmacológica, en diferentes ámbitos sanitarios (Colegio Oficial Enfermería Madrid, 2025).

Su aplicación indiscriminada, según las circunstancias, puede conllevar un trato inadecuado o una limitación de la libertad física y moral (Comité interdisciplinar de sujeciones. Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología, 2014), vulnerando los derechos fundamentales de las personas (ONU, 1948; Comisión Nacional para la Protección de Personas Objeto de la Experimentación Biomédica de la Conducta, 1978), así como de los principios fundamentales de la bioética. Es, por ello, necesario valorar de forma exhaustiva la situación y haber objetivado el fracaso de las otras medidas de contención (verbal, ambiental y farmacológica), evaluando su indicación, evaluando los posibles “beneficios” para el paciente y evitando posibles consecuencias perjudiciales.

Pese a todo lo anterior, es importante incidir en que, en la práctica asistencial, la realización de esta técnica genera numerosos conflictos éticos entre los profesionales (Acevedo Nuevo *et al.*, 2024), debido al empleo de una medida de fuerza y coercitiva contra la voluntad de una persona, restringiendo su libertad y produciéndose una vulneración de la dignidad e integridad de dicha persona para, en teoría, garantizar la seguridad de esta o de terceros.

Desde la perspectiva de la bioética principialista (Beauchamp & Childress, 1979) podríamos decir que la sujeción física pone en conflicto los principios de beneficencia y no maleficencia, si se utiliza de manera inadecuada y no se han valorado otras medidas alternativas tras la evaluación exhaustiva del paciente y su casuística. De igual manera, se ponen en conflicto el principio de justicia, al evitar que el paciente pueda lesionar a terceras personas, frente al principio de autonomía, ya que en muchas ocasiones se aplica sin su consentimiento, vulnerando su libertad (Gracia, 2001).

El uso de las sujeciones físicas es contrario a la ética del cuidado (Gilligan, 2013) que promueve el compromiso y el reconocimiento de la responsabilidad hacia otros como una acción en forma de ayuda y a nuestro código deontológico, que aunque no recoja de manera expresa el uso de contenciones, sí determina las obligaciones deontológicas que tenemos los enfermeros para velar por el derecho de los pacientes, su seguridad, libertad y dignidad humana recogido en los artículos 4, 5 y 6 de dicho código.

Otro punto crítico desde la perspectiva de la bioética y el respeto a la persona sería el consentimiento informado (Medina Ortega *et al.*, 2023) pues, aunque el uso de sujeción física es una medida que requiere prescripción médica, puede ser indicado por la enfermera en situaciones de urgencia. De igual manera, a nivel legal en la Comunidad de Madrid con la resolución 106/2017 del Viceconsejero de Sanidad, se aprueban las instrucciones relativas al uso de sujeciones físicas y químicas en centros hospitalarios del Servicio Madrileño de Salud. «La aplicación de una sujeción se realizará exclusivamente, en aquellos supuestos que sea imprescindible en el marco de una adecuada asistencia sanitaria» (Comunidad de Madrid, 2017).

No obstante, no hay ningún artículo en el que se recoja de forma expresa el uso de sujeciones físicas a los pacientes. A continuación, se recogen los artículos del Código Deontológico (Consejo General de Enfermería, 1989) de la Enfermería Española que hacen referencia a la libertad, la ética profesional, el respeto la protección de los pacientes durante su atención.

Artículo 4

«La Enfermera/o reconoce que la libertad y la igualdad en dignidad y derecho son valores compartidos por todos los seres humanos que se hallan garantizados por la Constitución Española y la Declaración Universal de Derechos Humanos.

Por ello, la Enfermera/o está obligada/o a tratar con el mismo respeto a todos, sin distinción de raza, sexo, edad, religión, nacionalidad, opinión política, condición social o estado de salud».

Artículo 5

«Consecuentemente las Enfermeras/os deben proteger al paciente, mientras esté a su cuidado, de posibles tratos humillantes, degradantes, o de cualquier otro tipo de afrentas a su dignidad personal».

Artículo 6

«En ejercicio de sus funciones, las/los enfermeras/os están obligadas/os a respetar la libertad del paciente a elegir y controlar la atención que se le presta».

Artículo 52

«La Enfermera/o ejercerá su profesión con respeto a la dignidad humana y la singularidad de cada paciente sin hacer distinción alguna por razones de situación social, económica, características personales o naturaleza del problema de salud que le aqueje. Administrará sus cuidados en función exclusivamente de las necesidades de sus pacientes».

Artículo 53

«La Enfermera/o tendrá como responsabilidad primordial profesional la salvaguarda de los Derechos Humanos, orientando su atención hacia las personas que requieran sus cuidados».

Artículo 60

«Será responsabilidad de la Enfermera/o actualizar constantemente sus conocimientos personales, con el fin de evitar actuaciones que pueden ocasionar la pérdida de salud o de vida de las personas que atiende».

Conclusiones

Es primordial cuidar a los pacientes no solo considerando la salud o el riesgo de la persona, sino también la autonomía y las preferencias individuales como un bien a proteger. Por ello, el cuidado debe llevarse a cabo de la manera más adecuada, buscando las alternativas más respetuosas con la dignidad y la singularidad de cada individuo y con su salud, siguiendo los principios de proporcionalidad y mínima restricción. Por ello, es vital, incidiendo en que sea excepcional y se hayan agotado todos los recursos terapéuticos posibles antes de tomar la medida.

La aplicación de las sujeciones físicas, dado que es una medida coercitiva, plantea dilemas éticos al restringir la libertad y vulnerar la dignidad e integridad de la persona. En el caso que se hayan agotado todas las posibilidades terapéuticas, si se decide aplicar como último recurso, se debe garantizar la seguridad y la protección de los derechos del paciente durante el procedimiento, así como garantizar la aplicación de los cuidados de enfermería específicos e individualizados necesarios, derivados de la misma, no debiendo prolongarse más allá de lo estrictamente necesario, justificándose si el beneficio para el paciente supera ampliamente el perjuicio. Por ello, es vital que se adecuen los recursos humanos y físicos en las unidades en las cuales tengan que llevarse a cabo.

De igual manera, es esencial monitorizar los registros del procedimiento para conocer la incidencia y prevalencia de la utilización de sujeciones es básico, así como analizar los incidentes que pudieran derivarse en pacientes con sujeción, con el fin de implementar acciones de mejor práctica asistencial (Mejías-Lizancos *et al.*, 2016).

El presente manuscrito no ha recibido ninguna fuente de financiación.

Los autores confirman no tener ningún conflicto de intereses que declarar respecto al presente manuscrito.

**José Antonio Barbado Albaladejo
Tayra Velasco Sanz
Isabel Guerra Llamas
Ana María Cabrejos Casero
Yolanda Rodríguez González**

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Acevedo Nuevo, M., Velasco Sanz, T., Del Olmo Somolinos, B., Via Clavero, F. (2024). Consideraciones ético-legales y recomendaciones de actuación en el uso de contenciones mecánicas en pacientes críticos. *Enfermería Intensiva*, <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2024.05.002>

Beauchamp, TL. & Childress, JF. (1979). *Principles of Biomedical Ethics*. 1 ed. New York: Oxford University Press

Colegio Oficial de Enfermería de Madrid (2025). Consideraciones de la Comisión Deontológica ante las sujeciones físicas. Madrid

Comisión Nacional para la Protección de Personas Objeto de la Experimentación Biomédica de la Conducta (1978). *Informe Belmont*

Comité interdisciplinar de sujeciones. Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (2014). *Documento de consenso sobre sujeciones físicas y farmacológicas*. Madrid. Disponible en: https://www.segg.es/media/descargas/Documento_de_Consenso_sobre_Sujeciones.pdf

Comité de Bioética de España (2016). *Consideraciones éticas y jurídicas sobre el uso de contenciones mecánicas y farmacológicas en los ámbitos social y sanitario*. Disponible en: <https://comitedebioetica.isciii.es/wp-content/uploads/2023/10/Informe-Contenciones-CBE.pdf>.

Comunidad de Madrid (2017). *Resolución 106/17, de 27 de enero, del Viceconsejero de Sanidad y Director General del Servicio Madrileño de Salud por la que se aprueban las instrucciones relativas al uso de sujeciones físicas y químicas en centros hospitalarios del SERMAS*. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/transparencia/resolucion-1062017-27-enero-del-viceconsejero-sanidad-y-director-general-del-servicio-madrileno>

Consejo General de Enfermería de España (1989). *Código Deontológico de la Enfermería Española*.

Gilligan C. (2013). *La ética del cuidado*. Cuadernos de la Fundació Victor Grifols i Lucas. Disponible en: <https://www.fundaciogrifols.org/es/-/30-the-ethic-of-care>

Gracia, D. (2001). La deliberación moral: el método de la ética clínica. *Med Clin (Barc)*, 117:18--23, [https://doi.org/10.1016/S0025-7753\(01\)71998-7](https://doi.org/10.1016/S0025-7753(01)71998-7)

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (1996). Disponible en: <https://www.jointcommission.org/en-us/accreditation>

Medina Ortega, J., García Martín, R., Mouriño Sánchez, C., Barbado Albaladejo, JA. (2023). *Protocolo de Sujeción Física. Comité de Ética Asistencial*. Leganés (Madrid): Hospital Universitario Severo Ochoa

Mejías-Lizancos, F., Vila Gimeno, C., Sánchez Alfonso, J., del Carmen Silva García, M., Rodríguez Monge, MA., Salas Rubio, JM., et al. (2016). Abordaje y cuidados del paciente agitado Documento de Consenso. *Rev Española Enfermería Salud Ment*. 1(1). Disponible en: <http://www.aeesme.org/wpcontent/uploads/2016/01/Documento-de-consenso>
<http://www.aeesme.org/wpcontent/uploads/2016/01/Documento-de-consenso>
[ANESM_SEEUE-pacienteagitado.pdf](http://www.aeesme.org/wpcontent/uploads/2016/01/Documento-de-consenso)
[ANESM_SEEUE-pacienteagitado.pdf](http://www.aeesme.org/wpcontent/uploads/2016/01/Documento-de-consenso)

ONU. Organización Naciones Unidas (1948). *Declaración Universal de los Derechos Humanos*

La confidencialidad asistencial ante el desafío digital: reflexiones éticas, jurídicas y deontológicas en el ejercicio profesional

RESUMEN

La confidencialidad, entendida como responsabilidad profesional, constituye un pilar esencial de la atención sanitaria y se encuentra estrechamente vinculada al respeto por la dignidad, la autonomía y los derechos fundamentales de las personas atendidas. Sin embargo, la digitalización de la historia clínica, el avance de las tecnologías de la información y los cambios normativos y jurisprudenciales han generado nuevos escenarios que tensionan este principio ético. En consecuencia, resulta necesaria una reflexión ética, jurídica y deontológica que permita preservar el compromiso de la enfermería con la confidencialidad, la seguridad de la información y la confianza en la relación asistencial.

PALABRAS CLAVE

Confidencialidad, ética profesional, enfermería, digitalización, protección de datos, deontología, ciberseguridad.

ABSTRACT

Confidentiality, understood as a professional responsibility, constitutes an essential pillar of healthcare and is closely linked to respect for the dignity, autonomy, and fundamental rights of individuals receiving care. However, the digitalization of health records, advances in information technologies, and evolving regulatory and jurisprudential frameworks have created new scenarios that put pressure on this ethical principle. Consequently, an ethical, legal and deontological reflection is required to uphold nursing's commitment to confidentiality, information security, and trust within the care relationship.

KEYWORDS

Confidentiality, professional ethics, nursing, digitalization, data protection, deontology, cybersecurity.

Introducción

La confidencialidad, como responsabilidad profesional, constituye un pilar esencial de la atención sanitaria y está estrechamente vinculada al respeto por la dignidad, la autonomía y los derechos fundamentales de las personas atendidas. Sin embargo, la digitalización de la historia clínica, el avance de las tecnologías de la información y los cambios normativos y jurisprudenciales han planteado nuevos escenarios que ponen en tensión este principio ético. El presente trabajo analiza el impacto del entorno digital y del marco normativo europeo en la confidencialidad asistencial y examina su repercusión ética, legal y deontológica para los profesionales de la salud.

Dicho análisis revela una realidad ambivalente pues, aunque el desarrollo tecnológico ha mejorado la calidad, la continuidad y la eficiencia de la atención sanitaria, también ha incrementado el riesgo de vulneraciones de la intimidad y de accesos indebidos a datos personales. En consecuencia, se observa una brecha entre el marco

legal y la práctica profesional, agravada por el uso inadecuado de dispositivos personales, la falta de formación en protección de datos y la implantación de sistemas digitales sin las debidas garantías. La reflexión ética y deontológica se configura como una necesidad urgente para preservar el compromiso de la enfermería con la confidencialidad, la seguridad de la información y la confianza en la relación asistencial.

La confidencialidad ha sido históricamente uno de los principios estructurantes de la práctica sanitaria, protegiendo la información personal y clínica de los pacientes y garantizando su privacidad, una condición esencial para preservar la confianza depositada en el sistema sanitario. Desde la tradición hipocrática, se reconoce el deber de guardar secreto sobre la información obtenida en el ejercicio profesional como una expresión del respeto a la intimidad y base de la confianza entre paciente y profesional sanitario. Sin embargo, en el contexto contemporáneo, los profundos cambios derivados de la digitalización de la información sanitaria, la interoperabilidad de los sistemas y la incorporación de dispositivos tecnológicos han introducido nuevos matices a este principio, que no solo se mantiene vigente, sino que se amplía y adquiere nuevas dimensiones en términos de alcance, complejidad y gestión ética.

La transición desde un entorno predominantemente analógico hacia uno digital ha modificado de manera profunda las condiciones en las que se ejerce el derecho a la intimidad. Hace apenas dos décadas, la confidencialidad se sustentaba en el boca a boca, el teléfono fijo y los documentos en soporte papel. La información permanecía en el lugar donde se registraba o donde se comunicaba. Se puede afirmar que la confidencialidad dependía de la discreción personal y el control físico de los documentos. Hoy, el escenario es completamente distinto. El entorno digital se ha convertido en un auténtico “mundo del dato”, donde la información se encuentra en constante circulación, fluye entre sistemas interconectados y queda almacenada en servidores y nubes. Así pues, la confidencialidad ya no depende solo de la ética del profesional, sino también de la robustez tecnológica y de la seguridad informática de la que hayan sido dotados. Por ello, es imprescindible integrar la confidencialidad en una perspectiva más amplia que incluya la “seguridad de la información”, un marco que engloba tres pilares esenciales: confidencialidad, integridad y disponibilidad de los datos.

Esta situación exige analizar cómo las transformaciones digitales y el marco normativo europeo inciden en la confidencialidad asistencial, identificando los principales retos éticos, legales y deontológicos que enfrentan los profesionales de la salud, con especial atención a la práctica enfermera. Esta reflexión se enmarca en la necesidad de un compromiso ético renovado, capaz de acompañar los avances tecnológicos sin perder de vista la centralidad en la persona.

1. Material y métodos

Se ha realizado una revisión documental cualitativa de carácter narrativo, centrada en el análisis del marco normativo, ético y deontológico, junto con la literatura científica y la jurisprudencia reciente relativa a la confidencialidad y la protección de datos en el ámbito sanitario.

Para el análisis jurídico se consultó normativa europea —Reglamento General de Protección de Datos (RGPD), Reglamento del Espacio Europeo de Datos Sanitarios (EEDS)—, normativa nacional —Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (LOPDGDD) y Ley 41/2002 reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (LAP)—.

Para el análisis deontológico se consultaron documentos entre los que destaca el Código Deontológico de la Enfermería Española vigente y el borrador desarrollado para su renovación, junto al informe “Consideraciones sobre la confidencialidad como responsabilidad profesional” de la Comisión Deontológica Nacional de Enfermería (CDNE).

Para el análisis ético se consultaron informes de Comités de Bioética, como el relativo a la relación clínico-digital elaborado por el Comité de Bioética de Castilla-La Mancha, junto con artículos científicos.

Así mismo, se revisó literatura científica y jurisprudencia vinculada a brechas de seguridad de la información, ciberseguridad y ética digital en la práctica sanitaria.

2. Retos normativos, tecnológicos y éticos en la gestión segura de datos de salud

A medida que la información sanitaria se integra en ecosistemas digitales cada vez más complejos, surgen tensiones que obligan a replantear cómo se protege, gestiona y utiliza. Estos desafíos no se reducen a cuestiones técnicas, sino que alcanzan dimensiones jurídicas, organizativas y éticas que requieren un análisis específico.

En este epígrafe se analizan los principales retos que surgen en la intersección entre tecnología, regulación y práctica profesional, a partir de un enfoque temático articulado en cinco ejes principales.: (1) transformación digital y vulnerabilidades emergentes; (2) confidencialidad y acceso indebido a las historias clínicas (3) marco normativo y jurisprudencia aplicable; (4) la ciberseguridad como condición de la confidencialidad; (5) repercusiones éticas y deontológicas para la práctica profesional.

2.1. La digitalización de la salud: entre el progreso y la vulnerabilidad

La digitalización ha revolucionado la gestión de la información sanitaria, permitiendo un acceso más rápido a los datos clínicos, mejoras en la continuidad asistencial y favoreciendo la interoperabilidad entre servicios. Sin embargo, esta interconexión multiplica los puntos de vulnerabilidad y, con un solo clic, puede producirse una brecha de seguridad con consecuencias graves para las personas atendidas y la institución.

El uso de registros electrónicos, Internet of Medical Things (IoMT), almacenamiento en la nube, telemonitorización, telemedicina, conectores de salud y bienestar (wearables, apps) y su interconectividad con los dispositivos particulares, entre otros, han diluido los límites entre lo profesional y lo personal. Además, la denominada “cibervulnerabilidad” del sistema sanitario se ve agravada por prácticas como el uso de dispositivos particulares para capturar o registrar información sanitaria, así como por la utilización de aplicaciones que carecen de acreditación o certificación sanitaria.

En este sentido, resulta especialmente preocupante el empleo de teléfonos móviles personales para fotografiar o almacenar información clínica, así como el uso de aplicaciones no validadas en el ámbito sanitario, como ejemplos de prácticas que comprometen de manera directa la confidencialidad asistencial. Tal es así que, en un estudio dirigido a profesionales sanitarios, todos los participantes admitieron utilizar sus teléfonos móviles para tomar fotografías de pacientes. Asimismo, un 85% declaró conservar en sus dispositivos alrededor de un centenar de imágenes, mientras que un 62% reconoció almacenar más de doscientas (Arimany Manso *et al.*, 2020). Este hecho, que podría considerarse anecdótico, revela en realidad la necesidad de fortalecer la formación sobre el uso inadecuado de las nuevas tecnologías en el ámbito sanitario, así como de disponer de políticas institucionales claras y de una preparación ética sólida de los profesionales de la salud. Una práctica diligente debería suponer el uso de dispositivos corporativos y/o certificados, dotados de las medidas de seguridad establecidas según la normativa vigente y del consentimiento expreso del paciente.

2.2. Confidencialidad y acceso indebido a la historia clínica

La jurisprudencia española ha reafirmado que el mero acceso no autorizado a una historia clínica vulnera el deber de confidencialidad y puede constituir delito de revelación de secretos. El Tribunal Supremo¹ ha señalado que, tratándose de datos de salud, el perjuicio se produce por el solo hecho de acceder sin justificación. El bien jurídico protegido es el derecho a la intimidad, que confiere a cada individuo el control sobre la información relativa a su vida personal y familiar, configurándose como un ámbito especialmente reservado, cuya protección reforzada resulta imprescindible dada la sensibilidad de los datos de salud.

En los últimos años, diversos medios de comunicación han informado sobre condenas de prisión e inhabilitación impuestas a profesionales sanitarios² —especialmente a enfermeras— por acceder sin justificación a la historia clínica de pacientes. Estos casos, más allá de su repercusión mediática, ponen de manifiesto la importancia de la ética profesional y la responsabilidad personal en la gestión de la información sanitaria.

La brecha entre el marco normativo y la práctica clínica evidencia un conocimiento insuficiente de la legislación vigente, la ausencia de protocolos claramente definidos y una formación inadecuada en protección de datos por parte de los profesionales sanitarios. Esta disparidad entre lo previsto y lo ejecutado se manifiesta en

¹STS 178/2021, de 1 de marzo; STS 250/2021, de 17 de marzo

² Cabe destacar un par de noticias en Diario Médico, con titulares como “seis años de inhabilitación y dos de cárcel por tres visitas a la historia clínica de su colega” o “seis años y medio de prisión por acceso indebido a la historia clínica de una ex-amiga y de su hijo”.

prácticas aún demasiado frecuentes, como el uso compartido de contraseñas, la permanencia de sesiones abiertas en los sistemas o la consulta de historias clínicas sin un motivo asistencial debidamente justificado

2.3. El marco normativo europeo y el Espacio Europeo de Datos Sanitarios (EEDS)

El Reglamento General de Protección de Datos (RGPD) y el Espacio Europeo de Datos Sanitarios (EEDS) establecen un marco reforzado para la protección de datos de salud, garantizando que los ciudadanos mantengan el control sobre su información y facilitando el uso seguro de datos para asistencia, investigación e innovación. Sobre esta base, el Reglamento del EEDS profundiza y operacionaliza dicho marco al crear un sistema común para el uso y el intercambio seguro de datos sanitarios en la Unión Europea. Su objetivo principal es salvaguardar los derechos fundamentales —en particular, el derecho a la intimidad— y asegurar que las personas mantengan un control real y efectivo sobre su información de salud. Además, impulsa la construcción de una infraestructura interoperable que facilite el intercambio de información clínica entre los Estados miembros, tanto para la asistencia directa como para otros usos, como la investigación, la salud pública o la innovación.

Este avance representa una oportunidad para fortalecer la cooperación sanitaria, pero también introduce nuevos retos y obligaciones para los profesionales de la salud en materia de protección de la intimidad. En este marco, se reconoce a las personas usuarias del Sistema Nacional de Salud (SNS) derechos como decidir sobre el uso de sus datos de salud, ejercer la exclusión o limitación en la Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud (HCDSNS), y garantizar el acceso, la transparencia y la trazabilidad de la información. En consecuencia, la enfermera debe velar por el respeto y cumplimiento de estos derechos, promoviendo la transparencia, la protección de la intimidad y la seguridad de los datos tanto en su práctica asistencial como en sus funciones de gestión.

2.4. La ciberseguridad como condición de la confidencialidad

En el mundo digital, la confidencialidad ya no puede entenderse sin la ciberseguridad. Los principios clásicos de la seguridad de la información —confidencialidad, integridad y disponibilidad— adquieren plena vigencia en el ámbito sanitario. Una brecha de seguridad no solo puede vulnerar la privacidad del paciente, sino también comprometer la continuidad asistencial e incluso la seguridad del propio sistema de salud. Un ciberataque no solo vulnera la confidencialidad de los datos, sino que, al bloquear los sistemas, impide a los profesionales acceder a información clínica esencial. Esta pérdida de acceso operativo puede comprometer gravemente la seguridad del paciente, retrasando diagnósticos, dificultando la toma de decisiones y obstaculizando intervenciones críticas.

En los últimos años, diversos ataques de ransomware dirigidos a hospitales europeos y españoles han puesto de manifiesto la fragilidad de las infraestructuras críticas. El sector de la salud es uno de los principales objetivos de ciberataques. Incidentes como los ataques al Hospital Clínic de Barcelona o al sistema sanitario británico evidencian la fragilidad de las infraestructuras sanitarias.

La ciberseguridad se configura como un imperativo ético y deontológico, estrechamente vinculada al principio de no maleficencia y a la responsabilidad profesional de proteger al paciente.

2.5. Ética digital y responsabilidad profesional

En el ejercicio profesional, la confidencialidad se asienta en un compromiso ético que va más allá del cumplimiento legal, e implica comprender los riesgos y las responsabilidades derivadas del manejo de la información en entornos tecnológicos. La ética digital emerge como una nueva competencia profesional.

La CDNE en su documento “Consideraciones sobre la confidencialidad como responsabilidad profesional”³ destaca la importancia de la formación en protección de datos, bioética y competencias digitales, incluyendo el uso de redes sociales, consultas telemáticas y la gestión de la historia clínica electrónica.

El profesional sanitario del siglo XXI debe conjugar la destreza técnica con la prudencia ética, ya que proteger la información del paciente no es solo un deber normativo, sino una manifestación concreta del respeto a su dignidad.

³ Documento disponible en <https://www.consejogeneralenfermeria.org/institucional/comision-deontologica-nacional-de-enfermeria/documentos-de-interes/send/156-documentos-de-interes/3033-consideraciones-cdne-confidencialidad>

3. Retos actuales y perspectivas de futuro

Entre los desafíos destacan las carencias formativas sobre competencias digitales y protección de datos, así como la implantación de sistemas tecnológicos sin la participación suficiente de los profesionales, lo que genera desajustes entre usabilidad y seguridad. A ello se suma el uso de dispositivos personales o aplicaciones no autorizadas (“shadow AI”), que quedan fuera del control institucional y aumentan el riesgo de brechas de seguridad en la información. Asimismo, persiste una insuficiente cultura de seguridad en el ámbito sanitario, donde la confidencialidad suele percibirse como una exigencia administrativa más que como un valor ético esencial. Estos factores se ven agravados por la presión asistencial y las condiciones laborales, que favorecen descuidos, falta de atención o dificultad en la diligencia debida con el manejo de la información clínica.

Ante este escenario, el fortalecimiento de una cultura organizacional basada en la ética y la seguridad de la información resulta imprescindible en forma de códigos de buenas prácticas, infraestructuras tecnológicas seguras, promoción con carácter exclusivo de dispositivos corporativos, realización de auditorías periódicas, así como el establecimiento de mecanismos eficaces de notificación de incidentes. Paralelamente, los profesionales han de adoptar prácticas de protección rigurosas, tales como evitar el uso de equipos o aplicaciones no autorizadas, emplear contraseñas robustas y sistemas de doble autenticación, verificar la legitimidad de cada acceso a la historia clínica y comunicar de manera inmediata cualquier brecha o sospecha de vulneración

Estas medidas, integradas de forma coherente, contribuyen a reforzar la seguridad de los datos y a garantizar el respeto a la confidencialidad en la atención sanitaria, y es que, el compromiso ético individual se debe complementar con la responsabilidad colectiva de las organizaciones sanitarias y de las autoridades.

4. La reconfiguración del derecho a la intimidad en salud digital

La transición del entorno analógico al digital invita a preguntarse por una cuestión de fondo: ¿está el derecho a la intimidad evolucionando de una lógica humanista hacia una lógica tecnocrática? En un entorno donde la información se gestiona como un activo, se corre el riesgo de que la confidencialidad deje de ser una obligación moral para convertirse en una mera política de gestión de datos. La reflexión ética debe reivindicar el sentido original de la confidencialidad como expresión del respeto a la dignidad de la persona, a su intimidad y libertad, cuya vulneración conlleva una acción maleficente, dañando la relación clínica y erosionando la confianza en la profesión sanitaria. Por tanto, cuidar al paciente implica también cuidar su información, su identidad digital y su privacidad.

La confidencialidad no es un vestigio del pasado analógico, sino un principio vigente reconocido como derecho fundamental, deber profesional y uno de los valores más importantes a preservar, que requiere reinterpretarse a la luz de los nuevos desafíos. Solo mediante la integración de la ética en la gestión digital de la salud podrá asegurarse una atención realmente segura, respetuosa y centrada en la persona.

5. Conclusiones

La transformación digital del sector sanitario ha ampliado de forma notable las posibilidades de acceso, uso y aprovechamiento de los datos de salud, pero introduce vulnerabilidades que comprometen la confidencialidad y la confianza asistencial.

Persiste una brecha entre regulación y práctica, agravada por carencias formativas, falta de protocolos y debilidad institucional en materia de seguridad. La proliferación de aplicaciones sin validación clínica, la creciente interconectividad de los sistemas y el uso de dispositivos personales configuran escenarios de riesgo que exigen respuestas estructurales, tecnológicas y éticas sólidas para garantizar la confidencialidad y la seguridad de los datos de salud. Integrar la ética en la gestión de la información sanitaria es indispensable para garantizar una atención segura, respetuosa y humanizada.

Asimismo, los crecientes ciberataques al sector salud subrayan que la confidencialidad no puede garantizarse sin una adecuada ciberseguridad. La protección de la información clínica es, por tanto, una responsabilidad compartida que combina deberes éticos, jurídicos y deontológicos con medidas tecnológicas y

organizativas. La enfermería, por su papel central en la gestión cotidiana de la información, asume un protagonismo particular en la promoción de prácticas seguras, en la defensa de los derechos de los pacientes y en la consolidación de una cultura de protección de datos.

Finalmente, la digitalización obliga a reinterpretar el derecho a la intimidad desde claves contemporáneas, evitando una deriva tecnocrática que reduzca la confidencialidad a una cuestión meramente administrativa. Integrar la ética en la gestión de la información sanitaria —desde el diseño de los sistemas hasta la práctica clínica diaria— constituye la condición indispensable para garantizar una atención segura, respetuosa y humanizada. Solo la convergencia entre tecnología, regulación y responsabilidad profesional permitirá preservar la dignidad de las personas en un entorno asistencial cada vez más digitalizado.

Sonia Escribano Martínez

Profesora en la Facultad de Enfermería de Cuenca-UCLM
Enfermera en GUETS-SESCAM
Vicepresidenta del Comité de Bioética de CLM. Graduada en Derecho
Máster en Abogacía. Máster en Derecho Sanitario y Bioética. Doctoranda en Derecho-UCLM

M.^a Isabel Trespaderne Beracieto

Enfermera y Profesora en Facultad de Medicina y Enfermería de la EHU
Doctora en Derecho

María F. Jiménez Herrera

Profesora del Departament d'Infermeria. Universitat Rovira i Virgili

Esperanza M.^a Alonso Jiménez

Enfermera Especialista en Enfermería del Trabajo
Codirectora Académica del CUSET del ISCIII
Presidenta de la Comisión Deontológica del CODEPA

Carmelo Sergio Gómez Martínez

Enfermero Especialista en Geriátrica
Profesor en la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Murcia
Miembro del Comité Asesor Regional de Ética Asistencial de la Comunidad Autónoma de Murcia

CDNE

La Comisión Deontológica Nacional de Enfermería (CDNE) del CGE está integrada por: Tayra Velasco Sanz; María F. Jiménez Herrera; Maximiliano José Valverde Jerez; Esperanza M. Alonso Jiménez; Sonia Escribano Martínez; Carmelo Sergio Gómez Martínez; Encarnación Martínez García; M. Teresa Meneses Jiménez; Alicia Resano Gurpegui; M. Isabel Trespaderne Beracieto

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Arimany Manso, J., Taberner Ferrer, R., Pidevall, I., Mascaró Ballester, J. M., & Martín-Fumadó, C. (2020). Implicaciones bioéticas y médico-legales del uso de la fotografía en dermatología. *Actas Dermo-Sifiliográficas*, 111(2), 107–114. Disponible en: <https://www.actasdermo.org/es-linkresolver-implicaciones-bioeticas-medico-legales-del-uso-S0001731019303151>

BOE (2002). Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. «Boletín Oficial del Estado», núm. 274, de 15/11/2002

BOE (2018). Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. «Boletín Oficial del Estado», núm. 294, de 06 de diciembre de 2018

Comisión Deontológica Nacional de Enfermería. (2025). *Consideraciones sobre la confidencialidad como responsabilidad profesional. Consejo General de Enfermería*. Disponible en:

<https://www.consejogeneralenfermeria.org/institucional/comision-deontologica-nacional-de-enfermeria/documentos-de-interes/send/156-documentos-de-interes/3033-consideraciones-cdne-confidencialidad>

Comisión Deontológica Nacional de Enfermería (2024). *Borrador Código Ético y Deontológico de la Enfermería Española. Consejo General de Enfermería*. Disponible en: https://www.consejogeneralenfermeria.org/images/Borrador_Cdigo_Deontolgico.pdf

Comité de Bioética de Castilla-La Mancha. (2023). *Informe sobre la relación clínico-digital* (Informe 1/2023). Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM). Disponible en: https://sanidad.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/paginas/archivos/informe_sobre_la_relacion_clinico-digital_del_cb_de_clm_0.pdf

El País. (2024, noviembre). “La Generalitat concluye que el Clínic no tenía medidas de seguridad “mínimas” para contener el ciberataque de 2023”. *El País*. Disponible en: <https://elpais.com/espana/catalunya/2024-11-07/la-generalitat-concluye-que-el-clinic-no-tenia-medidas-de-seguridad-minimas-para-contener-el-ciberataque-de-2023.html>

European Policy Centre. (2025, Noviembre). *From ransomware to statecraft: Protecting EU healthcare in the new threat landscape*. Disponible en: <https://www.epc.eu/publication/from-ransomware-to-statecraft-protecting-eu-healthcare-in-the-new-threat-landscape/>

Lozano Molina, A., Martín González, J., Escribano Martínez, S., & Martín González, E. (2025). Reflexiones ético-legales de la inteligencia artificial en los cuidados. *Ética de los Cuidados: Humanización en Salud*, (18). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=10182668>

Martínez Qués, Á. A., Escribano Martínez, S., & Lozano Molina, A. (2024). Inteligencia artificial y Enfermería: Cuestiones éticas en torno a la IA y la práctica enfermera. *Ética de los Cuidados: Humanización en Salud*, (17). Disponible en: <https://ciberindex.com/index.php/et/article/download/e2405et/e2405et>

Moreno Martínez, J. A., & Femenía López, P. J. (Coords.). (2024). Inteligencia artificial y derecho de daños: Cuestiones actuales. Acorde al Reglamento (UE) 2024/1689. Editorial Dykinson. <https://doi.org/10.14679/3532>

Reglamento (UE) 2025/327 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 11 de febrero de 2025, relativo al Espacio Europeo de Datos de Salud, y por el que se modifican la Directiva 2011/24/UE y el Reglamento (UE) 2024/2847. Diario Oficial de la Unión Europea, núm. 327, de 5 de marzo de 2025

Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos (Reglamento General de Protección de Datos). Diario Oficial de la Unión Europea, núm. 119, de 4 de mayo de 2016

Sociedad Española de Informática de la Salud (2025). Ciberseguridad y Protección de Datos. Especial Impacto y riesgos de los Espacios de Datos en Salud. *I+S: Revista de la Sociedad Española de Informática y Salud*, Núm. 164, abril 2025. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/706560>

Valle, S. (2025). Seis años de inhabilitación y dos de cárcel por tres visitas a la historia clínica de su colega. *Diario Médico*. Disponible en: <https://www.diariomedico.com/medicina/politica/seis-anos-inhabilitacion-carcel-tres-visitas-historia-clinica-colega.html>

Valle, S. (2025). Seis años y medio de prisión por acceso indebido a la historia clínica de una ex amiga y de su hijo. *Diario Médico*. Disponible en: <https://www.diariomedico.com/enfermeria/politica/seis-anos-medio-prision-acceso-indebido-historia-clinica-ex-amiga-hijo.html>

The Associated Press. (2024). London hospitals cancel operations and appointments after being hit in ransomware attack. *AP News*. Disponible en: <https://apnews.com/article/uk-london-hospitals-ransomware-attack-23b324fd31cdebbdd57f46a0e0333a77>

Cuando la historia no es relato: implicaciones éticas

RESUMEN

La construcción médico-social del significado de persona con discapacidad intelectual continúa siendo un elemento limitante a la hora de hacer una buena praxis clínica. A través de la presentación de este caso, se propone el uso del enfoque narrativo en la deliberación como elemento fundamental a la hora de acercarse al otro/a, como medio para atravesar el constructo social de la discapacidad desde lo limitado, lo no posible, lo inacabado.

PALABRAS CLAVE

Persona con discapacidad intelectual, ética narrativa, desposesión narrativa.

ABSTRACT

The medical-social construction of the meaning of person with intellectual disability remains a limiting factor in achieving good clinical practice. Through the presentation of this case, the use of a narrative approach in deliberation is proposed as a fundamental element for connecting with others, as a means of addressing the social construct of disability from the perspective of limitations, impossibilities and incompleteness.

KEYWORDS

Person with intellectual disability, narrative ethics, narrative dispossession.

Introducción: De lo macro a lo micro

La Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) (ONU, 2006) define a la persona con discapacidad como aquella que presenta alguna deficiencia física, mental, intelectual o sensorial a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, estas puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones que las demás personas. En esta misma línea y de manera precedente, L. Pantano (2005) resitúa el concepto de discapacidad en dos dimensiones: por una parte, como situación de discapacidad que se establece en base a atributos objetivos en un contexto particular. Y, por otro lado, como condición de discapacidad, que aterriza esas características determinadas a la experiencia vivida y sentida, individual y cotidiana en entornos concretos. Ferreira y Ferrante (2010) cuestionan esta visión que integra elementos del modelo médico rehabilitador y del modelo social. El primero interpreta la discapacidad como un mero hecho biológico, resultado de una deficiencia del organismo y, por lo tanto, concebido como patológico y necesitado de actos rehabilitadores, desechando a su vez el contexto social de la persona. Y, el segundo, el modelo social considera la discapacidad como la resultante entre las personas con discapacidad y una sociedad incapacitada para considerarlas.

En un intento de aunar ambas miradas, la visión biopsicosocial, más humanizada, reconoce la influencia de los elementos del entorno social sin dejar de lado la dimensión orgánica y fisiológica del individuo con discapacidad como elemento deficitario.

Todos estos modelos parten de la configuración de la discapacidad como carencia. Sin embargo, existen otros enfoques como el relacional o escandinavo, el cultural y el modelo de diversidad funcional los cuales

abandonan lo carente para centrarse en lo relacional, en la reflexión sobre la construcción cultural desde el cuerpo capacitado y en lo diverso como fuente de riqueza, respectivamente, para enmarcar el acompañamiento a la persona (Pérez y Chhabra, 2019). Y, desde ahí, desde el vínculo relacional (ser humano y contexto) y desde el tomar conciencia de las dinámicas de poder establecidas entre el conocimiento médico y los saberes del otro/a, se produce un cambio de enfoque en la mirada hacia lo simétrico de la moral para responder a la interpelación de otro/a: ser humano. En definitiva, desde la ética del cuidado, la cual conforma un marco del que partir, pero precisa de contenido, del humus narrativo para deliberar.

Los relatos forman parte de lo constitutivo de la experiencia humana, nos ayudan a comprender quienes somos y por lo tanto a dar sentido al mundo que nos rodea través de su narración compartida en un espacio relacional intersubjetivo (Villar y Serrat, 2017). Y en este compartir de ida y vuelta, se valida lo que somos (identidad), nos reconocemos como valiosos/as por y para nosotros/as mismos/as (dignidad) y se dota de continuidad, sentido y propósito a nuestra experiencia de vida.

No es extraño que a las personas situadas en la discapacidad intelectual se les atribuya incapacidades para expresar, comprender, razonar, apreciar y, por tanto, para tomar decisiones también en el ámbito sanitario. La incapacidad para resolver cuestiones sobre su salud, lejos de tener que determinarse como algo excepcional, se presupone como punto de partida. Y esto implica negar, silenciar y marginar sus narrativas verbales y no verbales, haciendo que las de otros/as: profesionales y/o cuidadores se apoderen de las suyas no escuchadas. Baldwin (Baldwin & Bradford Dementia Group, 2008) contextualiza esta idea en el marco de personas con demencia y lo conceptualiza como desposesión narrativa, extrapolable a las relaciones que se establecen por parte de los/las profesionales desde la mirada a lo carente y desde la actitud capacitista y paternalista. No somos ajenos a las representaciones sociales construidas en base a creencias, prejuicios, estereotipos, etc. que posibilitan estas actitudes ya que formamos parte de esta cultura compartida (Díaz Velázquez, 2010). Y, aunque no se realice de manera consciente ni deliberada las consecuencias de esta violencia desposeedora son las mismas. Todo ello perpetúa contextos de injusticia epistémica, sigue nutriendo de manera inversa al cuidado, lo cual implica atender y cuidar a quien menos lo necesita y viceversa, y, por lo tanto, contribuye a seguir generando inequidades en salud.

Por todo ello, se propone lo narrativo en lo deliberativo no solo como una forma de cuidado, sino como respuesta moral de cuidado responsable. Además, la deliberación narrativa implica afrontar el problema ético como relato biográfico empapado de valores, creencias, significados, y emociones imbricadas que precisan ser, escuchadas, comprendidas y atendidas. El tomar conciencia del valor de las narrativas verbales y corporales en lo constitutivo de todas las personas, como canal de reconocimiento bidireccional del otro/a y como facilitador para convertir lo asimétrico en elemento posibilitador de otra letra para una misma música (Basagoiti, 2022), aterriza la mirada a la horizontalidad relacional, a lo simétrico desde lo moral, a cultivar el acompañamiento a la persona quitando el con discapacidad.

Para ello, y en ese transcurrir de lo teórico a lo práctico, de lo macro a lo micro exponemos una historia, una historia real anonimizada que servirá como hilo que entreteje.

Se trata de:

María, una mujer de 82 años con discapacidad intelectual leve-moderada residente en el medio rural. Como antecedentes médicos fue diagnosticada hace 6 años de arteriopatía de extremidades inferiores en tratamiento crónico con ácido acetilsalicílico 100mg/día. A nivel funcional, tiene una puntuación de 35 en la escala Barthel lo que implica un nivel de dependencia moderada, potenciado por baja visión no estudiada e hipoacusia.

Respecto a su situación social: cuenta con escasos recursos socioeconómicos y convive con su sobrina Luisa quien se encarga del cuidado diario como guarda de hecho, ya que no se ha gestionado la medida legal de apoyo correspondiente. Actualmente, están pendientes de la resolución de la valoración de dependencia.

En un análisis rutinario solicitado por su médico de familia se le detecta anemia macrocítica. Tras la ampliación del estudio analítico y consultar con el servicio de hematología se le diagnostica finalmente anemia hemolítica inmunitaria secundaria a proceso oncológico no filiado. Su médico de familia habla con Luisa, y ante la posibilidad de presentar un proceso neoplásico se decide no ampliar estudio ni derivar a oftalmología.

1. Objetivos

1.1. Objetivo general

Analizar la aplicación en la práctica asistencial del enfoque narrativo en la deliberación, como herramienta para la toma de decisiones y como canal de reconocimiento de la identidad y dignidad.

1.2. Objetivos específicos

Determinar la importancia del aprendizaje y el cultivo de herramientas en comunicación y de actitudes como la presencia y la compasión con el fin de recoger y acoger la experiencia narrativa personal y circunstanciada en un contexto concreto.

Valorar la aplicación de la bioética narrativa como instrumento en la toma de decisiones con apoyo.

2. Metodología

Aplicar la perspectiva narrativa a la deliberación supone enfocar la toma de decisiones desde el relato biográfico. Para ello, requiere de un método como hilo conductor que permita desovillar la narrativa y poder comprender de manera holística esa historia entrelazada de otras historias colmadas de hechos y valores. Y dicha deliberación, se nutre, tanto del relato cotidiano de aquellas pequeñas cosas como expresión también de lo que cada uno/a valora como bueno, como de grandes historias que revisan biografías y de las que se rescata la manera única y personal de experimentar sentido y propósito de vida. Y, todo ello es lo que permite llegar a un curso óptimo de acción que tenga sentido biográfico. Para poder desarrollar este proceso, se requiere de actitud a la hora de abrirse a la experiencia del otro: paciente y familia/cuidador para poder recoger y acoger los relatos, y responder a ellos.

Lydia Feito y Tomás Domingo (Feito y Domingo, 2020) ponen el acento en las aportaciones de la narrativa al proceso deliberativo como herramienta para la toma de decisiones, para la resolución de conflictos éticos y como modo de reconocimiento del otro/a.

En el caso que nos ocupa con el fin de tomar la mejor decisión, la más prudente, se incluye la historia particular de María a través de Luisa y se atiende, también, al relato de la enfermera del centro de salud que le ha asistido en los últimos años.

Para ello, se escucha en dos ocasiones las narrativas de María y Luisa en su domicilio. El primer encuentro tiene como finalidad establecer el vínculo, sentar las bases de confianza, respeto y confidencialidad que requiere el acompañamiento. El segundo encuentro da paso a lo narrativo propiamente dicho en el que se aprecia cómo María apenas responde a las preguntas, busca con la mirada el sonido de las palabras. Luisa nos cuenta la historia de vida de María con ella presente. Durante muchos años se ha dedicado a entregar cartas por el pueblo. Después de la pandemia por covid-19 dejó de caminar fuera de casa por la pérdida de movilidad secundaria al confinamiento. Está muy angustiada porque no puede ver y eso le limita mucho generándole sufrimiento.

También se recoge la narrativa de la enfermera del centro de salud, en la que se refleja lo importante que es para María la relación con los otros/as y lo bueno que era para ella la interacción con la gente del pueblo. La pandemia y el confinamiento para ella supuso un antes y un después. Además, aporta datos que corroboran la situación de vulnerabilidad social determinada por factores socioeconómicos en la que vivían María y Luisa.

Como actitudes facilitadoras, la presencia y la compasión fueron las herramientas radicales a la hora de establecer un vínculo emocional y espiritual entre todas las intervinientes. Y, como instrumentos en comunicación, tanto verbal como no verbal, el uso de preguntas abiertas y focalizadas y el silencio marcó la diferencia a la hora de recoger e interpretar lo escuchado.

El tiempo dedicado a esta escucha compartida no excedió de los 90 minutos en todos los encuentros.

Tras esta secuencia de narrativas se le propone a María con Luisa delante derivarla a oftalmología, a lo cual accede. Y, a Luisa con María presente, ampliar el estudio de la anemia considerando, además, la realización de una TC (Tomografía Computarizada) abdominal, como prueba complementaria no invasiva para intentar conseguir más datos que ayuden a filiar el diagnóstico del proceso oncológico y poder contextualizar diagnóstico,

pronóstico, expectativas y deseos. En una siguiente cita se le explicó a María con lenguaje adecuado en qué consistía la prueba y se recogió su consentimiento verbal.

3. Discusión

En primer lugar, la escucha activa del relato de María a través de Luisa nos permitió conocer: elementos relevantes asociados a su identidad, lo que valora como importante, como es la recuperación de su autonomía sensorial y la necesidad de interrelación con otros/as como algo valioso para ella. Todo ello propició entender el sentido que María da a sus experiencias de vida, lo cual refleja una manera única de percibirse en relación con el mundo. El estar atenta al lenguaje narrativo corporal de María complementó lo narrado verbalmente por Luisa. Esto permitió crear un espacio intersubjetivo en donde lo verbal y no verbal facilitaron detectar los valores dañados junto a una mejor interpretación y resignificación de los mismos para determinar el curso óptimo de acción, que en este caso fue la derivación a oftalmología con el fin de valorar la posibilidad de recuperación visual y el estudio de la anemia para intentar filiar el proceso oncológico de fondo. Además, al hacerlo en presencia de María a pesar de que apenas hablara supuso otra manera de reconocerla, de co-crear su historia desde lo no verbal también como modo de ir tejiendo identidad biográfica y dignidad.

Por otro lado, todo este proceso se realizó buscando el mejor interés desde una relación genuina de cuidado y compromiso lo que también ha implicado comprender de manera integral las relaciones que se establecen con Luisa y los contextos en las que se dan.

Junto a ello, el hecho de haberse realizado en el domicilio como lugar conocido permitió crear un espacio de confianza y libre de interrupciones que sostuvo y fortaleció el vínculo. Todo ello abrió la puerta a la deliberación.

En segundo lugar, incluir la narrativa de la enfermera en este cruce de relatos ayudó a completar la historia de María. Y, por otro lado, a corroborar la neutralidad, tanto en la exposición de Luisa sobre los valores identitarios de María, como en la recogida e interpretación de los mismos por nuestra parte.

El comprender todos estos relatos grandes y pequeños como retazos de un relato global en el que se mezclan diferentes perspectivas, como cosidos de un relato co-creado entre todas del que se desprende ese mundo de valores específico de María fruto de su biografía única, da sentido a que el curso de acción fuera el elegido y no otro.

Porque, aunque María no haya sido capaz de expresarse inicialmente, de decir lo que desea, lo que es bueno para ella, la construcción hilada de su historia personal centrada en lo valioso, en lo preciado en su vida, en lo estimado como vida buena ha permitido no negarle *a priori* su agencia narrativa y sostener el proceso de decidir. Esto ha hecho que, aunque inicialmente podríamos haber considerado que estábamos ante una toma de decisiones por sustitución, el relato generado entre todos los actores, incluida María, ha permitido detectar sus necesidades, sus valores creando a su vez una red de relaciones que ha dado apoyo, sostén a lo largo de todo un proceso para que María determinara sus propias elecciones.

En relación al curso de acción por el que se optó, también sirvió para bajar el nivel de angustia de Luisa ante una situación paliativa de pronóstico indefinido sobre un diagnóstico inconcreto generadora de enorme incertidumbre y sufrimiento. Ya que, para ella existía una fuerte creencia asociativa entre cáncer y muerte. Esta conversación también abrió la vía para plantearse otras futuras sobre la planificación compartida de atención y cuidados hacia María; e incluso para ofrecer la opción a Luisa de realizar el documento de voluntades anticipadas. Por lo tanto, la deliberación narrativa no es un método estanco con preguntas y respuestas, sino un procedimiento dinámico que se organiza en torno al pasado, al presente y al futuro y, que a su vez se expande en múltiples direcciones y que requiere de nuestra atención plena para tirar de los hilos narrativos sobre los que deliberar.

Respecto a los/las profesionales sanitarios, los encuentros iniciales con María y con Luisa, más centrados en lo objetivo fueron necesarios para iniciar el proceso diagnóstico, para aclarar algunos hechos, pero no suficientes en la búsqueda de valores para desentrañar el curso óptimo de acción que respondiera a la historia de María. Según Coulehan (Díaz Velázquez, 2010), la práctica médica requiere de dos emociones: firmeza que engloba actitudes como la objetividad, la razón y el coraje para actuar de manera decisiva y, la ternura, como guía que permite conectar con la emoción en el encuentro. Si bien es cierto que esta perspectiva puede perpetuar el dualismo entre razón y emoción, también puede hacernos comprender la necesidad nuclear de aprender, desarrollar y aplicar en la práctica asistencial competencias o actitudes que nacen de la emoción, del amor, como

son fundamentalmente la presencia y la compasión. Éstas han facilitado el establecer una conexión más profunda con María y con Luisa desde lo intangible de lo relacional.

Todo ello ha conformado un canal compasivo de reconocimiento bidireccional de la identidad y dignidad. Por un lado, hacia María como persona situada en el centro de la atención, pero también hacia Luisa como cuidadora y hacia el médico. En este caso, el proceso narrativo deliberativo ha aportado dignidad al encuentro clínico y ha *re-cordado*¹ al médico su identidad profesional, entendida esta como el conjunto de valores, habilidades, conocimientos, experiencias y percepciones que definen a una persona como profesional.

Como limitación expresada respecto al desarrollo y aplicación práctica de la bioética narrativa puede considerarse la falta de tiempo en el ejercicio cotidiano. Si bien es cierto que el aumento de la demanda y la escasez de recursos es un hecho, esto no es óbice para hacer de cada encuentro un acto digno, valioso vinculado desde la razón cordial, desde el cultivo y la práctica de habilidades y actitudes mencionadas como *ob-ligatio* (Cortina, 2007) moral.

4. Conclusiones

La bioética narrativa se constituye como método práctico en el abordaje de la complejidad en la toma de decisiones con apoyo. Tras una escucha holística e integradora de los relatos, el enfoque narrativo en la deliberación promueve que la decisión tomada tenga sentido biográfico. No sólo explicita valores, sino que contribuye a co-crearlos en el seno de la relación asistencial, lo que conduce al reconocimiento de la identidad y dignidad. Evita la desposesión narrativa como acción de no reconocer la agencia narrativa cuya consecuencia final es que son las narrativas de otros/as las que conforman su identidad.

Así, la bioética narrativa nos ha mostrado cómo tomar conciencia de la esencia de lo humano, sintiéndonos interpeladas por todos los relatos. Su escucha plena ha ayudado a poder dejar a un lado prejuicios y estereotipos, a acoger y a dar espacio a la historia tejida de María. En definitiva, nos ha enseñado a acompañar a María, siendo María.

Conflictos de interés: la autora no presenta conflicto de interés ni real ni potencial

Gizane Martínez

Médica de atención primaria consultorio Respaldiza. OSI Barrualde-Galdakao
Comité de Ética de Atención Primaria de Bizkaia (CEAAPB)
Comisión Sociosanitaria de Comités de Ética de Euskadi (CSSCEE)
gizanem@gmail.com

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Baldwin, C. y Bradford Dementia Group. (2008) Narrative (,) citizenship and dementia: the personal and the political. *Journal of Aging Studies*, 22, 222-228

Basagoiti, A. (2022). Acompañamiento en procesos de cuidados de larga duración, personas con discapacidad y/o diversidad funcional. *Bioética Complutense*, 43,57-60

Díaz Velázquez, E. (2010). Ciudadanía, identidad y exclusión social de las personas con discapacidad. *Política y Sociedad* 47 (1), 115-135. Disponible en: <https://sid.usal.es/docs/F8/ART19077/ciudadania.pdf>

Ferreira, C. y Ferrante, M.A.V. (2010). El habitus de la discapacidad: la experiencia corporal de la dominación en un contexto económico periférico. *Política y Sociedad* 47 (1), 85-104

¹ Del latín *recordāri*, que se forma con el prefijo *re-* (“de nuevo”) y *cordis* (“corazón”). Literalmente significa “volver a pasar por el corazón”.

Feito, L. y Domingo, T. (2020). *Bioética narrativa aplicada*. 1.^a edición. Guillermo Escolar.

Gérvás, J., Pérez, M. y Gutiérrez, B. (2009). Consultas sagradas: serenidad en el apresuramiento. *Atención Primaria*, 41(1):41–44

ONU (2006). *Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Disponible en: <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>

Pantano, L. (2005). *De las personas con discapacidad y de la discapacidad. Condición y situación*. Disponible en: http://www.educared.org.ar/integrated/links_internos/noticias/discapacidad_pantano/index.asp

Pérez, M.E. y Chhabra, G. (2019). Modelos teóricos de discapacidad: un seguimiento del desarrollo histórico del concepto de discapacidad en las últimas cinco décadas. *Revista Española de Discapacidad*, 7 (1), 7-27

Villar, F. y Serrat, R. (2017). Hable con ellos: cuidados narrativos en el marco de una atención centrada en la persona. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 52(4), 216–222

Impacto de la escasez de profesionales médicos en los resultados en salud: una llamada a la deliberación/acción

RESUMEN

La falta de médicos afecta directamente la calidad y el acceso a la atención sanitaria. Esta escasez se relaciona con más enfermedades, hospitalizaciones y muertes, además de dificultar el seguimiento continuo de los pacientes. Cuando no hay suficientes profesionales o estos rotan con frecuencia, se pierde la relación médico-paciente, clave para una atención segura y humana. Superar este desafío requiere planificar mejor los recursos sanitarios y garantizar una atención equitativa, estable y centrada en las personas.

PALABRAS CLAVE

Escasez, profesionales médicos, atención equitativa, deliberación, acción.

ABSTRACT

The shortage of doctors directly affects the quality of and access to healthcare. This shortage is linked to more illnesses, hospitalizations, and deaths, as well as making it difficult to provide continuous follow-up care for patients. When there are not enough professionals or they rotate frequently, the doctor-patient relationship, which is key to safe and humane care, is lost. Overcoming this challenge requires better planning of healthcare resources and ensuring equitable, stable, and people-centered care.

KEYWORDS

Shortage, medical professionals, equitable care, deliberation, action.

Introducción

La escasez de profesionales médicos constituye un reto crítico para los sistemas de salud contemporáneos. Esta situación afecta de forma directa a la calidad, la accesibilidad y la eficacia de la atención sanitaria, y se ha asociado de manera consistente con un aumento de la morbilidad, las hospitalizaciones evitables y la mortalidad (Droznin & Fashner, 2023).

Además, la falta de personal favorece la fragmentación de la atención, reduce la longitudinalidad y deteriora la continuidad asistencial, elementos clave para el seguimiento clínico adecuado y la atención centrada en la persona (Joo, 2023).

Lejos de ser un problema exclusivamente técnico o de gestión, esta realidad plantea implicaciones éticas de gran calado, al impactar sobre la equidad y los derechos fundamentales en salud. En este contexto, resulta imprescindible reflexionar, desde una perspectiva bioética, sobre las consecuencias que tiene la insuficiencia de médicos en los resultados de salud y en la integridad del modelo asistencial.

1. Objetivos

1.1. Analizar la evidencia científica disponible sobre las consecuencias de la falta de profesionales médicos en la atención sanitaria.

1.2. Examinar cómo la insuficiencia de cobertura médica y la distribución desigual de recursos afectan a la equidad en salud, desde una perspectiva bioética.

2. Métodos y material

Se realizó una revisión narrativa focalizada para sintetizar evidencia sobre los temas de interés. La selección se guio por pertinencia temática y calidad metodológica, partiendo de artículos de referencia ampliamente citados y aplicando rastreo de citas y búsquedas dirigidas por autor/tema. Todas las referencias incluidas están indexadas en PubMed. Se escogieron artículos publicados entre 2014 y 2024, con especial atención a revisiones sistemáticas, estudios observacionales o de cohortes con variables de resultado relacionadas con morbilidad, mortalidad, hospitalizaciones, equidad o calidad asistencial. Se seleccionaron finalmente ocho artículos.

3. Resultados / Discusión

La revisión de la literatura científica muestra una relación consistente entre la escasez de médicos y el deterioro de los resultados en salud. Diversos estudios han documentado que la insuficiencia de personal sanitario se asocia a un incremento en la morbilidad, el uso de servicios de urgencias, las hospitalizaciones evitables y, de forma particularmente significativa, la mortalidad.

Uno de los hallazgos más sólidos proviene del metaanálisis realizado por Pereira Gray (Pereira Gray *et al.*, 2018), que evidenció que la longitudinalidad, entendida como la atención continuada por el mismo médico a lo largo del tiempo, se asocia a una reducción de entre el 25 % y el 30 % en la mortalidad de los pacientes. Este estudio, que incluye datos de distintas especialidades y países, subraya la importancia de la relación médico-paciente mantenida en el tiempo como un factor protector de primer orden. La pérdida de longitudinalidad, habitual en contextos con alta rotación de profesionales o con plazas sin cubrir, compromete así directamente la salud de la población.

A esta conclusión se suma el trabajo de Rose (Rose *et al.*, 2019), que analiza la regularidad en las visitas a Atención Primaria y demuestra que una menor estabilidad asistencial se asocia con un mayor riesgo de hospitalización y mortalidad. La desorganización del seguimiento clínico y la dificultad para establecer relaciones terapéuticas estables con los pacientes emergen como elementos determinantes de estos resultados adversos.

En el ámbito hospitalario, la evidencia también señala que una menor dotación de personal médico y de enfermería se correlaciona con tasas más elevadas de mortalidad y eventos adversos (Dall'Ora *et al.*, 2023). La sobrecarga de trabajo, unida a plantillas insuficientes, aumenta el riesgo de errores clínicos, retrasa las decisiones terapéuticas y reduce la capacidad del sistema para responder adecuadamente a las necesidades de los pacientes más vulnerables.

Asimismo, la distribución geográfica desigual de los profesionales agudiza las inequidades. Las zonas rurales, con mayores dificultades para mantener plantillas estables, se enfrentan a un acceso más limitado y fragmentado, lo que configura lo que algunos autores denominan “desiertos médicos” (Flinterman *et al.*, 2023; Singh & Siahpush, 2014).

Además, y pese a que la incorporación de enfermeras especialistas ha demostrado mejorar los resultados en salud poblacional (Casey *et al.*, 2017), su implementación sigue encontrando trabas.

Estos datos no solo ponen en evidencia un deterioro cuantificable de los resultados en salud, sino que permiten identificar una serie de consecuencias éticas que no pueden pasarse por alto. La falta de médicos vulnera el principio de justicia al reproducir inequidades territoriales; compromete la beneficencia y la no maleficencia al dificultar una atención eficaz y segura; y erosiona la autonomía del paciente al impedir relaciones asistenciales estables y decisiones clínicas compartidas.

En conjunto, la literatura científica revisada sostiene que la escasez médica no solo limita la capacidad técnica del sistema, sino que deteriora sus fundamentos éticos y humanistas. Frente a ello, se hace necesario un replanteamiento estructural de las políticas de planificación sanitaria, centrado en garantizar condiciones que permitan una atención segura, longitudinal y equitativa.

4. Conclusiones

La evidencia científica disponible permite afirmar que la falta de profesionales médicos, tanto en el ámbito de la Atención Primaria como en el hospitalario, repercute negativamente en la salud de la población, contribuyendo al aumento de la morbilidad, las hospitalizaciones y la mortalidad. Este deterioro de los resultados en salud se ve intensificado por la pérdida de longitudinalidad y la fragmentación de la atención, factores esenciales para una atención segura y eficaz.

Más allá de sus consecuencias clínicas, esta situación plantea un desafío ético de primer orden. La distribución desigual de recursos, la desprotección de los territorios más vulnerables y la imposibilidad de ofrecer una atención continuada atentan contra los principios fundamentales de la bioética. Frente a este escenario, resulta necesario repensar el modelo asistencial y adoptar políticas estructurales que garanticen la equidad, la calidad y la sostenibilidad del sistema sanitario.

Lourdes Heredia Ferrer

Enfermera

Vocal del Comité de ética Asistencia del Sector de Alcañiz

lourdeshf86@gmail.com

Umayma Beni Abdellah El Mohammadi

Enfermera especialista en familiar y comunitaria

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Casey, M., O'Connor, L., Cashin, A., Smith, R., O'Brien, D., Nicholson, E., O'Leary, D., Fealy, G., McNamara, M., Glasgow, M. E., Stokes, D., & Egan, C. (2017). An overview of the outcomes and impact of specialist and advanced nursing and midwifery practice on quality of care, cost and access to services: A narrative review. *Nurse Education Today*, 56, 35–40. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.004>

Dall'Ora, C., Rubbo, B., Saville, C., Turner, L., Ball, J., Ball, C., & Griffiths, P. (2023). The association between multi-disciplinary staffing levels and mortality in acute hospitals: A systematic review. *Human Resources for Health*, 21(1), 30. <https://doi.org/10.1186/s12960-023-00815-0>

Droznin, M. E., & Fashner, J. (2023). Primary care physician supply and population health outcomes in Florida, 2010–2019. *HCA Healthcare Journal of Medicine*, 4(5), 359–367. <https://doi.org/10.36518/2689-0216.1604>

Flinterman, L. E., González-González, A. I., Seils, L., Bes, J., Ballester, M., Bañeres, J., Dan, S., Domagala, A., Dubas-Jakóbczyk, K., Likić, R., Kroezen, M., & Batenburg, R. (2023). Characteristics of medical deserts and approaches to mitigate their health workforce issues: A scoping review of empirical studies in Western countries. *International Journal of Health Policy and Management*, 12, 7454. <https://doi.org/10.34172/ijhpm.2023.7454>

Joo, J. Y. (2023). Fragmented care and chronic illness patient outcomes: A systematic review. *Nursing Open*, 10(6), 3460–3473. <https://doi.org/10.1002/nop2.1653>

Pereira Gray, D. J., Sidaway-Lee, K., White, E., Thorne, A., & Evans, P. H. (2018). Continuity of care with doctors—a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality. *BMJ Open*, 8(6), e021161. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-021161>

Rose, A. J., Timbie, J. W., Setodji, C., Friedberg, M. W., Malsberger, R., & Kahn, K. L. (2019). Primary care visit regularity and patient outcomes: An observational study. *Journal of General Internal Medicine*, 34(1), 82–89. <https://doi.org/10.1007/s11606-018-4718-x>

Singh, G. K., & Siahpush, M. (2014). Widening rural–urban disparities in life expectancy, U.S., 1969–2009. *American Journal of Preventive Medicine*, 46(2), e19–e29. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2013.10.017>

Violencia de género en mujeres mayores: miradas clínicas, silencios institucionales y claves enfermeras para una atención ética en Atención Primaria

RESUMEN

Objetivo: Visibilizar la violencia de género en mujeres mayores, identificar particularidades y barreras institucionales. **Diseño:** Revisión narrativa y crítica (2015-2024), analizando: tipos de violencias, prevalencia, impacto en salud, invisibilidad, edadismo institucional, competencias profesionales en AP. **Resultados:** Identificamos múltiples formas de maltrato, alta cronificación, silenciamiento y factores agravantes (dependencia, aislamiento, normalización del sufrimiento...). El abordaje profesional requiere formación y herramientas específicas. **Conclusiones:** Esta realidad exige reconocimiento y respuesta institucional especializada, con protocolos adaptados, interseccionales y éticos, garantizando una vida sin violencia.

PALABRAS CLAVE

Violencia de género, mujeres mayores, envejecimiento, edadismo, cuidado, enfoque interseccional, gerontología feminista, Atención Primaria.

ABSTRACT

Objective: To raise visibility around gender-based violence in older women, identifying particularities and institutional barriers. **Design:** Narrative and critical review (2015-2024), analyzing: types of violence, prevalence, health impact, invisibility, institutional ageism, professional competencies in Primary Care. **Results:** We identified multiple abuse forms, high chronification, silencing, and aggravating factors (dependency, isolation, normalization of suffering...). Professional approach requires specific training and tools. **Conclusions:** This reality demands recognition and specialized institutional response, with adapted, intersectional, and ethical protocols, guaranteeing a life without violence.

KEYWORDS

Gender-based violence, older women, aging, ageism, care, intersectional approach, feminist gerontology, ageism, primary health care

Introducción

Hablar de violencia de género en mujeres mayores es hablar de relaciones marcadas por el control, la desigualdad y el maltrato ejercido por la pareja o expareja, en muchos casos durante décadas. Esta violencia ha

sido normalizada o invisibilizada por el entorno y por la propia víctima. En otros casos, emerge en la vejez, asociada a factores como la jubilación, la dependencia, la enfermedad o el aislamiento.

En esta etapa vital, el aumento de las horas de convivencia puede intensificar dinámicas de control y sumisión, especialmente cuando el agresor busca imponer la disponibilidad total de la mujer, limitando su autonomía, vínculos y desarrollo personal. A pesar de que esta violencia no es nueva, permanece silenciada y mal categorizada, al ser confundida con “maltrato a mayores” o “violencia familiar”, lo cual diluye el componente de género.

Hasta hace pocos años, las mujeres mayores ni siquiera eran contabilizadas en las estadísticas oficiales ni contempladas en muchos recursos autonómicos y municipales. La Ley Orgánica 1/2004 no hace referencia expresa a sus necesidades, salvo en el acceso a residencias (art. 28), lo que evidencia una laguna normativa y asistencial.

La violencia de género en mujeres mayores no puede explicarse únicamente por su mayor presencia en los tramos de edad avanzada. Es necesario incorporar la perspectiva de género y de ciclo vital para comprender los mecanismos que la perpetúan y diseñar intervenciones eficaces.

En estas mujeres confluyen factores que aumentan su vulnerabilidad: dependencia física o emocional, aislamiento, escasa red de apoyo, interiorización de roles de género tradicionales, miedo al estigma o a la institucionalización. Todo ello dificulta la ruptura con la relación violenta y agrava el impacto sobre su salud.

Por ello, los y las profesionales de Atención Primaria tienen un papel clave en la detección, acompañamiento y derivación. Es imprescindible conocer esta realidad, identificar los signos de alerta, trabajar desde el respeto a su autonomía y promover procesos de empoderamiento, autoestima y recuperación.

La formación continuada en Atención Primaria nace con el objetivo de visibilizar esta forma de violencia estructural, ofrecer herramientas prácticas para su abordaje desde el ámbito sanitario y contribuir a una atención más justa, humana y con enfoque de derechos.

“Las leyes y prácticas discriminatorias contra las mujeres mayores en todos los ámbitos de sus vidas políticas, económicas, sociales y familiares alimentan la violencia y el maltrato.” Asamblea General de las Naciones Unidas, 201

Magnitud del problema: Violencia de género en mujeres mayores, una realidad silenciada y estructural

La violencia de género ejercida contra mujeres mayores por parte de sus parejas o exparejas constituye una de las formas más invisibilizadas y persistentes de violencia estructural. A menudo, solo se hace visible cuando se produce un desenlace fatal. Sin embargo, su impacto físico, psicológico y social es profundo y sostenido en el tiempo.

Algunos estudios que muestran la magnitud del problema:

Macroencuesta de Violencia contra la Mujer (2019) del Ministerio de Igualdad, ofrece datos claves comparativos por grupo etario revela que:

- El 10,7 % de las mujeres ha sufrido violencia física de pareja a lo largo de su vida.
- El 8,4 % ha sufrido violencia sexual y el 36,2 % violencia psicológica de control.
- El 46,6 % de las mujeres con violencia física y/o sexual presentó lesiones físicas.
- El 70 % sufrió consecuencias psicológicas, y un 33 % recurrió al consumo de medicamentos, alcohol o drogas.

En las mujeres mayores de 65 años se observan diferencias significativas en los indicadores de denuncia, búsqueda de ayuda y ruptura de la relación violenta. La tabla-resumen evidencia la menor denuncia, menor ruptura y menor apoyo formal en mujeres mayores.

Tabla 1. Comparativa de indicadores de violencia de género según grupo de edad

Indicador	Mujeres ≥ 65 años	Mujeres 16–64 años
Denuncia formal tras violencia de pareja	17,6 %	22,5 %
Solicitud de ayuda formal	25,1 %	37,3 %
Solicitud de ayuda informal	54,5 %	81,3 %
Ruptura con pareja agresora (parejas pasadas)	49,9 %	81,4 %
Ruptura por fallecimiento del agresor	13,3 %	—
Recomendación de romper relación (cuando se contó la violencia)	52 %	84 %
Abandono de trabajo o estudios por violencia	4,3 %	17,7 %
No trabajaban ni estudiaban en el momento de la violencia	21,9 %	9,7 %
Mujeres con discapacidad cuya discapacidad es consecuencia de la violencia	17,5 %	—
Consecuencias psicológicas tras violencia física/sexual/emocional	70 % (global)	—
Lesiones físicas tras violencia física y/o sexual	46,6 % (global)	—
Consumo de medicamentos, alcohol o drogas para afrontar la violencia	24,4–33 % (global)	—

Invisibilidad y desprotección de las mujeres mayores

Estudios como el de la Cruz Roja Española y la Universidad Carlos III (2020) confirman que el 40 % de las mujeres mayores víctimas ha sufrido violencia durante más de 40 años. Este maltrato se cronifica, se normaliza y no suele ser detectado por los sistemas de salud. La falta de recursos adaptados, la dependencia económica o física, el aislamiento social y la interiorización de roles tradicionales dificultan enormemente la salida de la violencia.

Entre las mujeres ≥ 65 años:

- Solo el 17,6 % denuncia la violencia, frente al 22,5 % de las menores de 65.
- Solicitan menos ayuda formal (25,1 %) e informal (54,5 %).
- Rompen menos la relación (49,9 %) y en muchos casos solo por fallecimiento del agresor.

Estudio “La violencia en mujeres mayores de 60 años” Fundación Luz Casanova & Universidad Pontificia Comillas (2018).

Encuesta a 1.030 personas y entrevistas a mujeres mayores; El 19,2 % de las mujeres mayores ha vivido o vive violencia de pareja. Se señala la exclusión institucional y la falta de justicia. Analiza la violencia de pareja en mujeres mayores de 60 años, visibilizando sus formas específicas, barreras de acceso a recursos y percepciones institucionales. Entre los principales hallazgos podemos destacar los tipos de violencias sufridos: un 32,9 % psicológica, 21,3 % Sexual, 21,3 % Social, 19,6 % Económica, y 15,5 % Física. A pesar de esta violencia, un tercio de las mujeres entrevistadas seguía conviviendo con el agresor y sufriendo violencia.

Las mujeres relatan que, al denunciar, las autoridades consideraban el maltrato un asunto privado. El sistema judicial fue percibido como ineficaz, lento y poco protector. Muchas mujeres fueron excluidas de recursos por superar el límite de edad (65 años).

Tabla 2. Propuestas de las mujeres mayores víctimas de violencia de género

Propuesta	Descripción breve
Educación en igualdad desde la infancia	Incorporar contenidos coeducativos que cuestionen estereotipos de género y relaciones de poder
Mayor sensibilidad institucional	Que jueces, policía, personal sanitario y servicios sociales tengan formación y empatía específica
Recursos adaptados a mujeres mayores	Servicios sin límites de edad, accesibles física y emocionalmente, con profesionales sensibilizados
Justicia más ágil y protectora	Procesos judiciales más rápidos, eficientes y que no revictimicen a las denunciantes

Estas propuestas no son solo demandas: son llamamientos éticos y políticos a construir una sociedad más inclusiva y sensible con la vejez femenina.

HelpAge España (2020): El informe destaca que las mujeres mayores sufren una doble discriminación: por género y por edad. Aborda el impacto del machismo y el edadismo en la vida y los derechos humanos de las mujeres mayores en España, promoviendo la sensibilización y la inclusión de sus necesidades en políticas sociales. Esta intersección agrava su vulnerabilidad y dificulta el acceso a recursos. A pesar de los avances en igualdad, las mujeres mayores siguen siendo invisibilizadas en políticas y campañas.

El artículo 14 de la Ley Orgánica 3/2007 reconoce a las mujeres mayores como un colectivo vulnerable. El Pacto de Estado contra la Violencia de Género incluye a las mujeres mayores como un grupo que requiere atención especial. Pero las realidades específicas de las mujeres mayores son a menudo ignoradas en investigaciones y campañas de sensibilización. Esta carencia contribuye a la invisibilidad y desigualdad que enfrentan las mujeres mayores. Existen pocos programas que integren el enfoque de género y de edad en políticas públicas. La discriminación acumulada a lo largo de la vida afecta negativamente a las mujeres mayores. La falta de representación de mujeres mayores en foros internacionales limita la visibilidad de sus necesidades.

Factores agravantes y barreras

- Las mujeres mayores enfrentan múltiples barreras para salir de relaciones violentas, incluyendo la dependencia económica y la normalización de roles de género.
- Tiranía del “ser para otros”: muchas mujeres mayores han construido su identidad en torno al cuidado de padres, madres, hijos/hijas, nietos/nietas y pareja. Esto genera sobrecarga, deterioro emocional y pérdida de deseos propios.
- Mandatos culturales como el sacrificio, la obediencia o la abnegación (reforzados por discursos religiosos) perpetúan la normalización del maltrato.
- Edadismo y soledad: las mujeres mayores sufren más abandono institucional, viven solas con mayor frecuencia y tienen menos apoyo económico o familiar que los varones.
- Estigmas asociados a la vejez (incontinencia, deterioro físico, dependencia) refuerzan la idea de que “ya no merece la pena intervenir”.

La suma de estos factores genera una trampa estructural de resignación y miedo. Entre los principales factores que dificultan la salida de relaciones violentas en mujeres mayores destacan:

Tabla 3. Factores que dificultan la ruptura de relaciones violentas en mujeres mayores

Factor clave	Descripción resumida
Dependencia económica	Pensiones bajas o nulas que impiden la autonomía financiera y generan miedo a la pobreza
Dependencia física o de cuidados	Mujeres mayores cuidadoras o dependientes del agresor, lo que refuerza el vínculo
Normalización del maltrato	Décadas de convivencia con violencia percibida como “lo normal” o inevitable
Presión social y estigmas culturales	Mandatos de obediencia, miedo al rechazo familiar o social si se separan
Falta de información sobre recursos	Desconocimiento de los servicios disponibles o creencia de que no están dirigidos a su edad
Desconfianza institucional	Percepción de inacción, revictimización o falta de protección por parte de las instituciones

La mirada profesional: Atención Primaria con enfoque interseccional, nuevas corrientes y propuestas de mejora

Se presentan nuevas corrientes que buscan promover una vejez digna y libre de machismo, así como propuestas para mejorar la calidad de vida de las mujeres mayores. Se enfatiza la importancia de un enfoque interseccional y de derechos. Se aboga por una gerontología más feminista que valore las experiencias de las mujeres mayores. Se proponen medidas para mejorar la salud y el bienestar de las mujeres mayores en línea con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). La Década del Envejecimiento Saludable se menciona como un marco para abordar estas cuestiones.

Gerontología feminista: visibilizar, empoderar y transformar

La gerontología feminista surge como una corriente crítica que cuestiona los modelos tradicionales del envejecimiento, visibiliza las experiencias de las mujeres mayores y promueve su empoderamiento como ciudadanas activas, no como sujetos pasivos o dependientes. Las mujeres mayores pueden crear redes de apoyo y mantenerse activas en la comunidad. La resiliencia desarrollada a lo largo de la vida puede ser una herramienta poderosa para enfrentar la vejez.

Tabla 4. Competencias profesionales clave en Atención Primaria frente a la violencia de género en mujeres mayores

Competencia	Descripción y propósito
Formación con perspectiva de género y edad	Adquirir conocimientos sobre desigualdades estructurales, ciclo vital y violencias específicas en la vejez
Aplicación de protocolos adaptados	Emplear herramientas de cribado sensibles a las particularidades de las mujeres mayores (edad, salud, contexto)
Respeto por la autonomía	Escuchar sin juzgar, respetar ritmos personales, evitar paternalismo y fomentar decisiones informadas
Trabajo interdisciplinar y comunitario	Coordinarse con trabajo social, psicología, recursos comunitarios y asociaciones de mujeres
Desaprendizaje de sesgos edadistas	Identificar y corregir estereotipos sobre la vejez femenina que dificultan la atención integral y empática
Defensa activa de los derechos humanos	Reconocer y actuar ante la violencia como una vulneración de derechos, no como una consecuencia de la edad
Detección precoz y acompañamiento sensible	Establecer vínculo terapéutico, detectar señales sutiles y ofrecer apoyo sin presionar ni invalidar
Compromiso ético y social	Comprender el rol de la Atención Primaria como agente de cambio frente a las violencias estructurales

Tabla 5. Rúbrica de evaluación de competencias profesionales frente a la violencia de género en mujeres

Competencia	Nivel básico (1)	Nivel medio (2)	Nivel avanzado (3)
Perspectiva de género y edad	Reconoce la existencia de desigualdades por género o edad de forma general	Identifica cómo interactúan género y edad en la violencia hacia mujeres mayores	Integra enfoques interseccionales en su práctica y visibiliza desigualdades estructurales
Uso de protocolos y herramientas adaptadas	Conoce protocolos generales de violencia de género	Aplica herramientas de detección sensibles al contexto gerontológico	Propone mejoras, adapta instrumentos y colabora en su implementación comunitaria
Comunicación y respeto a la autonomía	Escucha a las mujeres, pero tiende a dirigir o aconsejar sin explorar sus deseos	Utiliza comunicación empática y promueve decisiones compartidas	Facilita procesos de empoderamiento respetando el ritmo y autonomía de cada mujer
Trabajo interdisciplinar y comunitario	Deriva a recursos sin seguimiento posterior	Coordina con otros sectores cuando detecta necesidades específicas	Participa activamente en redes intersectoriales y comunitarias para la atención integral
Actitud crítica frente al edadismo y el paternalismo	Tiene dificultades para reconocer sus propios estereotipos hacia personas mayores	Cuestiona sus creencias y busca formación para mejorar su mirada sobre la vejez	Acompaña a otros profesionales en procesos de desaprendizaje de miradas edadistas y jerárquicas
Detección precoz y acompañamiento sensible	Actúa ante señales muy evidentes de maltrato	Identifica indicios sutiles y ofrece acompañamiento personalizado	Promueve una atención proactiva, no invasiva, sostenida y basada en la confianza
Defensa de los derechos humanos y enfoque ético en la intervención	Identifica la violencia como un problema sanitario o/y social	Reconoce la violencia como una vulneración de derechos y actúa en consecuencia	Se posiciona activamente como agente de cambio frente a violencias estructurales y desigualdad institucional

Conclusión

La violencia de género afecta a mujeres de todas las edades, pero las mayores enfrentan características y desafíos específicos.

- El 8,5% de las mujeres mayores de 65 años ha sufrido violencia física o sexual a lo largo de su vida.
- Las mujeres mayores piden ayuda en menor medida que las más jóvenes, lo que refleja dificultades para reconocer la violencia.
- La violencia en estas relaciones a menudo se normaliza y puede durar décadas.

La violencia de género en mujeres mayores es una forma estructural, persistente y específica de violencia que exige ser reconocida en el ámbito sanitario. Los estudios revisados evidencian patrones crónicos de maltrato, dificultades de detección y exclusión institucional.

La Atención Primaria debe incorporar el enfoque interseccional, feminista y de ciclo vital para garantizar una atención digna, justa y libre de edadismo. Porque vivir más no basta: es urgente asegurar a las mujeres mayores el derecho a vivir mejor, sin violencia.

Las mujeres mayores enfrentan una calidad de vida inferior a la de los hombres, a pesar de vivir más años, debido a factores sociales y ambientales. La feminización del envejecimiento se traduce en una mayor proporción de mujeres en edades avanzadas.

- Las mujeres viven más años, pero con una esperanza de vida en salud de 62,55 años, frente a 63,87 años de los hombres.
- Las desigualdades de género impactan negativamente en la salud y bienestar de las mujeres mayores.
- Factores como el acceso limitado a recursos y diagnósticos médicos inadecuados afectan su calidad de vida.

Claves para la acción transformadora con mujeres mayores

1. Edad como categoría política y analítica
 - Integrar la edad junto al género como ejes de análisis en políticas públicas, planes de igualdad y marcos legislativos.
 - Visibilizar las desigualdades acumuladas a lo largo del ciclo vital (trabajo precario, cuidados, pensiones, salud).
2. Reconocimiento de trayectorias diversas
 - Diseñar programas y recursos que reconozcan la pluralidad de experiencias vitales: mujeres migrantes, rurales, viudas, cuidadoras, con discapacidad, LGTBI.
 - Evitar visiones homogéneas o asistencialistas de la vejez femenina.
3. Participación activa y liderazgo
 - Fomentar la inclusión real de mujeres mayores en espacios de decisión, cultura, educación y política.
 - Promover su agencia y protagonismo como ciudadanas, no solo como destinatarias de cuidados.
4. Desmontar estereotipos edadistas y de género
 - Cuestionar narrativas que asocian vejez con decrepitud, inutilidad o dependencia.
 - Valorar la madurescencia como etapa de sabiduría, resiliencia y potencial transformador.

“Las mujeres mayores no son un colectivo homogéneo ni pasivo. Son memoria, presente y futuro. Son cuidadoras, sabias, activistas, vecinas, madres, amigas, ciudadanas. Y merecen ser escuchadas.”

Tabla 6. Puntos clave del artículo de revisión

Eje temático	Contenido principal
Invisibilidad histórica	La violencia de género en mujeres mayores ha sido confundida con "maltrato a mayores", invisibilizándola
Formas de violencia	Psicológica, física, sexual, económica, negligencia, infantilización, control y medicalización
Factores agravantes	Dependencia económica/física, aislamiento, edadismo, roles de género tradicionales, miedo, estigma
Baja denuncia y ayuda	Menor tasa de denuncia (17,6 %), menor solicitud de ayuda formal (25,1 %) e informal (54,5 %)
Normalización y duración	Violencia crónica y naturalizada durante décadas; muchas relaciones solo terminan por fallecimiento
Barreras institucionales	Pocos recursos adaptados, exclusión por edad, falta de protocolos sensibles, escasa detección
Consecuencias para la salud	Lesiones físicas, impacto psicológico, consumo de fármacos, deterioro funcional, discapacidad asociada

Estudios analizados	Macroencuesta 2019, Fundación Luz Casanova (2018), Cruz Roja Española (2020), HelpAge (2020)
Propuestas profesionales	Enfoque interseccional y gerontológico, formación específica, empoderamiento, respeto a la autonomía
Rol de Atención Primaria	Clave en la detección, acompañamiento, derivación, visibilización y construcción de redes de apoyo
Conclusión ética	La violencia en mujeres mayores no es residual. Requiere respuesta profesional, recursos adaptados y formación

Tabla 7. Esquema del estudio: Violencia de género en mujeres mayores

Apartado	Contenido clave
Objetivo	Visibilizar la violencia de género en mujeres mayores, sus características específicas y propuestas sanitarias desde Atención Primaria
Diseño	Revisión narrativa de literatura nacional (2015–2024) desde un enfoque crítico, interseccional y comunitario
Fuentes de datos	Estudios académicos, informes institucionales, literatura gerontológica feminista y encuestas oficiales
Selección de estudios	Criterios: enfoque de género, población ≥ 60 años, abordaje sanitario. Se excluyen estudios sin perspectiva interseccional
Extracción de datos	Variables: tipos de violencia, consecuencias en salud, barreras institucionales, propuestas profesionales en Atención Primaria
Resultados	Alta prevalencia de violencia cronicada. Factores agravantes: dependencia, edadismo, aislamiento. Baja denuncia. Necesidad de competencias específicas
Conclusiones	La Atención Primaria debe asumir un rol activo con enfoque ético, feminista y de ciclo vital para garantizar el derecho a una vejez sin violencia

Elemento	Contenido clave
Tipo de trabajo	Revisión narrativa
Objetivo	Visibilizar la violencia de género en mujeres mayores, analizar sus características, barreras institucionales y proponer medidas para la Atención Primaria
Metodología	Revisión de literatura nacional (2015–2024): estudios cuantitativos, cualitativos e informes institucionales con enfoque interseccional
Fuentes principales	<ul style="list-style-type: none"> - Macroencuesta de Violencia contra la Mujer (2019) - Estudio Cruz Roja & Univ. Carlos III (2020) - Fundación Luz Casanova (2018) - HelpAge España (2020) - Aportaciones desde la gerontología feminista
Ejes de análisis	<ul style="list-style-type: none"> - Invisibilidad histórica - Formas específicas de violencia - Factores agravantes y barreras - Consecuencias sobre la salud - Respuesta institucional y propuesta profesional
Hallazgos destacados	<ul style="list-style-type: none"> - Cronicación y normalización del maltrato - Baja denuncia y ayuda - Falta de recursos adaptados - Estigmas, edadismo y dependencia - Escasa detección sanitaria
Conclusiones	<ul style="list-style-type: none"> - Es una forma estructural y específica de violencia - Requiere enfoque ético, feminista y de ciclo vital - Atención Primaria debe asumir un rol activo y transformador

Rosa María Martínez Ortega

Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria, jubilada

Docente e investigadora feminista, que sigue formando parte activa de la Estrategia de Formación en la Asistencia en Atención Primaria a mujeres que sufren violencia de pareja y en múltiples foros enfermeros

Rafael Ruiz Navascués

Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria.

Consultorio Local de Arroyomolinos (DAO-AP, SERMAS)

Máster en Bioética Clínica

Formador de la mencionada Estrategia de Formación en la Asistencia en AP a mujeres que sufren violencia de pareja

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Celdrán, M. (2013). La violencia hacia la mujer mayor: Revisión bibliográfica. *Papeles del Psicólogo*, 34(1), 57–64. Disponible en: <https://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2171.pdf>

Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género, Cruz Roja Española, & Universidad Carlos III de Madrid. (2020). *Estudio sobre mujeres mayores de 65 años víctimas de violencia de género*. Madrid. Ministerio de Igualdad. Disponible en: <https://violenciagenero.igualdad.gob.es>

Freixas Farré, A. (2008). La vida de las mujeres mayores a la luz de la investigación gerontológica feminista. *Anuario de Psicología*, 39(1), 41–57. Disponible en: <https://revistes.ub.edu/index.php/Anuario-psicologia/article/view/15074>

Freixas Farré, A. (2013). *Tan frescas: Las nuevas mujeres mayores del siglo XXI*. Barcelona: Paidós.

Fundación Luz Casanova & Universidad Pontificia Comillas. (2018). *La violencia en mujeres mayores de 60 años*. Disponible en: <https://proyectosluzcasanova.org/publicaciones>

Gracia Ibáñez, J. (2015). Una mirada interseccional sobre la violencia de género contra las mujeres mayores. *Oñati Socio-Legal Series*, 5(2), 547–569.

HelpAge España. (2020). *Situación de las mujeres mayores en España*. Cuaderno nº 6. Disponible en: <https://www.helpage.org/spain/cuaderno6-mujeres-mayores>

Hernando Gómez, M., & Laespada Martínez, T. (2021). Mujeres mayores víctimas de violencia de género mayores de sesenta y cinco años: Análisis interseccional de vulnerabilidades y nuevas formas de maltrato. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 75, 1–20. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/8138573.pdf>

Leyra Fatou, B., & Roldán García, E. (2015). Reflexiones feministas sobre las mujeres mayores, el envejecimiento y las políticas públicas. *Análisis Psicológico y Educativo*, 28, 147–162. Disponible en: <https://scielo.pt/pdf/aeq/n28/n28a09.pdf>

Ministerio de Igualdad. (2020). *Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2019*. Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género. Disponible en: <https://violenciagenero.igualdad.gob.es>

Ramos Bonilla, G. (2021). Una revisión sistemática de literatura sobre la violencia contra mujeres mayores en América Latina y el Caribe: ¿Se ha alcanzado una perspectiva interseccional? *Anthropologica*, 39(47), 29–71. Disponible en: <https://doi.org/10.18800/anthropologica.202102.001>

Ramos Toro, M. (2013). Políticas y programas para un nuevo envejecimiento desde la perspectiva de género. En P. Folguera, V. Maquieira, M. J. Matilla, P. Montero, & M. J. Vara (Eds.), *Género y envejecimiento* (pp. 246–269). IUEM, Universidad Autónoma de Madrid.

Yuni, J. A., & Urbano, C. A. (2008). Envejecimiento y género: Perspectivas teóricas y aproximaciones al envejecimiento femenino. *Revista Argentina de Sociología*, 6(10), 151–169. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/ras/v6n10/v6n10a11.pdf>

La Violencia Obstétrica, una mirada desde la clínica

RESUMEN

La Violencia Obstétrica engloba un conjunto de actos no justificados profesional, científica ni éticamente a la mujer durante el embarazo, parto y postparto. Existen múltiples iniciativas realizadas desde diversos organismos internacionales y políticas establecidas para evitarla, pero existe mucho camino por hacer. Es necesaria la identificación, el establecimiento y medición de indicadores de calidad en la atención, la reflexión y la formación profesional. Debemos aunar esfuerzos desde la sociedad civil y profesional para eliminar todo acto de violencia obstétrica.

PALABRAS CLAVE

Violencia Obstétrica, mujer, embarazo, parto, postparto, salud sexual y reproductiva.

ABSTRACT

Obstetric Violence encompasses a set of acts that are not professionally, scientifically, or ethically justified, committed against women during pregnancy, childbirth, and postpartum. There are multiple initiatives carried out by international organizations and established policies to prevent it, but there is still a long way to go. It is necessary to identify, establish, and measure quality indicators in care, as well as promote reflection and professional training. We must join efforts from civil society and the professional community to eliminate every act of obstetric violence.

KEYWORDS

Older woman victim, Gender violence care policies, Bioethics and vulnerability.

Introducción

La palabra violencia deriva del latín *vis* y *violentia*, que significa tanto violencia, como fuerza y vigor. En la Roma clásica implicaba una acción de exigencia obligada, no consentida por quien la soportaba y llevaba implícita la fuerza por parte de la persona que la ejercía (Goberna-Tricas & Boladeras, 2018, p. 59). El adjetivo “obstétrica” deriva del latín, del verbo *obstare* o estar allí, a la espera. Era la actividad de la *obstetrix* o matrona, “la que atiende”.

No hay una definición consensuada de violencia obstétrica (VO), lo que dificulta la identificación y el reconocimiento de su existencia. Se han usado distintas acepciones como maltrato, trato irrespetuoso y ofensivo, interacciones humillantes e indignas.

En el 2014, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la violencia obstétrica como una forma específica de violencia ejercida por profesionales de la salud (predominantemente médicos/as y personal de enfermería) hacia las personas embarazadas, durante el parto y el puerperio. Este hecho supone una violación a los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2014). La realidad de la atención perinatal es muy distinta según el país del que estemos hablando y la OMS es una organización mundial que recoge todas estas diferencias.

En el estudio de investigación de Bohren et al. (2015), se analizan 65 estudios de 34 países estableciendo 7 ámbitos o bloques para recoger todas las situaciones consideradas VO: maltrato físico, abuso sexual, maltrato verbal, estigmatización y discriminación, incumplimiento de estándares profesionales de cuidado, deficiente relación entre mujeres y sanitarios y condiciones del sistema de salud y sus limitaciones.

Definir implica establecer límites, elegir un marco conceptual y decidir qué se incluye y qué se excluye. Entre los objetivos de definir la VO se encuentran: visibilizar las voces y experiencias de las mujeres víctimas, desnaturalizar prácticas normalizadas, crear herramientas para la transformación institucional y generar espacios de diálogo y reflexión. De especial relevancia es el enfoque interseccional: la edad, la raza, la etnia, la clase social, la nacionalidad, la situación migratoria, la discapacidad, la orientación sexual, la identidad de género o la religión hacen más vulnerables a las mujeres.

La Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa define la VO como una serie de prácticas y comportamientos que los y las profesionales de la salud pueden ejercer sobre las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio, tanto en el sector público como en el sector privado, sea por acción u omisión, y que pueden ser violentos o percibidos como tales (Consejo de Europa, Asamblea Parlamentaria, 2019).

Galtung habla del triángulo de la violencia: existe la violencia directa que es visible y se concreta en comportamientos y actos de violencia. La violencia estructural que se asienta en las estructuras que impiden la realización de las necesidades y la violencia cultural que es la que crea un marco legitimador y se concreta en actitudes. Existen ciertos tipos de violencia que no se ven como tales en determinadas culturas y sistemas sociales precisamente porque el propio contexto las justifica e incluso las alienta. Las tradiciones, las rutinas, los estereotipos sociales propician conductas inapropiadas, llegándose incluso a cometer graves transgresiones de derechos (Goberna-Tricas & Boladeras, 2018, p. 59).

En nuestro ámbito la VO y la vulneración de los derechos sexuales y reproductivos son una consecuencia directa de la interacción entre la violencia institucional y la violencia machista (Escuriel Peiro et al., 2023).

En 2015, importantes organizaciones profesionales internacionales como la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), la Asociación Internacional de Pediatría (IPA), la confederación internacional de matronas (ICM), la Alianza del lazo blanco (White Ribbon) y la OMS acuerdan la iniciativa “The Mother and Baby Friendly Birth Facility” (MBFBF) donde se recoge que toda mujer tiene derecho a ser tratada con respeto y dignidad; a tener una experiencia positiva de su parto, a un cuidado adecuado y compasivo y a ser protegida de prácticas innecesarias, sin evidencia científica y prácticas que no respeten su cultura, su integridad y su dignidad (Miller & Lalonde, 2015).

El término de VO nace en el seno de grupos de activistas sociales (Williams et al., 2018). Argentina es un país pionero: en 2004 aprueba la “Ley de parto humanizado”. Venezuela es el primer país que, en 2007 y dentro de la ley de derecho de la mujer a una vida libre de violencia, codifica la VO como uno de los 19 tipos de violencia. Otros países que tipifican la VO dentro de su normativa legal son México en 2014 y Panamá en 2013 (Goberna-Tricas & Boladeras, 2018).

En 2014, la OMS publica un documento sobre “la prevención y la erradicación de la falta de respeto y maltrato durante la atención al parto en centros de salud” (OMS, 2014). En 2018 publican sus recomendaciones sobre los cuidados intraparto para una experiencia positiva (OMS, 2018).

En 2019 se publica el Informe de la relatora especial de la ONU, Dubranka Simonovic, sobre la Violencia contra la mujer. Habla de desigualdad estructural, de discriminación, de sociedad patriarcal, de falta de formación y educación (Naciones Unidas, Asamblea General, 2019). Recibe 128 comunicaciones de Estados, organizaciones no gubernamentales, instituciones independientes y miembros del mundo académico. Recoge “dolorosas historias” que ponen de manifiesto que ocurre en todo el mundo y afecta a mujeres de todos los niveles socioeconómicos. Denuncia la esterilización y el aborto forzado en grupos minoritarios de mujeres romaníes, indígenas, mujeres con diversidad funcional, con serología positiva para el virus VIH. En algunos países, las mujeres encarceladas son inmovilizadas físicamente con esposas durante el parto. Mujeres en Asia, África Subsahariana, América Latina y Oriente Medio son detenidas por su incapacidad para pagar los gastos de la hospitalización.

Naciones Unidas, Asamblea General (2019) denuncia además la falta de intimidad y de confidencialidad, la realización de exámenes vaginales no justificados, de procedimientos quirúrgicos sin anestesia, de suturas

excesivas o “puntos del marido”. El documento analiza también la falta de autonomía y reconocimiento de la capacidad de la mujer en la toma de decisiones. En algunos países, el consentimiento todavía lo da el marido o un familiar. El informe también documenta prácticas vividas como humillantes, agresiones verbales, observaciones sexistas, burlas, reproches, gritos, insultos, amenazas, culpabilización de los resultados adversos perinatales.

La relatora especial de la ONU aborda también causas profundas estructurales: malas condiciones laborales, falta de recursos, jornadas excesivas, infraestructura deficitaria, capacitación insuficiente en materia ética y profesional, desiguales relaciones de poder entre personal sanitario, mal clima laboral. Los Estados son llamados a tomar medidas urgentes para asegurar el derecho a una atención adecuada, dedicar recursos para tal fin, adoptar todas las medidas legislativas y prácticas posibles para prevenir, prohibir y castigar los actos de VO. Termina el informe con una serie de recomendaciones para los gobiernos (Naciones Unidas, Asamblea General, 2019).

1. La VO en España

En España, en el 2007 se publica la Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007) y, en 2010, la Guía de Práctica Clínica para la Atención al parto normal (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010). A finales de 2012, el Ministerio publica un informe evaluador de indicadores de la atención en el parto en España. En nuestro país se realizan procedimientos no recomendados. En el informe evaluador publicado en 2018, se ve una mejora progresiva en algunos de los indicadores (Ministerio de Sanidad, 2021).

En 2016, el Observatorio Español de la Violencia Obstétrica publica un informe donde se denuncia la VO como un asunto de salud pública que requiere un paso al frente de las mujeres, sus familias, las instituciones y de los profesionales (Asociación El Parto es Nuestro, 2016). Presentan los datos de 1921 cuestionarios recogidos entre 2015-2016 que corresponden a 1815 nacimientos en España entre 2008 y 2016. La mayoría fueron atendidos en hospitales (95,4%), a mujeres de nacionalidad española (92%), el 79% con estudios superiores y el 75% en activo a nivel laboral. Algunos de los datos más interesantes son:

- El 70% de los profesionales no se presentó ni informó de su categoría.
- Un 40% usó un lenguaje poco profesional.
- En más de la mitad de los casos, no se solicitó consentimiento para realizar intervenciones.
- En un 65% no fue respetado su plan de parto; en un 25% el trato recibido se percibió como despectivo.

Los principales problemas detectados son los relativos a la información y al consentimiento informado (Asociación El Parto es Nuestro, 2016).

El estudio MUSAS es un estudio descriptivo con datos aportados, mediante cuestionarios on-line, por 17.000 mujeres con partos entre 2009-2018 en España (Mena-Tudela et al., 2020; Mena-Tudela et al., 2021a; Mena-Tudela et al., 2021b). Los principales resultados son:

- El 38% de las mujeres se declara víctima de VO. Galicia, Cantabria, Murcia y Extremadura son las comunidades autónomas con mayores porcentajes de VO.
- Un 68% cree que las instituciones sanitarias no promueven de forma suficiente los derechos durante el embarazo, parto y lactancia.
- Un 48% no fue informada, no se les solicitó un consentimiento, no pudieron resolver sus dudas o expresar sus miedos.
- Un 54% sintió inseguridad, vulnerabilidad, culpa e incapacidad.
- 1/3 fueron criticadas por su comportamiento o se les infantilizó.
- Un 41% no sabía que existe el plan de parto y, de aquellas que lo presentaron, solo un 20% fue respetado.
- En el caso de pérdidas perinatales, el 70% no recibió ayuda psicológica.

Los principales profesionales identificados fueron ginecólogas y matronas. Se detecta como el principal problema la falta de herramientas y actitudes en los profesionales para la comunicación (Mena-Tudela et al., 2020; Mena-Tudela et al., 2021a; Mena-Tudela et al., 2021b).

Desde el año 2015, han surgido múltiples movimientos sociales similares al MeToo, a través de campañas como *My body, my birth, my choice* (Croacia), *Break the silence* (Estados Unidos), *StopVOG* (Francia), *La Revolución de las Rosas* (Alemania), *#Bastacere: le madri hanno voce* (Italia), *#Genoeggezwegen* (Países Bajos), *#Másállapotot* (Hungría), *#Minä Myös Synnyttäjänä* (Finlandia). En España, desde los años 2000 se ha desarrollado un movimiento social en torno a los derechos en el parto, con un papel destacado de organizaciones como El Parto es Nuestro, Vía Láctea y el Observatorio de Violencia Obstétrica. Se han promovido campañas de sensibilización, incidido en reformas legislativas y acompañado a mujeres. En 2020, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW) dictó un fallo contra el Estado español por un caso de violencia obstétrica. Se instó a España a adoptar medidas para prevenir este tipo de prácticas (CEDAW, 2020). Un segundo caso fue resuelto en el mismo sentido en 2022. En 2025, existe una sentencia autonómica de VO (STSJ Galicia 143/2025, Sala de lo Contencioso, Sección 3, de 31 de marzo de 2025, N° Recurso 7124/2024).

En 2021 el Gobierno español anunció la intención de incluir el reconocimiento de VO equiparándola a otras violencias contra las mujeres, lo cual generó una reacción inmediata del sector médico. La sociedad española de ginecología y obstetricia (SEGO) rechaza el término de VO, lo identifica como un concepto legalmente delictivo, moralmente inadecuado y científicamente inaceptable (SEGO, 2021). La Comisión de Deontología del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid (2022) considera que el término de violencia resulta inapropiado y puede deteriorar la confianza médico/paciente e incluso enfrentar a las mujeres con los profesionales; además, lo considera injusto porque no se corresponde con los propósitos y estándares de calidad asistencial e irresponsable por su posible efecto negativo.

Finalmente, 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, introduce medidas para garantizar partos respetados. El Observatorio de Salud de las Mujeres (OSM) se reactiva para aportar perspectiva de género en las políticas de salud; participar en la elaboración de un protocolo y en el seguimiento de prácticas asistenciales contrarias a las recomendaciones, centralizar la recogida de datos periódica. El objetivo es identificar patrones de maltrato o intervencionismo injustificado y la propuesta de mejoras.

En Cataluña y País Vasco sí se recoge el término de VO como un tipo de violencia machista. El Gobierno catalán ha puesto en marcha un Plan para el abordaje de la violencia obstétrica y la vulneración de los derechos sexuales y reproductivos cuyo objetivo es aumentar la sensibilización y la información, incrementar la formación y la capacitación profesional y mejorar los servicios de atención y acompañamiento (Escuriel Peiro et al., 2023).

Por último, me gustaría detenerme en la justicia restaurativa como un proceso formativo. Hay muchas mujeres afectadas que sienten que la vía judicial tradicional no las resarce (por la dificultad de probar el “daño moral” y porque a veces sólo buscan una disculpa o un cambio en los protocolos). Esto exige crear espacios de mediación donde la mujer pueda expresar su experiencia y el equipo médico escuchar, reconocer errores si los hubo y comprometer mejoras. Esta vía extrajudicial, más que castigar al profesional, busca reconocer el daño, restaurar y prevenir.

2. Mi experiencia personal

En mi caso personal, llevo dedicada a la atención de la mujer embarazada 25 años. Hoy en día, sigo emocionándome cada vez que acompaño en su llegada a la vida a un recién nacido y durante todo el parto a la mujer. Es para mí un auténtico honor poder estar, compartir, velar y cuidar este proceso. El parto es un proceso fisiológico y son mis compañeras matronas las profesionales que lideran este acompañamiento. Los obstetras estamos cuando surge alguna incidencia y, con las herramientas de las que disponemos, intentamos ayudar a solventar la situación.

El ejercicio de la obstetricia implica una enorme responsabilidad. Actuamos en situaciones de urgencia y tomamos decisiones muy importantes en la vida de una mujer y su recién nacido. Un prolapso de cordón, un desprendimiento de placenta, una bradicardia fetal mantenida, una hemorragia postparto, una eclampsia, una crisis hipertensiva, una distocia de hombros son ejemplos de estas situaciones. Velamos por el bienestar, la salud y la seguridad de la mujer y de su recién nacido.

Trabajamos en equipo y la asistencia en el paritorio es un trabajo que implica a todas las personas que entran en contacto con la embarazada y su familia.

El parto es uno de los momentos más importantes en la vida de una mujer y el nacimiento de un recién nacido en la vida de sus progenitores y familia. Son experiencias que dejan marcada la vida, que dejan una señal para siempre.

La vulnerabilidad de la mujer en ese momento, la necesidad de ser acompañada, de ser atendida con base en sus necesidades, el poder estar ahí, es de una riqueza increíble.

La atención al parto ha evolucionado enormemente. Cuando yo me formé, el no hacer una episiotomía para proteger el periné de la mujer se consideraba una mala praxis, se le indicaba a la mujer que dejara de empujar para practicar la episiotomía antes de que saliera la cabeza fetal para evitar un desgarro mayor. La maniobra de Kristeller se realizaba con el objetivo de ayudar en el pujo a la mujer; se separaba a la madre de su recién nacido y se les llevaba al nido para favorecer el descanso de la madre. Esos son algunos de los ejemplos para intentar explicar que el proceso de asistencia ha cambiado, ha evolucionado, aquello que se hacía y se ha demostrado que no es conveniente, se ha dejado de hacer en muchos lugares. Somos muchas y muchos los profesionales que amamos profundamente nuestra profesión y velamos por ella.

En 2011, abrimos en el Hospital Universitario de Torrejón un paritorio con 8 unidades de trabajo de parto y recuperación (UTPR) y una maternidad con 20 habitaciones individuales centradas en la atención a la mujer y su familia siguiendo todas las recomendaciones. Conseguimos la acreditación IHAN (Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia), y todo gracias a un trabajo en equipo de obstetras, matronas, pediatras, anestelistas, enfermeras, auxiliares, personal de apoyo, administrativos, dirección médica, gerencia.

Se generaron espacios amables y acogedores. El acompañamiento continuo, el libre movimiento, la existencia de diversos métodos de alivio del dolor, el parto en el agua, el contacto piel con piel, el pinzamiento tardío de cordón, el método *nid-cup*, las unidades de puertas abiertas, el apoyo a la lactancia elegida, el método canguro son los protocolos establecidos. En la página web se puede acceder a información en formato escrito y audiovisual, al plan de parto que, tras su entrega, se sube a la historia clínica. Se realizan charlas informativas presenciales todas las semanas dando espacio para resolver todas las dudas. Existe un correo para comunicarse de forma directa con el personal del equipo asistencial.

Como acciones de mejora en mi Hospital propongo:

- Pasar encuestas de satisfacción validadas a las mujeres sobre su experiencia de parto a los 6 meses.
- Ofrecer una consulta de “*debriefing*” postparto: una revisión emocional del parto con la madre, para aclarar dudas y validar sentimientos, lo cual puede prevenir traumas.

Me parece básica la formación continua no sólo como medio para adquirir habilidades técnicas, sino también como espacio para la transformación ética. Las buenas prácticas requieren un profundo proceso de autorreflexión sobre nuestras propias creencias, hábitos arraigados e incluso heridas profesionales: “No podemos actuar como si el problema fuera de otro; también somos parte de él”. Esta autoconciencia profesional es de vital importancia.

La atención obstétrica es un reto en el siglo XXI. Trabajamos en un espacio de confluencia de derechos y deberes, donde se define la idea de la mujer como madre y del feto como pacientes. Nos podemos apoyar en las guías y recomendaciones sabiendo que existen algunas con alta evidencia científica, pero otras que no la tienen. Sin una absoluta certeza en los actos asistenciales y con la incertidumbre que a veces acompaña a las decisiones clínicas, es fundamental la colaboración entre profesionales y mujeres en la toma de decisiones compartidas. Nos exige una atención individualizada y centrada en la persona para conocer y reconocer a la mujer en sus valores y preferencias. La relación clínica debe ser horizontal y comprometida, asentada en la confianza mutua.

La formación ética nos ayuda a adoptar elecciones prudentes y responsables, desarrollar una relación clínica deliberativa con habilidades de comunicación, acompañamiento. Es necesaria una medicina reflexiva y narrativa, aprender a desarrollar la empatía profesional y la escucha activa. Las leyes son importantes para establecer los límites de los marcos de convivencia y proteger a las pacientes, pero no solucionan el fondo del problema. La VO sólo desaparecerá si se promueve un cambio social, otra forma de mirar y de relacionarnos donde la relación clínica sea una relación de ayuda.

Aceptar el término de VO es reconocer el maltrato que se ha ejercido en la atención al embarazo y parto, entrelazándose a la vez la violencia estructural, social, religiosa y la directa a nivel personal. Reconocer estos hechos no significa descalificar nuestra profesión sino darle el valor que merece. El término me parece indiscutible porque es a la vez descriptivo y apelativo de una realidad que no debería existir y que las mujeres nos han hecho llegar. Es necesario ponernos en marcha, reclamar y establecer los medios necesarios para que esta situación termine y la mujer y su recién nacido reciban la atención sanitaria, social e institucional que se merecen dentro de nuestra sociedad.

Ese es el objetivo: Violencia Obstétrica Cero.

Silvia Mateos López

Facultativa especialista en Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario de Torrejón
Presidenta del Grupo promotor de Ética Asistencial del Hospital Universitario de Torrejón
Máster en Bioética general y clínica por la Fundación Ciencias de la Salud
silviamateoslopez@gmail.com

La autora declara no tener ningún conflicto de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Asociación El Parto es Nuestro. (2016). *Informe del Observatorio español de la Violencia Obstétrica*. <https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/public/OVO/informeovo2016.pdf>

Bellón-Sánchez, S. (2015). La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica. *Dilemata*, (18), 93-111.

Bohren, M. A., Vogel, J. P., Hunter, E. C., Lutsiv, O., Makh, S. K., Souza, J. P., Aguiar, C., Saraiva Coneglian, F., Diniz, A. L. A., Tunçalp, Ö., Javadi, D., Oladapo, O. T., Khosla, R., Hindin, M. J., & Gülmezoglu, A. M. (2015). The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: A mixed-methods systematic review. *PLOS Medicine*, 12(6), e1001847.

Boladeras, M. (2019). Violencia institucional por incumplimiento de derechos. *Musas*, 4(1), 60-76.

Brunello, S., Gay-Berthomieu, M., Smiles, B., Bardho, E., Schantz, C., & Rozee, V. (2024). *Obstetric and gynaecological violence in the EU: Prevalence, legal frameworks and educational guidelines for prevention and elimination* (PE 761.478). Policy Department for Citizens' Rights and Constitutional Affairs, Parlamento Europeo. [https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2024/761478/IPOL_STU\(2024\)761478_EN.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2024/761478/IPOL_STU(2024)761478_EN.pdf)

Comisión Deontológica del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid. (2021). *La mal llamada "Violencia Obstétrica". Documento de Posicionamiento*. <https://www.icomem.es/comunicacion/noticias/3935/Comunicado-de-la-Comision-de-Deontologia-sobre-la-mal-llamada-violencia-obstetrica>

Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer [CEDAW]. (2020). *Dictamen del Comité en virtud del artículo 4, párrafo 2 c), del Protocolo facultativo respecto de la comunicación núm. 138/2018*. Naciones Unidas.

Consejo de Europa, Asamblea Parlamentaria. (2019, 3 de octubre). *Obstetrical and gynaecological violence* [Violencia obstétrica y ginecológica] (Resolución 2306).

Escuriel Peiro R, Espada Trespalacios X, Morros Serra M, Alcaraz Vidal L, Brigidi S, Bueno Lopez V, et al. *Pla per a l'abordatge de la violència obstètrica i la vulneració dels drets sexuals i reproductius (2023–2028)*. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2023. <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/10977>

Freedman, L. P., Ramsey, K., Abuya, T., Bellows, B., Ndwiga, C., Warren, C. E., Kujawski, S., Moyo, W., Kruk, M. E., & Mbaruku, G. (2014). Defining disrespect and abuse of women in childbirth: A research, policy and rights agenda. *Bulletin of the World Health Organization*, 92, 915-917.

Goberna-Tricas, J., & Boladeras, M. (Coords.). (2018). *El concepto "violencia obstétrica" y el debate actual sobre la atención al nacimiento* (Colección Ventana Abierta). Tecnos.

Jardim, D. M. B., & Modena, C. M. (2018). La violencia obstétrica en el cotidiano asistencial y sus características. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 26, e3069.

Jewkes, R., & Penn-Kekana, L. (2015). Mistreatment of women in childbirth: Time for action on this important dimension of violence against women. *PLOS Medicine*, 12(6), e1001766.

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. Boletín Oficial del Estado, 51.

Lokugamage, A. U., & Pathberiya, S. D. C. (2017). Human rights in childbirth, narratives and restorative justice: A review. *Reproductive Health*, 14, 17.

Lukasse, M., Schroll, A. M., Karro, H., Schei, B., Steingrimsdottir, T., Van Parys, A. S., Hamama-Raz, Y., Lepp, M., Karro, H., Swahnberg, K., Saurel-Cubizolles, M. J., Gottvall, K., Bjertness, E., & Schei, B. (2015). Prevalence of experienced abuse in healthcare and associated obstetric characteristics in six European countries. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 94, 508-517.

Mena-Tudela, D., Iglesias-Casás, S., González-Chordá, V. M., Valero-Chilleron, M. J., Andreu-Pejó, L., & Cervera-Gasch, A. (2020). Obstetric violence in Spain (Part I): Women's perception and interterritorial differences. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 7726.

Mena-Tudela, D., Iglesias-Casás, S., González-Chordá, V. M., Valero-Chilleron, M. J., Andreu-Pejó, L., & Cervera-Gasch, A. (2021a). Obstetric violence in Spain (Part II): Interventionism and medicalization during birth. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18, 199.

Mena-Tudela, D., Iglesias-Casás, S., González-Chordá, V. M., Valero-Chilleron, M. J., Andreu-Pejó, L., & Cervera-Gasch, A. (2021b). Obstetric violence in Spain (Part III): Healthcare professionals, times, and areas. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18, 3359.

Miller, S., & Lalonde, A. (2015). The global epidemic of abuse and disrespect during childbirth: History, evidence, interventions, and FIGO's mother-baby friendly birthing facilities initiative. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 131, S49-S52.

Miller, S., Abalos, E., Chamillard, M., Ciapponi, A., Colaci, D., Comandé, D., Diaz, V., Geller, S., Hanson, C., Langer, A., Manuelli, V., Millar, K., Morhason-Bello, I., Castro, C. P., Pileggi, V. N., Robinson, N., Skaer, M., Souza, J. P., Vogel, J. P., & Althabe, F. (2016). Beyond too little, too late and too much, too soon: A pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. *The Lancet*, 388, 2176-2192.

Ministerio de Sanidad. (2021). *Atención perinatal en España: Análisis de los recursos físicos, humanos, actividad y calidad de los servicios hospitalarios, 2010-2018*. https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Informe_Atencion_Perinatal_2010-2018.pdf

Ministerio de Sanidad y Consumo. (2007). *Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud*. https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/atencionPartoNormal/docs/Estrategia_de_atencion_al_parto_normal_en_el_Sistema_Nacional_de_Salud.pdf_1.pdf

Ministerio de Sanidad y Política Social. (2010). *Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal* (Guía de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA N.º 2009/01). Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (OSTEBA); Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t).

<https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/atencionPartoNormal/docs/guiaPracClinPartoCompleta.pdf>

Naciones Unidas, Asamblea General. (2019). *Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica (A/74/137)* [Informe de la Relatora Especial D. Šimonović]. <https://undocs.org/es/A/74/137>

O'Brien, E., & Rich, M. (2022). The art of medicine: Obstetric violence in historical perspective. *The Lancet*, 399, 2183-2185.

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2014). *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención al parto en los centros de salud. Declaración de la OMS*. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/e2bb58c6-1deb-408d-b8b4-f8edee2026a7/content>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2018). *Recomendaciones para los cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva. Resumen de orientación*. <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-18.12>

Rodríguez, J., & Martínez-Gandolfi, A. (2021). La violencia obstétrica: Una práctica invisibilizada en la atención médica en España. *Gaceta Sanitaria*, 35(3), 211-212.

Rodríguez, J., & Martínez-Gandolfi, A. (2021). Necesidad de cambio en el modelo de atención obstétrica en España, ¿estamos preparados? *Enfermería Clínica*, 32, S2-S4.

Sadler, M., Santos, M. J. D. S., Ruiz-Berdún, D., Rojas, G. L., Skoko, E., Gillen, P., & Clausen, J. A. (2016). Moving beyond disrespect and abuse: Addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reproductive Health Matters*, 24(47), 47-55.

Savage, V., & Castro, A. (2017). Measuring mistreatment of women during childbirth: A review of terminology and methodological approaches. *Reproductive Health*, 14, 138.

Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia [SEGO]. (2021). *Comunicado S.E.G.O: "Violencia Obstétrica"*. <https://www.fundacionvoto.org.ar/noticias-novedades/docs/comunicado-sego-julio2021.pdf>

STSJ Galicia 143/2025, Sala de lo Contencioso, Sección 3, de 31 de marzo de 2025, N° Recurso 7124/2024.

Williams, C. R., Jerez, C., Klein, K., Correa, M., Belizán, J. M., & Cormick, G. (2018). Obstetric violence: A Latin American legal response to mistreatment during childbirth. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 125(10), 1208-1211.

Williams, C. R., & Meier, B. M. (2019). Ending the abuse: The human rights implications of obstetric violence and the promise of rights-based policy to realize respectful maternity care. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 27(1), 9-11.

Papel del Comité de Ética Asistencial en un hospital universitario de tercer nivel de 2015-2025

RESUMEN

Los Comités de Ética Asistencial (CEA) surgen como mecanismo para dar las respuestas más adecuadas y acordes a los problemas suscitados en la práctica clínica derivados de los avances tanto científicos como tecnológicos, facilitando el consenso ante la incertidumbre y aportando las herramientas necesarias para la resolución de los conflictos éticos. Por ello es clave analizar su papel para establecer estrategias de mejora, en este caso del CEAS del Hospital Clínico San Carlos de Madrid durante los últimos 10 años.

PALABRAS CLAVE

Comité de Ética, deliberación, Bioética.

ABSTRACT

Clinical Ethics Committees (CEC) emerged as a mechanism to provide the most appropriate and relevant responses to problems arising in clinical practice due to scientific and technological advances, facilitating consensus in the face of uncertainty and providing the necessary tools for resolving ethical conflicts. Therefore, it is crucial to analyze their role in establishing improvement strategies, in this case, the CEC at the San Carlos Clinical Hospital in Madrid over the last 10 years.

KEYWORDS

Ethics Committee, deliberation, Bioethics.

Introducción

Durante el siglo XX los cambios sociales, científicos y tecnológicos generaron nuevas situaciones en la práctica clínica que dieron lugar a numerosos problemas y conflictos éticos entre profesionales, pacientes, familiares y las instituciones sanitarias. Para el análisis de las situaciones complejas, los códigos deontológicos, único referente de ética profesional durante mucho tiempo, resultaban insuficientes. Por ello surge la disciplina de la Bioética Clínica para mejorar la toma de decisiones y dar respuesta a los problemas concretos, abordando no solo los hechos clínicos, sino también los valores y preferencia de todas las personas implicadas para poder tomar las decisiones más prudentes (Sánchez-González & Herreros, 2015).

Mark Siegler define la ética clínica como: “Área práctica que ayuda a los pacientes, a sus familias y a los profesionales de la salud a llegar a decisiones clínicas correctas, teniendo en cuenta tanto los hechos médicos de las situaciones como las preferencias y valores del paciente y de la familia” (Siegler, 2010, como se cita en Sánchez-González & Herreros, 2015).

Para facilitar dicho proceso surgen los Comités de Ética Asistencial o CEA (Velasco Sanz, 2015) como organismos claves para dar las respuestas más adecuadas y acordes a los problemas suscitados en la práctica

clínica, siendo las normativas y las leyes insuficientes para resolverlos. El origen de los CEA se produce en EE. UU. cuyo objetivo es promover la reflexión ética facilitando el consenso ante la incertidumbre y aportando las herramientas necesarias para la resolución de los conflictos éticos, a través del diálogo, la interdisciplinariedad y la deliberación. Buscan por tanto orientar la toma de decisiones ante situaciones concretas.

En España, Francesc Abel impulsó en 1976 en Barcelona el primer CEA, no siendo hasta 1995 cuando se desarrolla la primera regulación estatal con la Circular del INSALUD de la Dirección General del Instituto Nacional de Salud que incluía la acreditación de los CEA. Desde entonces se han ido regulando a nivel autonómico estableciendo tanto los objetivos, como la composición y funciones, incluyendo nuevas denominaciones como Comité de Ética para la Asistencia Sanitaria (CEAS). Su principal misión es la protección de las personas mediante la mejora de la calidad en la asistencia sanitaria y el aumento de la excelencia ética de las instituciones.

El CEAS del Hospital Clínico San Carlos (HCSC) fue creado en 1996 y acreditado en 1998 por el antiguo Instituto Nacional de Salud (INSALUD) impulsado a nivel formativo por el profesor Diego Gracia (2001). Desde entonces ha mantenido su funcionamiento ajustándose a los cambios normativos y regulaciones como el Decreto 61/2003. Se constituye como un órgano funcionalmente independiente de la Dirección y Gerencia del Centro. El CEAS está compuesto por profesionales de medicina y enfermería de diversas especialidades con formación posgrado en Bioética, una trabajadora social, una jurista, dos usuarios que representan a la sociedad, junto con representantes del Comité de Ética de Investigación, Comisión de Calidad y Atención al usuario. El número de integrantes oscila entre 20 y 23. Se establecen reuniones ordinarias mensuales, bajo método de trabajo específico y se dispone también de una Comisión de Consultoría para abordar los conflictos urgentes que se plantean. Para poder acceder al CEAS se dispone de varios canales de acceso; para los profesionales sanitarios a través de un apartado específico en la intranet, junto con el correo y teléfono de la secretaría y para los usuarios a través de la web del hospital (Comité de Ética para la Asistencia Sanitaria del Hospital Clínico San Carlos, s.f.) El objetivo del presente estudio es analizar el papel del CEAS del Hospital Clínico San Carlos de Madrid durante los últimos 10 años.

1. Metodología

Para ello se ha realizado un estudio descriptivo transversal realizado en el CEAS del Hospital Universitario Clínico San Carlos en el periodo 2015-2025. Para la recogida de datos se diseñó una hoja *ad hoc* incluyendo las funciones principales del Comité:

- Asesoría en la toma de decisiones.
- Elaboración de recomendaciones.
- Formación en Bioética.
- Se revisaron todas las memorias anuales y documentación elaborada por el CEAS durante el periodo de estudio.

2. Resultados

2.1. Asesorar en la toma de decisiones

Se realizaron 158 reuniones. Se valoraron 94 casos y 37 urgentes a través de la Consultoría. (Tabla 1). Se elaboraron 31 dictámenes para donante vivo.

AÑOS	REUNION	CASOS	CONSULTORIA
2015	10	13	0
2016	12	8	0
2017	20	12	4
2018	12	0	1
2019	16	10	2
2020	12	3	1
2021	16	3	2
2022	20	5	4
2023	11	18	4
2024	11	14	2
TOTAL	158	94	37

Tabla 1. Reuniones y análisis de casos (elaboración propia)

Los principales conflictos éticos analizados estaban relacionados con medidas de Limitación de Tratamientos de Soporte Vital, seguidos del rechazo al tratamiento y en tercer lugar en torno al manejo de la información. (Figura 1)

FINAL DE VIDA	RELACIÓN CLÍNICA
<ul style="list-style-type: none"> • LTSV: UCI (ADULTOS, PEDI, NEO) y MEDICINA INTERNA • DONACIÓN Y TRASPLANTE • SEDACIÓN PALIATIVA • TRIAJE 	<ul style="list-style-type: none"> • RECHAZO AL TRATAMIENTO • CONSENTIMIENTO INFORMADO • CONFIDENCIALIDAD • DESACUERDO ASISTENCIA • CONSULTA TELEMÁTICA

Figura 1. Principales conflictos éticos analizados.

Se revisaron 748 documentos de Consentimientos Informados.

Las consultas fueron realizadas mayoritariamente por parte de los profesionales sanitarios del centro, aunque también se recibieron por parte de pacientes, familiares y centros externos.

2.2. Elaborar recomendaciones de actuación

Se elaboraron 13 documentos de recomendaciones éticas (Figura 2) para facilitar la toma de decisiones en la práctica clínica.

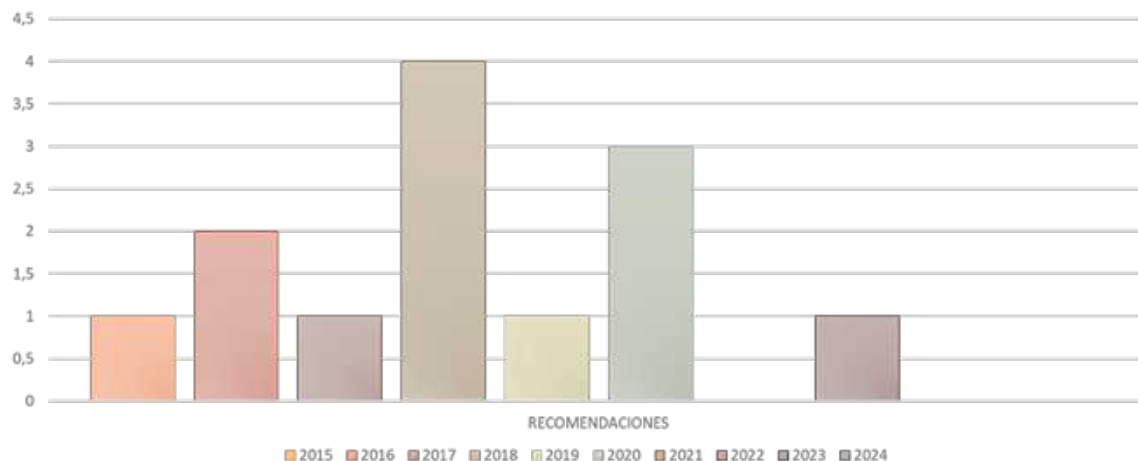


Figura 2. Recomendaciones éticas elaboradas.

La temática de las recomendaciones elaboradas se realizó conforme a los conflictos éticos planteados junto a los aspectos identificados de mayor complejidad durante la práctica clínica, destacando la limitación/adecuación de medidas de soporte vital (Del Río Gallegos & Velasco Sanz, 2020), sujeciones físicas (García Arenillas et al., 2021), sedación paliativa (Del Río Gallegos et al., 2020a), triaje durante la COVID-19 (Del Río Gallegos et al., 2020b) y prestación de ayuda para morir (Hospital Clínico San Carlos, 2021), según se recoge en la Figura 3.



Figura 3. Guías de LTSV, protocolo sujeciones físicas, medidas ante la COVID, protocolo.

2.3. Formación en Bioética

Se realizaron 10 cursos de formación de Bioética Clínica Aplicada para todo el personal del hospital, 32 sesiones formativas (algunas monográficas de las recomendaciones éticas realizadas), y 53 participaciones en Jornadas, como se observa en la Figura 4.

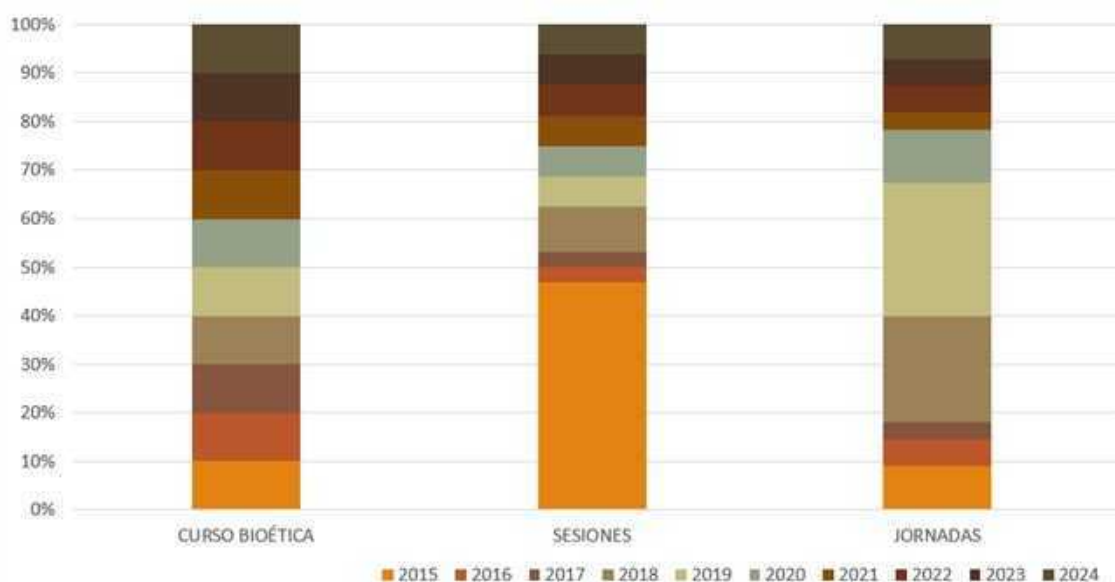


Figura 4. Actividades relacionadas con la formación en Bioética.

El curso de Bioética Clínica lleva realizándose durante 18 ediciones consecutivas manteniendo una edición anual y un alto grado de satisfacción global. Se estructura en 5 días con sesiones de 6h (8:30-14:30h) abordando, como se ve en la Figura 5:

- El papel de los comités de ética.
- Conflictos éticos al inicio de la vida: diagnóstico prenatal, neonatología, pediatría.
- Conflictos éticos al final de la vida: sedación paliativa, limitación de tratamientos de soporte vital, donación y trasplantes, planificación compartida de la atención y voluntades anticipadas, eutanasia.
- Responsabilidad profesional.
- Nuevos retos: inteligencia artificial.



Figura 5. Curso de Bioética en el Entorno Sanitario.

Hay que destacar que durante 2 ediciones (2020-21) tuvieron que realizarse en formato online debido a la pandemia, y, aunque el grado de satisfacción global fue muy alto, los participantes manifestaron de forma reiterada la necesidad de realizar este tipo de formación de forma presencial, especialmente a la hora del análisis y deliberación de los distintos casos.

Por último, en torno a las sesiones formativas realizadas tanto a residentes como a profesionales, señalar la necesidad de incluir un mayor número de sesiones monográficas en los servicios ya que permite una mayor aproximación del CEAS para la identificación precoz de los conflictos éticos.

3. Conclusiones

El principal papel del CEAS fue la asesoría en la resolución de múltiples conflictos éticos, principalmente derivados de problemas relacionados con el final de vida, como las medidas de LTSV, sedación paliativa, solicitudes de eutanasia, o triaje durante la pandemia y relación clínica, lo que llevó a la realización de documentos de recomendaciones éticas, al igual que reforzar distintas sesiones formativas para mejorar el proceso de toma de decisiones.

Tayra Velasco Sanz

Enfermera

Profesora Bioética y Cuidados Paliativos de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología UCM

Vocal CEAS HCSC

tavela01@ucm.es

Mar García Arenillas

Médico, Servicio Farmacología Clínica del HCSC

Presidenta CEAS HCSC

Noelia Gil Cidoncha

Jurista, Servicio Asesoría Jurídica del HCSC

Secretaria CEAS HCSC

Carlos Verdejo Bravo

Médico, Servicio de Geriátrica del HCSC

Vicepresidente CEAS HCSC

Francisco del Río Gallegos
Médico, Coordinación Trasplantes
Vocal CEAS HCSC

Andrés Santiago Sáez
Médico, Servicio de Medicina Legal del HCSC
Vocal CEAS HCSC

Comité de Ética para la Asistencia Sanitaria del Hospital Universitario Clínico San Carlos de Madrid

Resto de miembros del Comité de Ética para la Asistencia Sanitaria del Hospital Clínico San Carlos

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Comité de Ética para la Asistencia Sanitaria Hospital Clínico San Carlos. (s.f.). *Comité de Ética para la Asistencia Sanitaria*.
<https://www.comunidad.madrid/hospital/clinicosanCarlos/profesionales/comite-etica-asistencia-sanitaria>

Decreto 61/2003 de 8 de mayo, por el que se regula el régimen jurídico de funcionamiento y la acreditación de los Comités de Ética para la Asistencia Sanitaria y crean y regula la Unidad de Bioética y Orientación Sanitaria y el Comité Asesor de Bioética de la Comunidad de Madrid. (2003). Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid.

Del Río Gallegos, F., García Arenillas, M., Martín Benítez, J. C., Parajón, T., & Velasco Sanz, T. (2020a). *Recomendaciones de actuación en pacientes COVID-19 en situación de últimos días. Control de síntomas y sedación paliativa*. CEAS Hospital Clínico San Carlos.

Del Río Gallegos, F., García Arenillas, M., Martín Benítez, J. C., Parajón, T., & Velasco Sanz, T. (2020b). *Recomendaciones de Triage en la atención a pacientes críticos durante la pandemia de COVID19*. CEAS Hospital Clínico San Carlos.

Del Río Gallegos, F., & Velasco Sanz, T. (Coords.). (2020). *Guía de Limitación/Adecuación del Tratamiento de Soporte Vital en el Paciente Crítico. Recomendaciones éticas y procedimientos de actuación*. Comité de Ética Asistencial, Hospital Clínico San Carlos.

García Arenillas, M., Gil Cidoncha, N., Gil López, C., Del Río Vega, J., Santiago Sáez, A., Velasco Sanz, T., & Verdejo Bravo, C. (2021). *Protocolo de Sujeciones Físicas*. Comité de Ética Asistencial, Hospital Clínico San Carlos.

Gracia, D. (2001). La deliberación moral: el método de la ética clínica. *Medicina Clínica*, 117, 18-23.

Hospital Clínico San Carlos. (2021). *Protocolo de actuación ante la solicitud de la prestación de ayuda para morir*.

Jonsen, A., Siegler, M., & Winslade, W. (2010). *Clinical ethics* (7.^a ed.). McGraw-Hill.

Sánchez-González, M., & Herreros, B. (2015). La bioética en la práctica clínica. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 53(1), 66-73.

Velasco Sanz, T. (2015). Origen de los comités de ética. Karen Ann Quinlan. En B. Herreros Ruiz-Valdepeñas & F. Bandrés Moya (Eds.), *Historia Ilustrada de la Bioética* (cap. 13). ADEMÁS Comunicación Gráfica, S.L.

Silencios que aíslan: repensar la confidencialidad en salud mental desde la deliberación moral

RESUMEN

En salud mental, la gestión de la confidencialidad durante episodios de descompensación genera tensiones entre la intimidad del paciente y la necesidad de acompañamiento familiar. Mediante el método de deliberación moral de Diego Gracia, se analiza un caso clínico para identificar alternativas prudentes que permitan equilibrar valores en conflicto y orientar decisiones responsables. Se destaca la relevancia de la deliberación ética, el consentimiento progresivo y la corresponsabilidad familiar, abriéndose finalmente la pregunta por la responsabilidad organizacional ante los tiempos asistenciales disponibles.

PALABRAS CLAVE

Confidencialidad, salud mental, deliberación moral, familia, responsabilidad organizacional.

ABSTRACT

In mental health care, managing confidentiality during episodes of clinical decompensation creates tensions between patient privacy and the need for family involvement. Using Diego Gracia's method of moral deliberation, this case study examines prudent alternatives to balance conflicting values and guide responsible decision-making. The analysis highlights the relevance of ethical deliberation, progressive consent, and shared family responsibility, ultimately raising the question of organizational responsibility in sustaining deliberation within the constraints of everyday clinical time.

KEYWORDS

Confidentiality, mental health, moral deliberation, family, organizational responsibility.

Introducción

La confidencialidad constituye uno de los pilares fundamentales de la ética clínica y de la relación asistencial, adquiriendo una relevancia particular en el ámbito de la salud mental debido a la sensibilidad de la información manejada y a la vulnerabilidad potencial de los pacientes. La literatura la define como la obligación ética del profesional de no revelar información privada del paciente, siendo además fundamental para la construcción de la alianza terapéutica (Salles & Castelo, 2023; Younggren & Harris, 2008).

En psiquiatría, esta dimensión se intensifica: los pacientes comparten datos profundamente sensibles (síntomas, experiencias traumáticas, elementos biográficos íntimos) cuya exposición requiere un espacio seguro de confianza (Salles & Castelo, 2023; Ramos S., 2015). El temor a una posible falta de confidencialidad constituye, de hecho, una barrera significativa para la búsqueda de ayuda, especialmente entre adolescentes y jóvenes, condicionando su relación con los servicios de salud (Kafka et al., 2024; Olivari et al., 2022).

Desde el punto de vista normativo, la protección de la confidencialidad se encuentra amparada por la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, el Reglamento General de Protección de Datos (RGPD, Reglamento UE 2016/679) y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (LOPDGDD), que establecen obligaciones respecto al tratamiento y comunicación de datos relativos a la salud. Este marco jurídico refuerza la consideración de la confidencialidad como un derecho fundamental del paciente y un deber esencial del profesional.

Sin embargo, la evidencia científica subraya simultáneamente la importancia del acompañamiento familiar en salud mental. La participación de la red de apoyo se asocia con una disminución de recaídas, una mejor comprensión del trastorno y una reducción del estrés del cuidador (Hansson et al., 2022; Hem et al., 2023; Landeweer et al., 2017). Esta tensión entre el respeto al secreto profesional y la necesidad de involucrar a la familia se vuelve especialmente aguda durante episodios de crisis o descompensación clínica, cuando el paciente puede rechazar la presencia o intervención familiar. En estos escenarios, la aplicación estricta del principio de confidencialidad puede entrar en conflicto con valores igualmente fundamentales, como la beneficencia, la prevención del daño, la seguridad o la responsabilidad del equipo asistencial, dando lugar a lo que Gracia (2025) denomina un conflicto moral, que es el “choque” o conflicto en la realización de valores.

En este contexto, el artículo analiza un caso clínico que ejemplifica este conflicto ético y explora cómo equilibrar la intimidad del paciente y la participación de la familia en situaciones de descompensación grave en salud mental, atendiendo a la complejidad de la decisión clínica y a las condiciones de un abordaje prudente.

1. Objetivo

Analizar, mediante el método de deliberación moral de Diego Gracia, estrategias prudentes para abordar el conflicto entre confidencialidad y acompañamiento familiar en descompensaciones clínicas de salud mental.

2. Metodología

Se emplea un estudio de caso proveniente de la práctica clínica en un Centro de Salud Mental de Adultos. El análisis sigue el método de deliberación moral de Diego Gracia, que estructura la reflexión en cuatro pasos (hechos, valores, deberes y cursos de acción) y diferencia entre cursos extremos, intermedios y un curso óptimo (Gracia, 2001; Gracia, 2025).

Este enfoque incorpora tres condiciones de posibilidad necesarias para la deliberación ética: prudencia, entendida como la toma de decisiones razonables; razonabilidad, o ponderación equilibrada de los factores implicados; y escucha atenta con deseo de entendimiento y cooperación.

3. Desarrollo y análisis del caso

3.1. Hechos clínicos

Laura, de 45 años, presenta aceleración del pensamiento, ideas paranoias y megalomanía. Tiene antecedentes de episodios maníacos y psicóticos. Rechaza la hospitalización, pero acepta un ajuste farmacológico. Solicita que no se comparta información con su familia, alegando sentirse perseguida y convencida de poseer “información valiosa”.

Por su parte, su hermana y su padre solicitan información al equipo, preocupados por su seguridad. Ante esta situación, los profesionales deciden ofrecer únicamente pautas generales por parte de miembros del equipo que no participan en la atención directa a Laura, evitando así vulnerar la confidencialidad.

Tras la mejora clínica, Laura acepta mantener una reunión familiar, pero la familia manifiesta resentimiento por el “silencio” del equipo durante la crisis.

3.2. Valores en conflicto

En el siguiente apartado se expondrán los principios y valores relacionados con el caso:

- Paciente: los valores que prevalecen son la autonomía, la intimidad y el bienestar. La autonomía se refiere a la capacidad de la persona para tomar decisiones libres e informadas sobre su vida y su salud, sin coerciones externas y de forma alineada a su proyecto de vida. La intimidad se refiere al conjunto de informaciones personales, emocionales y biográficas cuya protección constituye un derecho fundamental del paciente. El bienestar integra la seguridad, la estabilidad emocional y la calidad de vida.
- Familia: emergen los valores de seguridad, protección y derecho a la información. La seguridad expresa la preocupación legítima de los familiares por la integridad física y emocional de la paciente. La protección alude a su responsabilidad moral en dar apoyo y contención a un miembro familiar, y el derecho a la información se vincula con su necesidad de comprender el proceso clínico para ejercer adecuadamente ese rol.
- Equipo asistencial: destacan los valores de confidencialidad, beneficencia y cuidado del vínculo terapéutico. La confidencialidad implica el deber ético y legal de resguardar la información de la paciente. La beneficencia remite a actuar en favor del mayor bien posible, valorando tanto los riesgos como los beneficios e incorporando la noción de bien expresada por la propia paciente. El vínculo terapéutico representa un valor estructural: sin confianza, la continuidad asistencial se debilita y la capacidad del equipo para intervenir eficazmente se reduce de manera significativa.

3.3. Marco normativo

El marco jurídico español que regula la confidencialidad en salud articula tres pilares complementarios. La Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente establece en su artículo 7 que “toda persona tiene derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud”. Este artículo fundamenta la decisión inicial del equipo de no revelar información clínica específica a la familia, dado que Laura expresa de forma explícita su voluntad de preservar su intimidad y no autoriza la comunicación de datos. La ley obliga a respetar esta decisión siempre que la paciente mantenga un grado suficiente de competencia para comprender su alcance.

Asimismo, el artículo 5 de la misma ley reconoce que el derecho a la información puede limitarse por un “estado de necesidad terapéutica”, entendido como la posibilidad de actuar sin informar previamente cuando hacerlo pudiera perjudicar gravemente la salud (art. 5.4). En el caso analizado, este precepto funciona como una cláusula de excepción: solo habilitaría al equipo a informar a la familia sin consentimiento si existiera un riesgo grave e inminente para la vida o integridad de Laura o de terceros. La ausencia de tal riesgo en la situación descrita justifica que el equipo descarte este curso de acción, manteniendo la confidencialidad mientras continúa evaluando dinámicamente la gravedad clínica.

Por su parte, el Reglamento General de Protección de Datos (RGPD, Reglamento UE 2016/679) considera los datos relativos a la salud como categoría especialmente protegida, cuyo tratamiento exige garantías reforzadas de legitimación, minimización y seguridad. La Ley Orgánica 3/2018 (LOPDGDD) adapta y desarrolla estos principios en el ordenamiento jurídico español, reforzando las obligaciones de confidencialidad y protección. De este modo, en este caso, sin consentimiento expreso de Laura el equipo no puede comunicar información específica de su salud a la familia.

3.4. Cursos de acción

3.4.1. Cursos extremos

A) Reunión directa con los familiares sin consentimiento de la paciente.

Esta reunión tendría como finalidad recoger la información que la familia posee para afinar la valoración del riesgo, identificar cambios recientes en el comportamiento de la paciente y establecer estrategias de

acompañamiento, así como definir signos de alarma y pautas claras sobre cuándo acudir a los servicios de urgencias. Además, serviría para apoyar a la familia en su propio desgaste emocional, orientándola sobre cómo sostener el acompañamiento de manera segura y realista durante la crisis. Su objetivo clínico sería, por tanto, mejorar la capacidad del equipo para proteger a la paciente integrando la perspectiva familiar. Este curso de acción prioriza los valores de seguridad, prevención del daño y beneficencia, y solo sería justificable ante un riesgo grave e inminente, amparado por la excepción prevista en la Ley 41/2002 (art. 5.4).

Pros: puede aumentar la seguridad y activar apoyos familiares inmediatos.

Contras: vulnera la autonomía, la intimidad y la confidencialidad; deteriora el vínculo terapéutico; y únicamente es justificable ante riesgo grave según la Ley 41/2002 (arts. 5.4 y 7).

B) Silencio absoluto (ausencia total de comunicación con la familia).

Por “silencio absoluto” se entiende que el equipo no mantiene ningún tipo de comunicación con la familia, evitando tanto la transmisión de información clínica como el ofrecimiento de orientaciones generales, apoyo emocional o pautas de actuación. En la práctica, este curso implica no atender llamadas, no devolver mensajes y no participar en reuniones, preservando de forma estricta la intimidad de la paciente y cumpliendo de manera literal su petición de no involucrar a la familia. Esta opción protege al máximo la autonomía y la confidencialidad (Ley 41/2002, art. 7; RGPD; LOPDGDD), pero deja a la familia sin referentes durante la crisis y puede aumentar su sensación de desamparo.

Pros: protege plenamente la confidencialidad y evita cualquier divulgación indebida.

Contras: incrementa el aislamiento de la paciente; priva a la familia de apoyo y orientación; y puede generar tensiones posteriores que dificulten la colaboración asistencial.

3.4.2. Cursos intermedios

Los cursos intermedios buscan equilibrar los valores en conflicto (autonomía, intimidad, seguridad, beneficencia y preservación del vínculo terapéutico) evitando tanto la rigidez de los extremos como la indeterminación en la toma de decisiones. Se trata de garantizar el cumplimiento de los valores o, en su defecto, de vulnerar los mínimos posibles.

A) Preservar la confidencialidad del contenido clínico y la alianza terapéutica

Este curso de acción consiste en realizar entrevistas exclusivamente con la paciente, sin establecer contactos con la familia ni ofrecer información sobre su estado clínico, con el fin de proteger su intimidad y sostener el vínculo terapéutico. En la práctica, el equipo centra su intervención en la evaluación clínica directa, el ajuste terapéutico y el acompañamiento psicoterapéutico solo entrevistando a la paciente.

La confidencialidad protege la autonomía mientras la paciente conserva suficiente competencia, y mantener la alianza terapéutica favorece la continuidad asistencial, esencial en fases agudas.

Aspectos legales: alineado con la Ley 41/2002 (art. 7) y el RGPD, que exigen consentimiento para divulgar datos de salud.

Pros: mantiene la confianza y la continuidad terapéutica; respeta el marco ético y legal; reduce el riesgo de ruptura del vínculo.

Contras: la familia puede vivirlo como silencio o abandono; limita su capacidad para actuar adecuadamente si desconoce cómo proceder.

B) Establecer límites explícitos a la información compartida basados en la evaluación de riesgos

Dado que la paciente ya ha solicitado no comunicar nada a su familia, este curso consiste en respetar su decisión, pero explicándole que la confidencialidad tiene un límite legal y clínico si aparece un riesgo grave para ella o para terceros. Se trata de clarificar que su autonomía será preservada, pero que, ante peligro significativo, el equipo deberá contactar con la familia para activar medidas de protección.

Aspectos legales: la Ley 41/2002 (art. 5.4) permite excepciones al deber de información ante riesgo grave o necesidad terapéutica, basado en el juicio clínico profesional.

Pros: disminuye la incertidumbre familiar y establece un marco de seguridad; permite anticipar escenarios de riesgo y consensuar estrategias de apoyo.

Contras: requiere una evaluación continuada del riesgo lo que demanda tiempo y coordinación; puede generar tensiones si la familia interpreta los límites como falta de colaboración.

C) Ofrecer reuniones de soporte y escucha a la familia con profesionales no implicados directamente en la atención

Este curso consiste en organizar reuniones específicas para la familia atendidas por profesionales que no forman parte del equipo terapéutico directo de la paciente, como la trabajadora social del centro o, previo acuerdo y coordinación, profesionales de atención primaria que ya tengan un vínculo asistencial con la familia. Su finalidad es contener emocionalmente a los familiares, escuchar sus preocupaciones y ofrecer orientación general sobre salud mental, sin revelar datos clínicos protegidos.

Aspectos legales: legalmente seguro, pues no se proporcionan datos personales o clínicos. Se comparten solo orientaciones generales según RGPD y LOPDGGDD.

Pros: disminuye la tensión familiar y mejora la comprensión del proceso clínico; evita que la familia actúe desinformada o de forma contraproducente; protege al equipo terapéutico principal de conflictos de rol.

Contras: puede resultar insuficiente si la familia espera información específica, requiere recursos organizativos y disponibilidad profesional.

D) Facilitar orientación administrativa y psicoeducativa general

Este curso se centra en ofrecer a la familia información general no confidencial: cómo funciona el sistema sanitario, qué recursos de urgencia están disponibles, cuáles son los límites legales de la confidencialidad, y qué estrategias de autocuidado familiar pueden ayudarles a sostener el acompañamiento. La finalidad es reducir la incertidumbre, proporcionar pautas realistas y evitar que la familia se sienta desamparada durante la crisis, todo ello sin comunicar datos de la paciente. Esta orientación ayuda a que la familia sepa cómo actuar y cuándo acudir a recursos asistenciales, sin comprometer la intimidad de la paciente.

Aspectos legales: completamente conforme con la Ley 41/2002 y el RGPD, puesto que no se transmiten datos clínicos.

Pros: empodera a la familia, reduce ansiedad y previene la sensación de abandono, al comprender la postura legal y ética del equipo.

Contras: requiere una comunicación muy precisa para evitar que la familia confunda esta orientación con información clínica individual.

3.4.3. Curso óptimo

El curso óptimo se sitúa en la proporcionalidad entre preservar la confidencialidad y promover un consentimiento progresivo por parte de la paciente, con el fin de facilitar una comunicación prudente con la familia y reinstaurar su red de apoyo. Esta estrategia integra de manera equilibrada los valores en conflicto: respeta la autonomía y la intimidad de la paciente, permite la participación familiar cuando resulta clínicamente adecuado y mantiene el vínculo terapéutico como condición para la continuidad asistencial.

Desde el punto de vista legal, se ajusta plenamente a la Ley 41/2002 y al RGPD, al evitar divulgaciones indebidas y explicitar los límites ante riesgo grave. Además, posibilita un trabajo clínico orientado a fortalecer la competencia de la paciente en este asunto, de modo que pueda valorar libremente si autoriza la comunicación del equipo terapéutico con su familia conforme mejora su estado. En coherencia con el método deliberativo de Gracia, esta opción lesiona el menor número de valores y maximiza el bien moral posible, teniendo en cuenta también el bien expresado por la propia paciente.

4. Discusión

El análisis del caso evidencia que la confidencialidad en salud mental no puede interpretarse como una regla aplicada de manera estricta e invariable, sino como un principio cuya interpretación requiere sensibilidad al contexto y deliberación moral. La literatura científica confirma la presencia de este desafío y propone estrategias prudenciales, entre las cuales destacan las siguientes:

A) Consentimiento informado progresivo

Explicar los beneficios del acompañamiento familiar, los límites de la confidencialidad y la necesidad de tomar decisiones compartidas (Conlon et al., 2024; Olivari et al., 2022) permite anticipar escenarios futuros y facilitar la inclusión de apoyos familiares sin afectar excesivamente la intimidad del paciente.

B) Graduación de la información

Diversos autores subrayan la importancia de diferenciar entre datos clínicos sensibles (diagnóstico, tratamiento, pronóstico) y contenidos psicoeducativos que pueden compartirse sin vulnerar el secreto profesional (Hansson et al., 2022). Esta distinción ayuda a sostener el vínculo terapéutico sin dejar a la familia totalmente desinformada.

C) Espacios de soporte familiar

Reuniones estructuradas con la familia permiten orientar, contener en un marco de corresponsabilidad, sin revelar información clínica confidencial (Hem et al., 2023).

D) Contexto organizativo

La ausencia de protocolos sobre participación familiar y confidencialidad incrementa la incertidumbre profesional y favorece decisiones defensivas (Conlon et al., 2024).

El método deliberativo permite ponderar valores en conflicto y adoptar decisiones razonables en situaciones de incertidumbre y complejidad. Sin embargo, es ineludible la pregunta por las condiciones de posibilidad para el ejercicio de su aplicación en la práctica diaria que introducen diferentes autores en la literatura científica (Girela-Lopez et al., 2024; Lütznén et al., 2010; Fatima, & Ilyas, 2024). En este sentido, el factor del tiempo asistencial constituye un elemento determinante. La deliberación moral requiere ritmos distintos a los marcados por la presión asistencial, caracterizada por la urgencia, la sobrecarga y la fragmentación de tareas. Esta situación dificulta crear espacios para la reflexión ética compartida. La tensión entre la necesidad de decisiones rápidas y la necesidad de decisiones prudentes señala una responsabilidad organizacional que no puede resolverse únicamente en el nivel de la ética personal o profesional.

Surge así una pregunta para el sistema sanitario: ¿están las instituciones y los equipos clínicos en condiciones de ofrecer el tiempo que exige deliberar éticamente? La respuesta no es evidente, pero apunta hacia la necesidad de institucionalizar una cultura de deliberación, entendida como una competencia profesional que requiere condiciones materiales, organizativas y simbólicas para ejercerse de manera sostenida.

5. Conclusiones

La gestión ética del conflicto entre confidencialidad y participación familiar en salud mental exige un enfoque contextualizado, prudente y deliberativo, cuyo punto de partida debe ser siempre la protección de la autonomía y la intimidad del paciente. La evidencia disponible muestra, sin embargo, que la participación familiar, cuando es adecuada y consensuada, puede fortalecer la seguridad, la adherencia terapéutica y la continuidad asistencial.

Las instituciones sanitarias desempeñan un papel determinante en este proceso. La implementación de protocolos claros, la formación continuada en legislación y comunicación clínica, y la creación de espacios estables para la deliberación ética son condiciones necesarias para disminuir la incertidumbre y mejorar la calidad de la atención. El desafío principal no es únicamente normativo, sino organizativo: promover una cultura de deliberación, junto con los tiempos que dicha práctica requiere, permitiría que la prudencia, la razonabilidad y la escucha atenta, elementos centrales del método deliberativo, puedan ejercerse plenamente y de forma sostenible en la práctica clínica diaria.

Ximena Ortega Berlingó

Centro de Salud Mental de Igualada, Consorci Sanitari de l'Anoia, Igualada, Barcelona
Programa de Doctorado: Medicina e Investigación Traslacional. Universidad de Barcelona
ximenaortega@yahoo.com

Silvia Poveda-Moral

Departamento de Enfermería de Salud Pública, Salud Mental i Materno infantil. Facultad de Enfermería
Universidad de Barcelona

Sergio Ramos Pozón

Departamento de Enfermería de Salud Pública, Salud Mental i Materno infantil. Facultad de Enfermería
Universidad de Barcelona

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Conlon, D., Raeburn, T., & Wand, T. (2024). Nurses' understanding of their duty of confidentiality to patients in mental health care: A qualitative exploratory study. *Collegian*, 31(3), 144-153. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2024.02.002>

- Fatima, M., & Ilyas, U. (2024). Development of Ethical Dilemma Distress Scale for Mental Health Practitioners (EDDS-MHP). *Pakistan Journal of Psychological Research*, 39(3), 613-637. <https://doi.org/10.33824/PJPR.2024.39.3.34>
- Gracia, D. (2001). La deliberación moral: el método de la ética clínica. *Medicina Clínica*, 117, 18–23.
- Gracia, D. (2025). *El animal deliberante. Teoría y práctica de la deliberación moral*. Triacastela.
- Hansson, K. M., Romøren, M., Weimand, B., Heiervang, K. S., Hestmark, L., Landeweer, E. G. M., & Pedersen, R. (2022). The duty of confidentiality during family involvement: Ethical challenges and possible solutions in the treatment of persons with psychotic disorders. *BMC Psychiatry*, 22(1), 812. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04461-6>
- Hem, M. H., Molewijk, B., Weimand, B., & Pedersen, R. (2023). Patients with severe mental illness and the ethical challenges related to confidentiality during family involvement: A scoping review. *Frontiers in Public Health*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.960815>
- Kafka, J. X., Kothgassner, O. D., & Felnhofer, A. (2024). A Matter of Trust: Confidentiality in Therapeutic Relationships during Psychological and Medical Treatment in Children and Adolescents with Mental Disorders. *Journal of Clinical Medicine*, 13(6), 1752. <https://doi.org/10.3390/jcm13061752>
- Landeweer, E., Molewijk, B., Hem, M. H., & Pedersen, R. (2017). Worlds apart? A scoping review addressing different stakeholder perspectives on barriers to family involvement in the care for persons with severe mental illness. *BMC Health Services Research*, 17(1), 349. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2213-4>
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín Oficial del Estado, núm. 274, 15 de noviembre de 2002. <https://www.boe.es/eli/es/l/2002/11/14/41/con>
- Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Boletín Oficial del Estado, núm. 294, 6 de diciembre de 2018. <https://www.boe.es/eli/es/lo/2018/12/05/3/con>
- Olivari, C., Méndez-Bustos, P., & Núñez, R. (2022). Confidencialidad y conducta de búsqueda de ayuda para problemas de salud mental en adolescentes. *Acta Bioethica*, 28(1), 59-66.
- Ramos, S. (2015). La historia clínica en salud mental. *Acta Bioethica*, 21(2), 259-268.
- Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos (Reglamento General de Protección de Datos). Diario Oficial de la Unión Europea, DOUE 119, 4 de mayo de 2016.
- Salles, A. A., & Castelo, L. (2023). Privacidad y confidencialidad en los procesos terapéuticos: Presencia de fundamentos bioéticos. *Revista Bioética*, 31, e3340PT. <https://doi.org/10.1590/1983-803420233340es>
- Younggren, J. N., & Harris, E. A. (2008). Can you keep a secret? Confidentiality in psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 64(5), 589-600. <https://doi.org/10.1002/jclp.20480>

Violencia de género en mujeres con Trastorno Mental Grave (TMG) residentes en España

RESUMEN

La violencia de género constituye un grave problema de salud pública en España, con gran impacto en mujeres con trastorno mental grave (TMG). Este colectivo enfrenta estigmas que dificultan la detección, el acceso a apoyo adecuado comprometiéndose su integridad física y mental. Tras el análisis de los limitados datos disponibles y la magnitud del problema, se propone implementar protocolos de actuación con perspectiva de género y un grupo multidisciplinar en servicios sanitarios y sociales para atender esta situación compleja.

PALABRAS CLAVE

Violencia de género, personas con enfermedades psiquiátricas, trastornos mentales y España.

ABSTRACT

Gender-based violence is a serious public health problem in Spain, with a significant impact on women with severe mental disorders (SMD). This population faces stigma that hinders detection and access to adequate support, compromising their physical and mental integrity. Based on the analysis of the limited available data and the magnitude of the problem, it is proposed to implement gender-sensitive protocols and a multidisciplinary team in health and social services to address this complex situation.

KEYWORDS

Gender-based violence, persons with psychiatric disorders, Mental Disorders and Spain.

Introducción

Muchas mujeres históricas se han visto cuestionadas por no ajustarse a los roles de género, reivindicar los modelos de la sociedad o ser víctimas de violencia patriarcal. Entre ellas destaca Zelda Fitzgerald, cuyo cónyuge fue Francis Scott Fitzgerald, novelista y escritor de *El Gran Gatsby*. Zelda, bailarina de ballet y pintora, fue ingresada en un sanatorio a cargo de Eugen Bleuler (Cline, 2002). Lucia Joyce, también bailarina de ballet y cuyo padre fue James Aloysius Joyce, novelista de la obra *Ulises*, ingresó en un sanatorio atendida por Carl Gustav Jung (Gibson, 2012). Séraphine Louis, asistenta en un convento y pintora de noche, comenzó a vender sus cuadros al marchante Wilhelm Uhde, uno de los primeros coleccionistas de Pablo Picasso, quien dejó de visitarla y desapareció con todos sus cuadros; al sentirse abandonada y frustrada fue internada en un psiquiátrico a instancia del propio Uhde (Neret, 2001). Y Dora Maar, artista, pintora y fotógrafa, pionera de la fotografía surrealista, casada con Pablo Picasso, fue maltratada psicológica y físicamente por este y por su padre; posteriormente, fue psicoanalizada por Jacques Lacan e internada en un sanatorio por orden de Picasso (Ades, 1995).

Estos cuatro ejemplos tienen algo en común: todas las mujeres nombradas fueron ingresadas en sanatorios por hombres que tuvieron éxito social y una larga y exitosa trayectoria, ya fuese como psicoanalistas o como artistas (Showalter, 1987).

Si a este problema le añadimos la larga trayectoria de violencia que las mujeres han tenido que soportar históricamente, entre ellas la violencia de género, y añadimos la compleja situación que viven las mujeres con trastorno mental, se observa una triple situación de vulnerabilidad. Por un lado, deben lidiar con el estigma asociado al hecho de padecer una enfermedad mental, lo que puede dificultar su búsqueda de recursos y la posibilidad de recibir ayuda y apoyo (Showalter, 1987). Por otro lado, deben enfrentarse al estigma de género por el simple hecho de ser mujeres (Federici, 2004). Y, por otra parte, ser víctimas de violencia de género supone uno de los problemas más relevantes y silenciados en nuestra sociedad actual.

Según la Organización de las Naciones Unidas, la violencia contra la mujer se define como todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como amenazas, coacción o privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada (Naciones Unidas, 1993).

Actualmente, el marco internacional en el que nos basamos para legislar y luchar contra la violencia de género es el Convenio del Consejo de Europa sobre la Prevención y Lucha contra la Violencia contra las Mujeres y la Violencia Doméstica, más conocido como el Convenio de Estambul, que define la violencia contra la mujer como una violación de los derechos humanos y una forma de discriminación que puede implicar daños físicos, sexuales, psicológicos o económicos (Consejo de Europa, 2011).

Un Trastorno Mental Grave (TMG) se define como una alteración psiquiátrica de duración prolongada — más de dos años de evolución desde el inicio del tratamiento— y con deterioro del funcionamiento psicosocial, según el consenso del National Institute of Mental Health (NIMH, 1987). Este grupo incluye los trastornos psicóticos, como esquizofrenia, trastorno esquizotípico, delirios persistentes o trastorno esquizoafectivo, así como trastornos del estado de ánimo como trastorno bipolar o episodio depresivo grave con síntomas psicóticos, condiciones que afectan aproximadamente al 0,3 % de la población general (World Health Organization, 2022).

1. Objetivos

Ante dicha situación se planteó la posibilidad de cuantificar la población femenina residente en España con patología psiquiátrica víctima de violencia de género y comparar esta población con aquellas mujeres sin patología psiquiátrica para objetivar si existe mayor riesgo de violencia en la población con patología psiquiátrica.

2. Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica online durante junio de 2025. Se utilizaron las palabras clave anteriormente mencionadas según los descriptores en ciencias de la salud DeCS/MeSH. Se recurrió al operador booleano “AND”. Los artículos utilizados para el desarrollo del presente artículo fueron textos completos en castellano referentes a la población femenina objeto de estudio residente en España, de acceso libre y publicados en los últimos 10 años para garantizar la actualidad de los datos. Para el desarrollo de la introducción también se utilizó literatura gris con información relevante relacionada con el tema abarcado. Para la citación de las referencias bibliográficas se utilizó el formato APA.

3. Resultados

Los resultados obtenidos al realizar búsquedas bibliográficas con los operadores booleanos “violencia de género AND personas con enfermedades psiquiátricas AND España”, “violencia de género AND trastornos mentales AND España” han sido de 0 resultados. Únicamente se han obtenido datos de mujeres con discapacidad mayor o igual al 33% que lo comparan con mujeres con discapacidad menor al 33% o sin discapacidad. Se entiende por discapacidad la restricción o limitación funcional. El problema que observamos al no haber obtenido datos es que, una mujer puede estar diagnosticada de un problema de salud mental y no tener ningún tipo de discapacidad, ya que no todas las personas con discapacidad tienen un Trastorno Mental Grave ni todas las personas con Trastorno Mental Grave tienen una discapacidad.

Según los últimos datos recogidos en la Macroencuesta de Violencia contra la Mujer de 2019 del Ministerio de Igualdad (Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género, Ministerio de Igualdad, 2020)

destacan como cifras relevantes las asociadas a la violencia en la pareja, siendo, en todos los casos, la violencia física o sexual hacia las mujeres con discapacidad acreditada mayor al 33% un 20,7% frente a las mujeres sin discapacidad o con discapacidad menor al 33% de una violencia de 13,8%. Así mismo, recoge que el 40,4% de las mujeres con discapacidad ha sufrido algún tipo de violencia en la pareja (20.9% por la pareja actual y 52.2% por parejas pasadas) frente al 31.9% de mujeres sin discapacidad (14.4% y 42.9% respectivamente).

Si hablamos específicamente de las mujeres con Trastorno Mental Grave se ha constatado que tienen entre 2 y 4 veces más riesgo de sufrir violencia en la pareja respecto a las mujeres en general, así como que 3 de cada 4 mujeres con Trastorno Mental Grave han sufrido violencia en el ámbito familiar y/o en la pareja alguna vez en su vida y que alrededor del 80% de las mujeres con Trastorno Mental Grave han sufrido violencia por parte de su pareja en algún momento de su vida y más de la mitad han sufrido violencia física y algo más del 40% violencia sexual (Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género, Ministerio de Igualdad, 2020).

Según la Guía para el abordaje sanitario de la Violencia de Género en mujeres con problemas de salud mental (Pastor Moreno & Ruiz Pérez, 2024), en su 1ª edición en 2024 de la Junta de Andalucía, relata cómo la realidad que se muestra en la sociedad no define igual a una persona con problemas de salud mental que a una mujer con problemas de salud mental. El principal estereotipo asociado con los problemas de salud mental tiene que ver con la violencia y/o la agresividad, pero a las mujeres con trastorno mental también se las tilda de “vagas”, “incapaces”, “malas madres”, “desaliñadas”, “histéricas”, “sensibles” e “inferiores”.

Las mujeres con Trastorno Mental Grave ven cuestionada la veracidad de su condición de víctimas con argumentos como la descompensación psicopatológica o su propio comportamiento como causa de estas situaciones. En otras ocasiones, las y los profesionales que las atienden se amparan en el mito de que se pueden descompensar si se visibiliza una situación de violencia de la mujer, una idea que carece de fundamento científico. Lo único que esto ocasiona es que no se estén detectando los casos de violencia que están sufriendo las mujeres con Trastorno Mental Grave en su presente y pasado y las consecuencias tanto físicas como psicológicas de dichas mujeres genere un círculo vicioso difícil de solucionar.

4. Discusión y conclusiones

Analizados los escasos datos existentes se puede concluir que las mujeres con Trastorno Mental Grave son más vulnerables o tienen mayor probabilidad de sufrir violencia de género comparándolas con las mujeres sin Trastorno Mental Grave.

Dentro de la Estrategia Nacional de Salud Mental 2022-2026, en su Línea Estratégica 1 “Autonomía y derechos. Atención centrada en la persona”, dentro de su Objetivo General 1.2 “Erradicar la discriminación y favorecer la inclusión social con perspectiva de género” y más específicamente en su punto 1.2.8 “Promover la difusión y conocimiento entre los equipos de profesionales de salud mental, de los Protocolos de atención a la violencia de género en mujeres con Trastorno Mental Grave”, parece que es importante tener esta situación y trabajo en cuenta (Ministerio de Sanidad, 2021).

La realidad es que, al realizar esta búsqueda, en Aragón no existe, hasta el momento, ninguna guía para el abordaje de estas pacientes ni protocolo de actuación, añadiendo otro ítem al triple estigma dicho anteriormente, que aumenta la vulnerabilidad, que es vivir en un medio rural como ocurre en la mayor parte de la provincia de Teruel.

Ante dicha situación se plantea, acepta e inicia la formación un Grupo de Trabajo con personas referentes en violencia de género y salud mental, tales como profesionales sanitarios relacionados con la psiquiatría, enfermeras, psicólogos, psiquiatras entre otros así como la cooperación con Cuerpos del Estado como es la Policía Nacional, teniendo como objetivo la implantación de la perspectiva de género en los servicios de atención de la red pública para personas con Trastorno Mental Grave así como la creación de un protocolo de actuación ante dicha situación de especial complejidad.

Alba Ferrer Gamero
Enfermera Especialista en Salud Mental.
Máster en Salud Mental para Enfermería.
Vicepresidenta del Comité de Ética Asistencial Sector Teruel.
Centro de trabajo: CRP. San Juan de Dios (Teruel)
albaferrergamero@gmail.com

Leticia Anadón Ruiz
Enfermera Especialista en Salud Mental.
Máster Universitario en Bioética.
Experto universitario en psicopatología y trastornos mentales.
Presidenta del Comité de Ética Asistencial Sector Teruel.
Centro de trabajo: Unidad de psiquiatría, Hospital Obispo Polanco (Teruel)
leticia.anadon@gmail.com

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ades, D. (1995). *Dora Maar: Artista y musa*. Thames & Hudson.
- Cline, S. (2002). *Zelda Fitzgerald: Su voz en el paraíso*. Arcade Publishing.
- Consejo de Europa. (2011). *Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica (Convenio de Estambul)*. Consejo de Europa.
- Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género, Ministerio de Igualdad. (2020). *Macroencuesta de violencia contra la mujer 2019*. Ministerio de Igualdad.
- Federici, S. (2004). *Calibán y la bruja*. Autonomedia.
- Gibson, M. (2012). *Lucia Joyce: Bailando en la estela*. Picador.
- Ministerio de Sanidad. (2021). *Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026*. Ministerio de Sanidad.
- Naciones Unidas. (1993). *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer*. Asamblea General de las Naciones Unidas.
- Neret, G. (2001). *SérAPHINE Louis*. Taschen.
- National Institute of Mental Health. (1987). *Hacia un modelo de un sistema de salud mental comunitario integral*. Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.
- Pastor Moreno, G., & Ruiz Pérez, I. (Coord.) (2024). *Guía para el abordaje sanitario de la violencia de género en mujeres con problemas de salud mental* (1ª ed.). Consejería de Salud y Consumo, Junta de Andalucía.
- Richardson, J. (1991). *Una vida de Picasso: los años triunfantes 1917–1932*. Random House.
- Showalter, E. (1987). *La enfermedad femenina: Mujeres, locura y cultura inglesa, 1830–1980*. Virago Press.
- World Health Organization. (2022). *Atlas de salud mental 2020*. OMS.

Ludificación en el Aula de Legislación y Ética: un enfoque innovador para la educación en enfermería

Resumen

La asignatura de Legislación y Ética en el Grado de Enfermería enfrenta desafíos significativos, incluyendo baja asistencia y un marcado desinterés por parte de los estudiantes, atribuibles a la extensión y complejidad de sus contenidos. Este trabajo propone la implementación de dinámicas de ludificación (gamificación) como estrategia pedagógica para fomentar un aprendizaje más activo, participativo y significativo. A través del análisis, diseño y adaptación de juegos educativos apoyados por plataformas digitales, se espera mejorar la motivación, participación, rendimiento académico y el desarrollo del pensamiento crítico entre los alumnos de segundo grado de enfermería.

Palabras clave

Ludificación, Gamificación, Legislación, Ética, Enfermería, Aprendizaje Activo.

Abstract

The Legislation and Ethics course in the Nursing Degree faces significant challenges, including low attendance and marked student disinterest due to the length and complexity of its content. This work proposes the implementation of ludification (gamification) dynamics as a pedagogical strategy to foster more active, participatory, and meaningful learning. Through the analysis, design, and adaptation of educational games supported by digital platforms, it is expected to improve motivation, participation, academic performance, and the development of critical thinking among second-year nursing students.

Keywords

Ludification, Gamification, Legislation, Ethics, Nursing, Active Learning.

Introducción

La enseñanza de la Legislación y Ética en el Grado de Enfermería es fundamental para la formación integral de los futuros profesionales de la salud. Sin embargo, se ha observado que los estudiantes presentan una baja asistencia y un escaso interés en esta asignatura. Las razones más comunes incluyen la percepción de que el contenido es denso y complejo, lo que genera desánimo y desmotivación al inicio del curso. Este fenómeno no solo afecta el rendimiento académico, sino que también puede influir en la futura práctica profesional de los enfermeros, quienes deben estar bien informados sobre aspectos legales y éticos que rigen su actuación. Esta

situación exige la búsqueda de metodologías innovadoras que no solo capten la atención del alumnado, sino que también enriquezcan su proceso de aprendizaje.

Contexto

La educación en enfermería enfrenta el desafío de preparar a los estudiantes para un entorno profesional que requiere habilidades no solo técnicas, sino también éticas y legales. La Legislación y Ética no son solo materias teóricas; son esenciales para la práctica diaria de la enfermería. Sin embargo, la naturaleza abstracta y compleja de estos temas a menudo los convierte en una fuente de ansiedad y desinterés para los estudiantes. Por lo tanto, resulta crucial explorar enfoques pedagógicos que transformen la experiencia de aprendizaje de estas disciplinas.

Objetivos

Objetivo General

Fomentar un aprendizaje más activo, participativo y significativo en los alumnos de segundo grado de enfermería mediante la implementación de dinámicas de gamificación basadas en la creación y adaptación de juegos educativos.

Objetivos Específicos

- **Aumentar la motivación e interés:** Utilizar elementos lúdicos para captar la atención de los estudiantes y hacer que se sientan más conectados con el contenido.
- **Proporcionar metodologías y recursos:** Implementar estrategias que optimicen la labor docente, permitiendo a los educadores incorporar la ludificación de manera efectiva.
- **Facilitar la comprensión de conceptos complejos:** Simplificar la enseñanza de legislación y ética a través de juegos que presenten estas materias de manera más accesible y atractiva.
- **Desarrollar habilidades de pensamiento crítico y resolución de problemas:** Fomentar el análisis crítico y la toma de decisiones éticas en situaciones simuladas.
- **Promover el trabajo en equipo:** Estimular la colaboración entre estudiantes a través de dinámicas de grupo en entornos lúdicos.
- **Generar y difundir experiencias educativas:** Compartir las mejores prácticas y los resultados obtenidos con otros profesionales de la educación.
- **Lograr una mayor asistencia y participación:** Utilizar la gamificación como herramienta para incrementar el compromiso y la asistencia a las clases de Legislación y Ética.

Métodos de Estudio

1. Análisis de Juegos Educativos Existentes

Se llevará a cabo una revisión exhaustiva de diferentes tipos de juegos educativos, tanto digitales como analógicos, para identificar mecánicas y dinámicas que puedan ser adaptadas a los contenidos específicos de la asignatura de enfermería. Este análisis incluirá estudios de caso relevantes y la evaluación de la efectividad de los juegos en contextos educativos similares.

2. Diseño y Adaptación de Juegos Específicos

Basándose en los hallazgos del análisis previo, se diseñarán o adaptarán juegos enfocados en los contenidos clave de legislación y ética. Los juegos se desarrollarán teniendo en cuenta los principios pedagógicos

de la gamificación, como la competencia, la cooperación y la narrativa, asegurando que estos sean relevantes y atractivos para los estudiantes.

3. Utilización de Plataformas Digitales

Se explorará el uso de plataformas digitales que faciliten la creación e implementación de juegos educativos. Se evaluarán diversas herramientas tecnológicas que permitan la creación de experiencias de aprendizaje interactivas, como aplicaciones móviles, plataformas de e-learning y entornos virtuales de aprendizaje. La integración de la tecnología no solo aumentará la accesibilidad de los juegos, sino que también permitirá un seguimiento y evaluación más eficaz del progreso de los estudiantes.

Resultados Esperados

Se anticipa un aumento notable en el nivel de motivación y compromiso del alumnado, así como una mejora en el rendimiento académico. Además, se espera el desarrollo de competencias clave, como la resolución de conflictos, la toma de decisiones éticas y la capacidad de trabajo en equipo. La experiencia de aprendizaje se enriquecerá, generando un aula más dinámica y participativa.

Conclusiones

La ludificación se presenta como una estrategia pedagógica prometedora para abordar los desafíos de la enseñanza en Legislación y Ética. Al fomentar un aprendizaje activo y participativo, se espera que los estudiantes desarrollen un pensamiento crítico más sólido y se sientan más motivados y comprometidos con su formación. La creación de un ambiente dinámico y atractivo en el aula es fundamental para transformar la experiencia educativa en esta materia esencial para la práctica profesional en enfermería.

Implicaciones Éticas

Es fundamental considerar las implicaciones éticas de la implementación de la ludificación en el aula. La gamificación debe ser utilizada de manera responsable, asegurando que todos los estudiantes tengan acceso equitativo a los recursos y actividades propuestas. Además, es esencial evaluar continuamente los efectos de estas estrategias en el bienestar emocional y académico de los estudiantes, garantizando que se fomente un entorno de aprendizaje positivo y enriquecedor.

M.^a José Maicas Maicas

Enfermera asistencial y docente en la Escuela Universitaria de Enfermería de Teruel

Doctoranda en Ciencias de la Salud y del Deporte.

Bibliografía

1. Anguas-Gracia, A., et al. (2025). Educational games in nursing education: A bibliometric and content analysis. *Nurse Educ Today*, 151, 106746.
2. Bayram, S. B., et al. (2025). Serious games in nursing education: A systematic review of current evidence. *Comput Inform Nurs*, 43(1), 25-34.

3. Celik, F., Turan, R., & Bektas, H. (2025). The effect of game-based interventions on nursing students' knowledge: A systematic review and meta-analysis. *Nurse Educ Today*, 151, 106746.
4. Chien, L. Y., et al. (2025). The effect of gamified workshops on nurses' evidence-based practice competence: A randomized controlled trial. *Nurse Educ Pract*, 102, 104226.
5. Elia, R. A., Colangelo, M., Cerrone, V., et al. (2025). Gamification Strategies in Undergraduate Nursing Education: A systematic review protocol. *Healthcare (Basel)*, 13(18), 1847.
6. Lee, C. Y., Lee, C. H., Lai, H. Y., et al. (2025). Emerging trends in gamification for clinical reasoning education: a scoping review. *BMC Med Educ*, 25, 435.
7. Nylén-Eriksen, M., Stojiljkovic, M., Lillekroken, D., et al. (2025). Game-thinking; utilizing serious games and gamification in nursing education – a systematic review and meta-analysis. *BMC Med Educ*, 25, 435.
8. Sanz-Martos, S., Álvarez-García, C., & Álvarez-Nieto, C. (2024). Effectiveness of gamification in nursing degree education. *PeerJ*, 12, e17167.

Desarrollo y situación actual de la Red Nacional de Comisiones Deontológicas de Enfermería

RESUMEN

La deontología enfermera orienta la práctica clínica hacia estándares éticos de excelencia a través de los códigos deontológicos. Las Comisiones Deontológicas nacen con el fin de velar por ellos, así como para contar con un espacio colaborativo que permita el intercambio de experiencias, homogeneizar criterios, dando visibilidad y respaldo institucional a su desarrollo. La Comisión Deontológica Nacional de Enfermería ha impulsado la creación de una Red Nacional. Actualmente existen 42 comisiones activas, iniciándose procesos de formación, recomendaciones y jornadas científicas.

PALABRAS CLAVE

Enfermería, Deontología, Código Deontológico, Comisión Deontológica.

ABSTRACT

Nursing deontology guides clinical practice towards ethical standards of excellence through deontological codes. The Ethics Commissions were created in order to look after them, as well as to have a collaborative space that allows the exchange of experiences, homogenize criteria, giving visibility and institutional support to their development. The National Nursing Ethics Commission has promoted the creation of a National Network. Currently there are 42 active commissions, starting training processes, recommendations and scientific conferences.

KEYWORDS

Nursing, Deontology, Code of Ethics, Deontological Commission.

Introducción

La deontología es la parte de la ética que trata de los deberes, especialmente de los que rigen una actividad profesional. En el caso que nos ocupa, la deontología enfermera constituye uno de los pilares fundamentales del ejercicio profesional, guiando la práctica clínica hacia estándares éticos que garantizan el respeto a la dignidad de las personas. Para velar por el cumplimiento de dichas normas éticas se crean las comisiones deontológicas, como órganos colegiales cuyo objetivo es promover una práctica profesional ética y responsable, a través de la sensibilidad y la formación continua.

Las funciones de las comisiones deontológicas son básicamente tres:

- Apoyo, consulta y asesoramiento en ética y deontología profesional.
- Instruir los procedimientos incoados a los colegiados por posible incumplimiento del Código Deontológico.
- Realizar actividades de difusión y formación acerca de temas relacionados con la bioética y la deontología.

La existencia de estas comisiones en los colegios profesionales es fundamental para mantener la integridad y el prestigio de la profesión, proteger los derechos tanto de profesionales como de usuarios y garantizar un ejercicio profesional ético y responsable.

No obstante, no todos los Colegios Profesionales disponen de una y existe una gran disparidad en los criterios por lo que es clave establecer estrategias para impulsarlo, como es a través de la Comisión Deontológica Nacional de Enfermería (CDNE) del Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería (CGE).

La CDNE se constituye en junio de 2023, por parte del CGE, como un órgano de apoyo, estudio, consulta, coordinación y asesoramiento en el ámbito estatal de los asuntos relacionados con el ejercicio de la profesión de enfermería y de los cargos colegiales en materia de ética y deontología profesional

Dentro de sus múltiples funciones, recogidas en el reglamento interno aprobado por la Resolución 2/2023 del CGE, en este artículo deben destacarse dos:

- La primera es asesorar a las comisiones deontológicas colegiales y de los Consejos Autonómicos y a los órganos de gobierno de tales Consejos y de los Colegios.
- La segunda es emitir las recomendaciones de carácter interno que tenga como fin unificar la actuación de las comisiones deontológicas de los distintos Colegios de enfermería, promoviendo la comunicación para intercambiar información y experiencias en el desarrollo de sus funciones.

Para dar respuesta a dichas funciones, se establecen varias líneas estratégicas, resaltando la creación de la Red Nacional de Comisiones Deontológicas de Enfermería (RNCDE) para contar con un espacio colaborativo que permita el intercambio de experiencias, así como dar visibilidad y respaldo institucional al desarrollo de estas.

1. Objetivos

Describir el proceso que se ha seguido en la creación de la RNCDE, así como el funcionamiento de las distintas actividades realizadas para su desarrollo, teniendo en cuenta que la finalidad de su constitución se basa en siete puntos:

- Identificar todas las comisiones deontológicas que existen a nivel nacional.
- Facilitar el asesoramiento y colaboración en las comisiones que faltan.
- Elaborar una memoria anual de denuncias y sanciones deontológicas.
- Homogeneizar criterios.
- Dar soporte y formación.
- Valorar dificultades.
- Elaborar propuestas conjuntas para aproximar la deontología a las y los colegiadas/os.

2. Metodología

Se realiza un enfoque cualitativo basado en la investigación-acción participativa (IAP), que promueva la implicación activa de los actores implicados, basado en la exploración de dinámicas sociales, la colaboración interinstitucional y la construcción de objetivos mediante una acción colectiva.

La IAP se selecciona como marco metodológico por su capacidad para promover la participación activa de todos los colegios profesionales y favorecer la construcción de conocimiento, siendo ambos elementos claves para conseguir propuestas consensuadas.

Cada Colegio Profesional nombra una persona representante que no se concibe únicamente como aportador y receptor de información aislada, sino que cada uno de los miembros debe tener implicación activa en todo el proceso.

El proceso de creación de la Red Nacional se ha estructurado en 5 fases desde junio 2023-actualidad:

- Identificación de todas las Comisiones Deontológicas que hay a nivel nacional (provinciales y autonómicas) a través de una revisión exhaustiva tanto estatutaria como de la información disponible de los distintos Colegios Profesionales.
- Asesoramiento y colaboración en el desarrollo de las comisiones que faltan a través de la creación de un grupo de trabajo a nivel nacional con representantes de todos los Colegios y Consejos Autonómicos, junto con la elaboración de documentos para su constitución.
- Homogenización de criterios a través de la elaboración y revisión de una plantilla informativa junto con los reglamentos internos sobre la composición, requisitos de selección y funciones de las distintas Comisiones, así como de la instrucción y sanciones deontológicas.
- Soporte y formación a los miembros de las Comisiones Deontológicas en materia de Bioética y Deontología profesional.
- Reuniones periódicas con enfoque cualitativo con exploración de dinámicas sociales, colaboraciones y construcción conjunta de objetivos a través de una acción participativa.

3. Resultados

3.1. Identificación de todas las Comisiones Deontológicas y asesoramiento y colaboración en su desarrollo

La primera reunión de la RNCDE se celebró el 20 de noviembre de 2023 y en ella participaron representantes de 36 Colegios Profesionales. De este primer encuentro se terminaron de identificar las Comisiones Deontológicas existentes, junto con propuestas para su desarrollo e implementación.

En la actualidad, tal como se observa en la Imagen 1, existen 42 Comisiones Deontológicas en España, participando la CDNE en la impulsión de cuatro de ellas desde la creación de la RNCDE.



Imagen 1: Comisiones Deontológicas de Colegios Profesionales de Enfermería en España (elaboración propia).

De los Consejos Autonómicos, existen cinco Comisiones Deontológicas Autonómicas en España, pertenecientes a la Comunidad Valenciana, Cataluña, Andalucía, Canarias y Castilla-León participando la CDNE en el impulso de tres de ellas desde la creación de la RNCDE.

Un aspecto clave es que a pesar de su importancia como se ha visto, no todos los colegios profesionales tienen recogida la creación de este órgano en sus estatutos, estando sólo presente en 34 de los 52 colegios de España (Imagen 2). Sin embargo, tampoco queda recogido en los estatutos propios del Consejo General de la Enfermería (CGE), que agrupa a todos los colegios profesionales de España, en su Real Decreto de 1231/2001, de 8 de noviembre, por lo que se hace imprescindible su actualización para la incorporación expresa de estos órganos colegiales, partiendo tanto del propio CGE como de los Colegios provinciales.

Deontológica, desde la CDNE se indica que la pertenencia a ambos órganos dificulta e imposibilita el carácter independiente de la comisión. La gran mayoría cuenta con un reglamento interno y, como se observó anteriormente, están presentes en el 65% de los estatutos de los Colegios Provinciales. (Tabla 2)

INFORMACIÓN COMISIONES DEONTOLÓGICAS	DATOS
Colegio Provincial/ Consejo Autonómico	Nombre
¿HAY CONSTITUIDA UNA COMISIÓN DEONTOLÓGICA?	SI/NO
COMPOSICIÓN	Número y designación cargos: 3-10 (media 5)
CRITERIOS DE SELECCIÓN	<ul style="list-style-type: none"> - Años experiencia: 5-10 - Colegiación en dicho Colegio Provincial - No en expedientes disciplinario - Formación/Experiencia Bioética/Deontología (83%) - Pertenencia a Juntas de Gobierno (SI EN VARIOS COLEGIOS)
FUNCIONES	<ul style="list-style-type: none"> - Instrucción de denuncias deontológicas. (Explicar cómo se realiza y número aproximado de denuncias al año) - Asesoramiento sobre ética profesional - Formación y Difusión en Deontología/ Bioética (Cursos/Jornadas) - Publicación de recomendaciones éticas
REGLAMENTO INTERNO	<ul style="list-style-type: none"> - SI 75% - INCLUIDO ESTATUTOS
PÁGINA WEB	<ul style="list-style-type: none"> - SI (COMISIONES, SERVICIOS, COLEGIO, TRANSPARENCIA)
RENOVACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> - 2-6 años con posibilidad de renovación

Tabla 2. Información Comisiones Deontológicas.

La tercera reunión de la RNCDE se celebró el 16 de septiembre de 2024 y en ella participaron 36 Colegios Provinciales, excusando su presencia un total de 9 representantes. En este tercer encuentro se continúa trabajando en la renovación del Código Deontológico.

En el año 2023 se recibieron 27 denuncias deontológicas a nivel nacional, siendo el maltrato al paciente y familia su principal motivo. Al final de ese año, 8 denuncias estaban en proceso de instrucción y 19 se habían resuelto de la siguiente manera: 6 sanciones y 13 sobreseimientos. La totalidad de las sanciones tuvieron el carácter de leves (tabla 3).

PLANTILLA INFORME	INFORMACIÓN DEONTOLÓGICA
Nº de denuncias recibidas	27
Denunciante	7 Familiares 5 Pacientes 11 Profesionales 3 Institución 1 Otros
Motivo denuncia	2 Mala praxis Fármacos 6 Mala praxis cuidados de enfermería 9 Mal trato paciente y/o familia 1 Toma de decisiones 9 Otros
Nº de denuncias en fase de instrucción por parte de Comisión Deontológica	8
Nº de denuncias resueltas por Junta de Gobierno	19
Resoluciones	Sobreseimiento 13 Sanción 6
Tipos de Sanción	Leve 6 Grave 0 Muy grave 0

Tabla 3. Denuncias deontológicas

También se identificaron varias áreas de mejora:

- Se observa una escasa participación del colectivo en todo lo referente a la deontología, a la vez que existe poca preocupación por los problemas éticos.
- Existe una gran dificultad a la hora de conseguir miembros para las comisiones deontológicas y que además tengan formación específica. Se plantea la posibilidad de que se valore su reconocimiento para oposiciones o carrera profesional.
- Es necesario desarrollar plantillas comunes para denuncias deontológicas, así como una mayor formación en la fase de instrucción para los miembros de las diferentes comisiones.
- Hay que actualizar el Código Deontológico de enfermería.
- Es interesante realizar una jornada nacional anual para poner en común aspectos de ética y deontología, así como proyectos comunes.

3.3. Soporte y formación a los miembros de las Comisiones Deontológicas

En relación con la formación en el periodo de 2023/2025, la CDNE ha realizado formación básica en bioética y deontología en 2 Colegios Profesionales: Santa Cruz de Tenerife y Pontevedra. También una formación más avanzada en Deontología e Instrucción de casos en 11 Colegios: Teruel, Gran Canaria, Santa Cruz de Tenerife, Ciudad Real, Lugo, Zaragoza, Segovia, Murcia, Jaén, Álava y Palencia.

En cuanto a las plantillas comunes para la instrucción de denuncias deontológicas, la CDNE ha elaborado un documento de recomendaciones para realizar el procedimiento por infracción de normas deontológicas, así como una plantilla para el asesoramiento en la instrucción de casos¹ (Figura 3), así como la elaboración de plantillas para el asesoramiento en la instrucción de casos.



Imagen 3: Fases del procedimiento por infracción de norma deontológica (elaboración propia).

3.4. Jornadas deontológicas

El 27 de febrero de 2025 se celebró la I Jornada Deontológica Nacional de Enfermería como foro de encuentro y reflexión entre todas las Comisiones Deontológicas, con el título: “La deontología como base de la profesión”, donde participaron expertos en ética y deontología, tanto a nivel nacional como internacional, ya que se realizó una revisión de los principales códigos deontológicos que han servido de inspiración para la actualización del Código Deontológico de la Enfermera Española, como el elaborado por el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) o el de la Asociación Americana de Enfermería (AMA). En esta jornada

¹ Vid. Recomendaciones para realizar el procedimiento por infracción de normas deontológicas. CDNE CGE. Junio 2024: <https://www.consejogeneralenfermeria.org/institucional/comision-deontologica-nacional-de-enfermeria/documentos-de-interes/send/156-documentos-de-interes/2724-recomendaciones-para-realizar-el-procedimiento-por-infraccion-de-normas-deontologicas>

también se recordaron los tres ejes principales sobre los que se sustenta la Deontología Profesional: la excelencia profesional, una guía de conducta y, por último aunque no menos importante, la vigilancia y la sensibilización, ya que a través de los códigos deontológicos se establecen las normas de obligado cumplimiento que recogen los compromisos éticos que las enfermeras contraemos con la profesión y la sociedad, delimitando conductas inadecuadas y promoviendo los valores profesionales.

4. Conclusiones

Aun considerando las limitaciones que están relacionadas con la heterogeneidad organizativa y funcional de las diferentes comisiones deontológicas existentes, la disparidad normativa en los estatutos de cada Colegio Profesional y la necesidad de instaurar y consolidar procedimientos comunes de funcionamiento, el fin último de la RNCDE es constituirse en un referente ético a nivel nacional, proporcionando criterios homogéneos que orienten tanto la evaluación de posibles infracciones deontológicas como la toma de decisiones en conflictos éticos.

El valor añadido de la RNCDE no debe residir únicamente en la estandarización de marcos normativos, sino que debe tener capacidad para fomentar una cultura de deliberación y de respeto que trascienda lo meramente normativo, donde los procesos de análisis se articulen mediante una metodología rigurosa que abarque la deliberación estructurada, la revisión de casos y la creación de recomendaciones homogéneas. Esta dinámica debe servir para superar un enfoque meramente sancionador, impulsando un modelo basado en los principios de la bioética y la deontología.

De cara al futuro, es imprescindible plantear la colaboración con todas las profesiones sanitarias, fortaleciendo la integridad interprofesional, ya que tanto la práctica clínica como la gestión del cuidado presentan una naturaleza que excede los límites de nuestra disciplina enfermera. La colaboración con otras profesiones sanitarias –especialmente medicina, psicología, farmacia, fisioterapia y trabajo social – nos debe permitir abordar mejor los problemas complejos del cuidado y acercarnos más a la excelencia de los estándares de calidad asistencial.

De igual manera, un correcto posicionamiento institucional de la RNCDE requiere potenciar su participación en foros científicos, redes europeas de ética profesional y organismos de elaboración normativa, con el fin de contribuir a la generación de evidencia científica, la estandarización de buenas prácticas en el ejercicio profesional y la incorporación de la dimensión bioética en las políticas públicas de salud.

Por último, la uniformización de criterios deontológicos no debe tener como fin la uniformidad absoluta. Su objetivo principal es demostrar que la ética no es un simple complemento, sino que es el fundamento que da sentido a la práctica enfermera.

Maximiliano J. Valverde Jerez

Enfermero Asistencial Servicio Canario de Salud

Tayra Velasco Sanz

Profesora de Bioética y Cuidados Paliativos en la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología
UCM

tavela01@ucm.es

Esperanza Alonso Jiménez

Vocal CDNE. Enfermera especialista en Enfermería del Trabajo. Codirectora Académica del CUSET del ISCIII. Presidenta Comisión Deontológica del CODEPA

Alicia Resano Gurpegui

Vocal CDNE. Enfermera Asistencial Servicio Navarro Salud Osasunbidea

Encarnación Martínez García

Vocal CDNE. Departamento de Enfermería de la Universidad de Granada. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Servicio Canario Salud

La Comisión Deontológica Nacional de Enfermería (CDNE) del CGE está integrada por: Tayra Velasco Sanz; María F. Jiménez Herrera; Maximiliano José Valverde Jerez; Esperanza M. Alonso Jiménez; Sonia Escribano Martínez; Carmelo Sergio Gómez Martínez; Encarnación Martínez García; María Teresa Meneses Jiménez; Alicia Resano Gurpegi; M. Isabel Trespaderne Beracieto

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Barcelona. (s.f.). *Estatuts del Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Barcelona*. <https://pbcoib.blob.core.windows.net/coib-publish/invar/e393106f-5d63-4fb0-a774-3e0f425ffce8>

Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Girona. (s.f.). *Estatuts del Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Girona*. <https://cido.diba.cat/estatuts/355147/estatuts-del-collegi-oficial-dinfermeres-i-infermers-de-girona>

Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Lleida. (2011). *Estatuts del Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Lleida*. https://dibaaps.diba.cat/vnis/temp/CIDO_dogc_2011_06_20110607_11146098.pdf

Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Tarragona. (s.f.). *Estatuts del Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Tarragona*. <https://cido.diba.cat/estatuts/353045/estatuts-del-collegi-oficial-dinfermeres-i-infermers-de-tarragona-collegi-oficial-dinfermeres-i-infermers-de-tarragona>

Col·legi Oficial d'Infermeria de les Illes Balears. (2018). *Estatuts del Col·legi Oficial d'Infermeria de les Illes Balears*. <https://infermeriabalea.com/wp-content/uploads/2022/04/Estatuts-collegials-publicats-2018.pdf>

Colegio Oficial de Diplomados de Enfermería de León. (s.f.). *Estatutos Colegio Oficial de Diplomados de Enfermería de León*. <https://colegioenfermerialeon.com/wp-content/uploads/2020/05/Estatutos-Colegio-Leon.pdf>

Colegio Oficial de Diplomados en Enfermería de Ávila. (s.f.). *Estatutos Colegio Oficial de Diplomados en Enfermería de Ávila*. <https://enfermeriaavila.com/wp-content/uploads/2020/01/Estatutos-Colegio-Enfermeria-%CC%81a-A-%CC%81vila.pdf>

Colegio Oficial de Diplomados en Enfermería de Gipuzkoa. (s.f.). *Estatutos Colegio Oficial de Diplomados en Enfermería de Gipuzkoa*. <https://coegi-prod.s3.eu-west-1.amazonaws.com/transparencies/estatutos/estatutosCOEGI.pdf>

Colegio Oficial de Diplomados en Enfermería de Soria. (s.f.). *Estatutos Colegio Oficial de Diplomados en Enfermería de Soria*. <https://enfermeriasegovia.com/wp-content/uploads/2019/01/Estatutos-Colegio-Enfermeria-Segovia-Web.pdf>

Colegio Oficial de Diplomados en Enfermería del Principado de Asturias. (2024). *Estatutos Colegio Oficial de Diplomados en Enfermería del Principado de Asturias*. <https://miprincipado.asturias.es/bopa/2024/09/23/2024-07878.pdf>

Colegio Oficial de Enfermería de Albacete. (2023). *Estatutos Colegio Oficial de Enfermería Albacete*. https://docm.jccm.es/docm/descargarArchivo.do?ruta=2023/02/08/pdf/2023_787.pdf&tipo=rutaDocm

Colegio Oficial de Enfermería de Almería. (2023). *Estatutos del Colegio Oficial de Enfermería de Almería*. <https://colegioenfermeriaalmeria.org/wp-content/uploads/sites/68/2023/11/ESTATUTOS-DEL-COLEGIO-OFICIAL-DE-ENFERMERIA-DE-ALMERIA.-BOJA-num.-144-de-28-de-julio-de-2023.pdf>

Colegio Oficial de Enfermería de Burgos. (s.f.). *Estatutos Colegio de Diplomados en Enfermería de Burgos*. <https://www.consejogeneralenfermeria.org/normativa/normativa-de-colegios-profesionales/send/168-ambito-provincial/1206-estatutos-colegio-profesional-de-enfermeria-de-burgos>

Colegio Oficial de Enfermería de Cáceres. (s.f.). *Estatutos Colegio Oficial de Enfermería de Cáceres*. <https://www.consejogeneralenfermeria.org/normativa/normativa-de-colegios-profesionales/send/168-ambito-provincial/1207-estatutos-colegio-profesional-de-enfermeria-de-caceres>

Colegio Oficial de Enfermería de Córdoba. (s.f.). *Estatutos Colegio Oficial de Enfermería de Córdoba*. <https://colegioenfermeriacordoba.com/wp-content/uploads/2024/06/Estatutos.pdf>

Colegio Oficial de Enfermería de Cuenca. (s.f.). *Estatutos Colegio Oficial de Enfermería Cuenca*. https://www.enfermeriacuenca.com/uploads/files/documentacion/estatutos_colegio.pdf

Colegio Oficial de Enfermería de Granada. (s.f.). *Estatutos Colegio Oficial de Enfermería de Granada*. <https://www.consejogeneralenfermeria.org/normativa/normativa-de-colegios-profesionales/send/55-ambito-autonomico/1215-estatutos-colegio-profesional-de-enfermeria-de-granada>

Colegio Oficial de Enfermería de Guadalajara. (s.f.). *Estatutos Colegio Oficial de Enfermería de Guadalajara*. <https://codegu.es/estatutos/>

Colegio Oficial de Enfermería de Huelva. (2024). *Estatutos Colegio Oficial de Enfermería de Huelva*. https://colegiooficialdeenfermeriadehuelva.es/wp-content/uploads/sites/77/2024/05/BOJA24-099-00046-45261-01_00302210.pdf

Colegio Oficial de Enfermería de Huesca. (s.f.). *Estatutos Colegio Oficial de Enfermería de Huesca*. <https://www.colegioenfermeriahuesca.org/wp-content/uploads/2019/01/Estatutos-BOA.pdf>

Colegio Oficial de Enfermería de La Rioja. (s.f.). *Estatutos Colegio Oficial de Enfermería de La Rioja*. https://www.colegioenfermeriarioja.org/wp-content/uploads/sites/73/2023/05/ESTATUTOS_COLEGIO_ENFERMERIA_01.pdf

Colegio Oficial de Enfermería de Las Palmas. (2024). *Estatutos Colegio Oficial de Enfermería de Las Palmas*. https://www.celp.es/wp-content/uploads/2024/02/BOC_estatutos_CELP.pdf

Colegio Oficial de Enfermería de Madrid. (s.f.). *Estatutos Colegio Oficial de Enfermería de Madrid*. <https://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/2d765fdd-8499-4a95-b4aa-29ae623499da/06D6E266-B19C-4ED4-BC55-8408DF875A9E/ef3c9f74-4132-470f-b6d5-33598088e7e9/ef3c9f74-4132-470f-b6d5-33598088e7e9.pdf>

Colegio Oficial de Enfermería de Málaga. (2009). *Estatutos Colegio Oficial de Enfermería de Málaga*. https://cdn.colenfermalaga.com/documents/estatutos_boja_110_10_06_2009.pdf

Colegio Oficial de Enfermería de Palencia. (s.f.). *Estatutos Colegio de Diplomados en Enfermería de Palencia*. https://enfermeriapalencia.com/wp-content/uploads/2021/06/borrador_estatutos_col_enf_palencia.pdf

Colegio Oficial de Enfermería de Salamanca. (s.f.). *Estatutos Colegio Oficial de Enfermería de Salamanca*. <https://enfermeriasalamanca.com/colegio-profesional-de-enfermeria-salamanca/estatutos/>

Colegio Oficial de Enfermería de Valladolid. (s.f.). *Estatutos Colegio de Diplomados en Enfermería de Valladolid*. <https://www.consejogeneralenfermeria.org/normativa/normativa-de-colegios-profesionales/send/168-ambito-provincial/1248-estatutos-colegio-profesional-de-enfermeria-de-valladolid>

Colegio Oficial de Enfermería de Zamora. (s.f.). *Estatutos Colegio Oficial de Enfermería de Zamora*. <https://enfermeriazamora.com/colegio-profesional-de-enfermeria-zamora/estatutos/>

Colegio Oficial de Enfermería de Zaragoza. (2025). *Estatutos Colegio de Enfermería de Zaragoza*. <https://www.ocez.net/wp-content/uploads/sites/80/2025/02/estatutoscolegio.pdf>

Colegio Oficial de Enfermeras de Navarra-Nafarroako. (2024). *Estatutos Colegio Oficial de Enfermeras de Navarra-Nafarroako*. https://coenav.com/static/Estatutos_2024.pdf

Comisión Deontológica Nacional de Enfermería. (2025a). *Borrador Código Ético y Deontológico de la Enfermería Española*. Consejo General de Enfermería. https://www.consejogeneralenfermeria.org/images/Borrador_Codigo_Deontolgico.pdf

Comisión Deontológica Nacional de Enfermería. (2025b). *Consideraciones sobre la confidencialidad como responsabilidad profesional*. Consejo General de Enfermería. <https://www.consejogeneralenfermeria.org/institucional/comision-deontologica-nacional-de-enfermeria-documentos-de-interes/send/156-documentos-de-interes/3033-consideraciones-cdne-confidencialidad>

Consejo General de Enfermería. (2023). *Resolución nº 2/2023 del Consejo General Enfermería por la que se aprueba el reglamento interno de la Comisión Deontológica Nacional de Enfermería*. https://www.consejogeneralenfermeria.org/images/iconosCDNE/Reglamento_CDNE.pdf

Colegio de Enfermería de Bizkaia. (s.f.). *Estatutos Colegio Enfermería Bizkaia*. <https://www.enfermeriabizkaia.org/colegio/estatutos>

Real Decreto 1231/2001, de 8 de noviembre, por el que se aprueban los Estatutos Generales de la Organización Colegial de España, del Consejo General y de Ordenación de la actividad profesional de enfermería. (2001). Boletín Oficial del Estado, 269. <https://www.boe.es/eli/es/rd/2001/11/08/1231>

¿Cuál es la participación de los profesionales de la reproducción asistida en los Comités de Ética Asistencial?

RESUMEN

Los Comités de Ética Asistencial (CEA) orientan en la resolución de los problemas éticos que se presentan en la práctica clínica y proponen pautas de actuación. Sin embargo, en España no disponemos de datos para conocer cuál es la participación de los profesionales de la reproducción asistida en los Comités de Ética Asistencial. El objetivo de este trabajo es conocer cuál es el grado de participación de los profesionales de la medicina reproductiva en los Comités de Ética Asistenciales.

PALABRAS CLAVE

Reproducción asistida, comités de ética asistencial.

ABSTRACT

Clinical Ethics Committees (CECs) offer support in analyzing such dilemmas and guiding decision-making. However, in Spain the degree of involvement of assisted reproduction professionals in CECs remains unknown. The aim of this study was to determine the level of involvement of reproductive medicine professionals in Clinical Ethics Committees in Spain and to assess their perceptions of the usefulness of these committees.

KEYWORDS

Assisted reproduction, clinical ethics committees.

Introducción

La Reproducción Asistida ha experimentado avances médicos y tecnológicos enormes, antes inimaginables. El número de tratamientos realizados en todo el mundo continúa en aumento, y millones de niños han nacido ya gracias a estos procedimientos.

Tradicionalmente, desde la perspectiva médica, los dilemas morales del ejercicio profesional se resolvían siguiendo las directrices de la moral religiosa y de los códigos deontológicos. En la actualidad, sin embargo, predomina la influencia del derecho como mecanismo de armonización de valores en conflicto dentro de una sociedad plural en lo ético y lo cultural. Esto implica el deber de cumplir con la legislación vigente, lo que a veces lleva a pensar que la verdad reside únicamente en las decisiones judiciales y que la única responsabilidad es la legal.

No obstante, las técnicas de reproducción asistida (TRA) han generado multitud de interrogantes éticos que van más allá de los enfoques religiosos o jurídicos. Para afrontarlos, diversas sociedades científicas en distintos países han desarrollado guías y recomendaciones específicas. En España, a excepción del Código Ético elaborado por el Grupo de Ética y Buena Práctica Clínica de la Sociedad Española de Fertilidad, no consta una

guía que agrupe todos los conflictos éticos que pueden originar estos procedimientos, y las recomendaciones y manuales se ciñen más a los aspectos técnicos que a los problemas morales.

En cualquier tratamiento médico suelen intervenir dos agentes morales: el equipo asistencial y los pacientes. Mediante el diálogo y el intercambio de información, ambas partes consensuan la aplicación de una técnica con un objetivo determinado. En cambio, en las TRA interviene además un agente potencial vinculado a su finalidad: el futuro niño. La labor de los profesionales de la medicina reproductiva se centra, por tanto, en un aspecto especialmente sensible para muchos ciudadanos: el deseo de tener descendencia.

Las altas expectativas puestas en los avances tecnológicos, la incertidumbre inherente a los resultados, las limitaciones temporales de los tratamientos o la apertura hacia una “medicina del deseo” pueden originar tensiones que exigen un análisis profundo. Las parejas que buscan tener un hijo constituyen un colectivo especialmente vulnerable y, en algunos casos, susceptible de explotación. Por ello, en el ámbito de la medicina reproductiva resulta imprescindible reflexionar para evitar que criterios estrictamente económicos sustituyan el compromiso ético inherente a la labor médica.

Este enfoque obliga a los especialistas en reproducción a ofrecer un trato cuidadoso y respetuoso tanto a los pacientes como a los potenciales niños que nacerán mediante estas técnicas.

En el marco de las relaciones clínicas entre el profesional y el paciente, hay veces en las que el conflicto es tan agudo que ya no existe posibilidad de resolverlo dentro de la propia relación. Por eso conviene que las instituciones sanitarias, y en este caso, los centros de reproducción asistida tengan instancias específicas de resolución de conflictos éticos, que además eviten que estos traspasen los límites del ámbito sanitario y lleguen a los tribunales. Por todos estos motivos, son necesarios órganos capaces de establecer criterios que ayuden en la toma de decisiones éticas de forma inseparable al correcto ejercicio de la práctica clínica. A tal efecto se han creado los comités institucionales de ética (CIE) o comités asistenciales de ética (CEA), compuestos por representantes de los diferentes estamentos sanitarios y por algunos miembros de la comunidad. La función de tales comités, que por lo general tienen carácter consultivo y no decisorio, es mediar en los conflictos éticos y ayudar en la toma de decisiones en aquellos casos en los que se pida consejo.

Sin embargo, en España no se dispone de datos sobre la participación de los profesionales de la reproducción asistida en dichos comités.

El objetivo de este trabajo es conocer cuál es el grado de participación de los profesionales de la medicina reproductiva en los Comités de Ética Asistencial (CEA).

1. Métodos

Durante el mes de marzo de 2025 se envió una encuesta online a los directores médicos de los 50 mayores centros privados de reproducción asistida en España.

Para asegurar que todos los encuestados manejen un nivel de información que les permita contestar las preguntas, se introdujo el siguiente párrafo explicativo:

En ocasiones aparecen conflictos éticos en la práctica clínica de la reproducción asistida. Los Comités de Ética Asistenciales (CEA) son órganos consultivos que nos ayudan a tomar decisiones cuando nos enfrentamos a un conflicto ético. Sin embargo, no existe información sobre la participación de los profesionales de la reproducción asistida en los CEA. Por eso, le invitamos a que participe en la siguiente encuesta, sólo le llevará unos minutos. Por supuesto, los datos son absolutamente anónimos, y en ningún caso se revelará su identidad.

Tras el cierre de la encuesta, las respuestas se examinaron detalladamente mediante un proceso iterativo. Cada respuesta fue revisada, transformándose en preguntas de investigación pertinentes.

Se realizaron las siguientes preguntas:

1. ¿Le surgen a menudo dudas éticas en el desempeño de su labor como profesional de la reproducción asistida? (nunca, casi nunca, a veces, casi siempre, siempre).

2. En los conflictos éticos, ¿a quién acude? (a nadie, los resuelvo yo mismo; a los compañeros; a un experto en bioética; a un asesor legal; al Comité de Ética del centro).

3. ¿Existe un Comité de Ética Asistencial asociado a su centro? (sí; no; lo desconozco).

4. ¿Ha presentado Vd. o algún compañero del equipo algún caso de problema ético al CEA? (sí; no; lo desconozco).

5. ¿Cree que son útiles los CEA para resolver conflictos éticos en reproducción asistida? (sí; no; no sabe o no contesta).

2. Resultados

42 centros de reproducción contestaron a la encuesta lo que representa un 84% de índice de respuestas.

- Dudas éticas: 36 profesionales (85,7%) refirieron haber tenido alguna vez dudas éticas en su práctica como profesional de la reproducción asistida; 3 casi nunca y 2 casi siempre (Gráfica 1).
- A quién consultan: 10 recurren a un CEA (23,8%), 11 a un experto en bioética (26%), 13 a un asesor legal (31%) y 8 a compañeros (19%) (Gráfica 2).
- Existencia de CEA: 22 profesionales (52,4%) afirman que existe un CEA asociado a su centro; 13 cree que no (31%), y 7 lo desconocen (16,7%) (Gráfica 3).
- Envío de casos al CEA: 21 participantes (50%) han remitido algún caso; 16 no lo han hecho nunca (38%) (Gráfica 4).
- Utilidad percibida: 92,6% considera útil la existencia de un CEA para resolver conflictos éticos en reproducción asistida (Gráfica 5).

3. Discusión

No existe hasta la fecha una norma del Estado que regule las cuestiones relativas a los CEAS, siendo, en consecuencia, una competencia que corresponde a las comunidades autónomas, sin perjuicio de la influencia que, en su ámbito de competencias, puedan tener los dictámenes del Comité de Bioética de España (de Lecuona, 2007).

Los Comités de Ética Asistencial están muy desarrollados en los hospitales privados del estado español. El 50% de los CEAs se encuentran representados en Cataluña, seguidos de la Comunidad de Madrid y el País Vasco. Esta implantación es mucho más sólida en aquellos hospitales donde la representación es estable y donde el CEA lleva funcionando plenamente más de dos/tres años tratando casos y colaborando en la elaboración o revisión de protocolos de actuación, en especial de consentimientos informados (Barroso, 2002)

En cuanto a los centros de reproducción asistida, según el Registro Nacional de Actividad (SEF), en 2022 se analizaron 336 centros que realizan técnicas de reproducción asistida. Sin embargo, no existe un registro público centralizado (a nivel nacional) que relacione directamente todos los centros de reproducción asistida con la presencia de un CEA especializado para esas clínicas.

La ausencia de datos claros y centralizados parece indicar que no es una práctica común ni sistemática que todas las clínicas de reproducción asistida tengan un CEA específico dedicado solo a reproducción asistida. Muchos centros probablemente dependen de los comités de ética del hospital general (CEA hospitalarios) si los tienen. Además, el envío de los casos al CEA puede depender de muchos factores: si el caso es percibido como “ético complejo”, si el centro tiene cultura de consulta ética, si el CEA está accesible para casos asistenciales de reproducción, etc.

Tampoco hay evidencia de un sistema de monitorización pública nacional que exija que las clínicas de reproducción reporten cuántos casos llevan al CEA cada año específicamente por temas reproductivos.

De todo ello se deriva la necesidad de conocer cual es la experiencia de los profesionales de la reproducción asistida en la resolución de conflictos éticos por los Comités de Ética Asistencial. Ya que de los 336 centros que realizan técnicas de reproducción asistida se encuentran unidades pequeñas y otras incluidas en

hospitales públicos, que ya cuentan con un CEA, se han elegido únicamente los centros privados en los que se realiza mayor número de tratamientos.

Los resultados de este estudio ofrecen una primera aproximación empírica al grado de interacción entre los profesionales de la reproducción asistida en España y los Comités de Ética Asistencial (CEA), un ámbito del que, como se ha comentado previamente, hasta ahora apenas existían datos publicados. La encuesta revela que la gran mayoría de profesionales (36 de 42) experimentan dudas éticas en algún momento de su práctica, lo que confirma que la reproducción asistida es un campo clínico con un elevado potencial de conflicto moral debido a la complejidad de sus decisiones, la diversidad de escenarios clínicos y la sensibilidad social y normativa que caracteriza a esta especialidad. Este hallazgo subraya la importancia de disponer de mecanismos estructurados de deliberación ética.

Cuando se analizan los recursos a los que los profesionales recurren para resolver dichas dudas, el panorama que se dibuja es heterogéneo y fragmentado. Solo 10 encuestados acuden al CEA, lo que representa menos de un 24%, mientras que otros buscan apoyo en asesores legales (13), expertos en bioética (11) o compañeros del propio centro (8). Este patrón sugiere que los CEA no constituyen, para muchos clínicos, la primera opción ante un conflicto ético. En parte, podría deberse a factores organizativos —como la accesibilidad real al comité o la rapidez de respuesta—, pero también podría reflejar una cultura profesional donde se prioriza la resolución interna, informal o legalista de los problemas éticos, frente a la deliberación institucionalizada que ofrecen los CEA. El uso relativamente frecuente del asesoramiento legal apunta además a una percepción de riesgo regulatorio o litigiosidad que puede condicionar la toma de decisiones éticas en este ámbito.

Estos resultados podrían también explicarse por el estancamiento experimentado en los últimos años en los CEA por la falta de formación ética de sus miembros, lo que comporta el riesgo de deslizamiento hacia una mera relatividad y subjetividad ética y lo incapacita para su correcto funcionamiento (Gracia, 91; Barreda, 2001; Abel, 2006).

Respecto a la existencia de un CEA asociado al centro, la mitad de los encuestados (22) afirman que sí existe, pero un dato relevante es que 7 profesionales lo desconocen, lo que pone de manifiesto una falta de información interna sobre los mecanismos éticos disponibles. Este desconocimiento resulta llamativo, especialmente en un campo con una alta sensibilidad ética, y puede limitar la utilización efectiva del comité incluso cuando existe. No obstante, el hecho de que 21 participantes declaren haber presentado algún caso al CEA muestra que cuando existe familiaridad con el comité, su uso no es anecdótico, sino que forma parte de la experiencia profesional de un número considerable de clínicos.

A pesar de estas variaciones en la utilización, existe un amplio consenso sobre la utilidad de los CEA: 36 encuestados los consideran valiosos para resolver conflictos éticos en reproducción asistida. Esta valoración positiva, combinada con el bajo uso real del comité en comparación con otras fuentes de apoyo, sugiere un desajuste entre la percepción de utilidad y la integración efectiva del CEA en la práctica diaria. Este fenómeno puede interpretarse como una oportunidad para reforzar la visibilidad, accesibilidad y formación en el funcionamiento de los CEA dentro de los centros de reproducción asistida.

Un hallazgo a destacar es la coexistencia de una alta frecuencia de dudas éticas y, al mismo tiempo, una importante dispersión en las vías de resolución. Esto evidencia una falta de estandarización en la gestión institucional del conflicto ético dentro de los centros. La diversidad de patrones de consulta muestra que la ética clínica en reproducción asistida sigue dependiendo en gran medida de la cultura organizacional de cada centro y de las preferencias individuales de los profesionales, más que de un marco institucional homogéneo.

4. Conclusiones

En conjunto, los resultados ponen de manifiesto la necesidad de reforzar el papel formal de los CEA en la práctica clínica reproductiva. La presencia de dudas éticas frecuentes, el reconocimiento generalizado de la utilidad del comité y el uso significativo que algunos profesionales hacen de él apuntan a que los CEA podrían desempeñar un papel más central si existieran políticas internas más claras, así como una mayor integración de la deliberación ética en los protocolos asistenciales. Además, el estudio pone de relieve la conveniencia de mejorar la visibilidad, formación y comunicación interna sobre la existencia y funciones de los CEA.

Finalmente, la variabilidad observada respalda la idea, ya señalada en análisis previos, de que la reproducción asistida es un ámbito donde la reflexión ética institucionalizada es especialmente necesaria, pero donde, paradójicamente, existe una carencia estructural de datos y de integración sistemática con los CEA. Este trabajo contribuye a llenar parcialmente ese vacío y proporciona una base para futuras investigaciones orientadas a comprender las barreras, facilitadores y determinantes de la participación de los profesionales en los comités de ética asistencial.

Rocío Núñez Calonge
Directora Científica del Grupo UR Internacional
rocioncalonge@gmail.com

La autora declara no tener ningún conflicto de interés.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abel, F. (2006). Comités de ética asistencial. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 29(Supl. 3), 75-83.

Barreda, D. (2001). Comités asistenciales de ética en las instituciones sanitarias. En T. Requena (Ed.), *Problemas éticos en la práctica del farmacéutico de hospital*. Ediciones Mayo.

Barroso Asenjo, P., & Calvache Pérez, L. (2002). Comités de Ética Asistencial (CEA) en España y en Europa. *Revista Bioética y Ciencias de la Salud*, 5(2), 1-19.

De Lecuona, I. (2007). La regulación española de los Comités de Ética y las novedades introducidas por la nueva ley de investigación biomédica. *Revista de Bioética y Derecho, Extra*, 83-92.

Gracia, D. (1991). *Procedimientos en ética clínica*. Eudema.

Sociedad Española de Fertilidad. (s.f.). *Código Ético del Grupo de Ética y Buena Práctica Clínica de la Sociedad Española de Fertilidad*.
http://www.sefertilidad.net/docs/grupos/etica/CodigoEticoSEF_1_6_12_ALTA.pdf

Gráficos

Gráfico 1.

¿Le surgen a menudo dudas éticas en el desempeño de su labor profesional en RA? 42 respuestas.



Gráfico 2.

¿En los conflictos éticos, a quién acude? 42 respuestas.

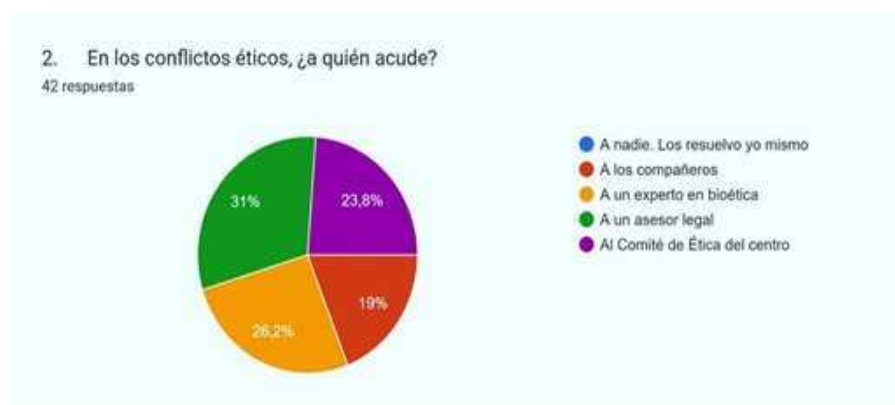


Gráfico 3.

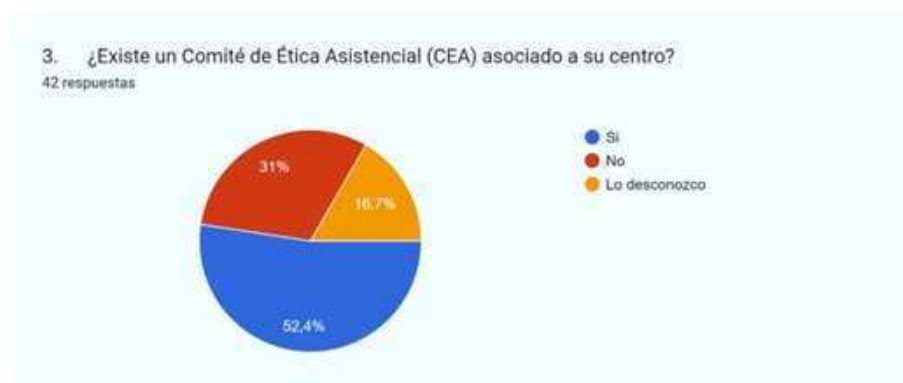


Gráfico 4.

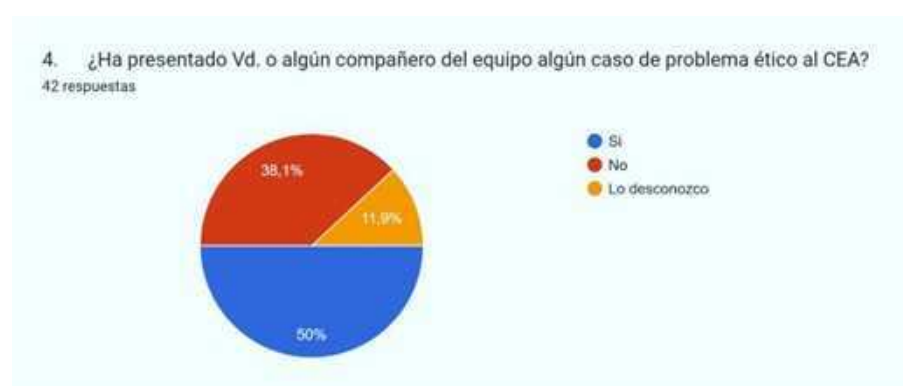
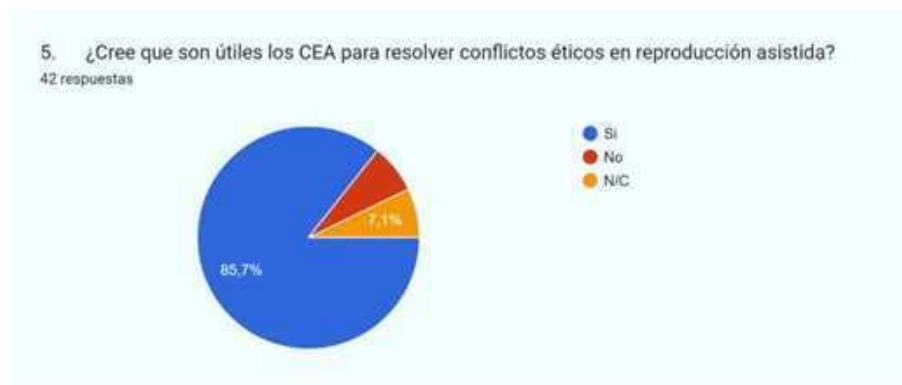


Gráfico 5.



Reseña: XVII Congreso Nacional de Bioética ABFyC "Contrarrestar la violencia: deliberando para un cuidado responsable" Teruel, 23-25 de octubre de 2025

Entre los días 23 y 25 de octubre de 2025, la ciudad de Teruel se convirtió en ágora de la bioética española al acoger el XVII Congreso Nacional de la Asociación de Bioética Fundamental y Clínica (ABFyC). El evento, coorganizado con el Colegio Oficial de Enfermería de Teruel (en el marco de sus VI Jornadas contra la Violencia) y el Instituto de Estudios Turolenses, no fue sólo una reunión académica, sino un verdadero ejercicio de resistencia reflexiva. Bajo el lema "Contrarrestar la violencia: deliberando para un cuidado responsable", en el congreso asumimos el reto examinar las violencias visibles e invisibles que atraviesan nuestras estructuras sociales y sanitarias, y de situar la deliberación no solo como procedimiento, sino como exigencia ética básica para la convivencia en sociedades plurales.

La elección de Teruel como sede no fue accidental ni anecdótica. En el contexto de la llamada "España vaciada", formada por territorios llenos de vidas, cuidados y proyectos, celebrar un congreso nacional de estas características supuso situar la bioética en la periferia geográfica para centrarla en el núcleo de la justicia distributiva. La Mesa de Debate sobre "Escenarios de desigualdad en áreas rurales" marcó el tono del encuentro, entrelazando la bioética con los determinantes sociales de la salud. Las intervenciones de Carme Borrell, al abordar las desigualdades en salud desde una visión de contexto y no sólo individual, junto a la presentación de proyectos como DESERT y Rural-Frail, evidenciaron que la falta de recursos y los "desiertos alimentarios o de ejercicio" en zonas despobladas constituyen una forma de violencia estructural. José Antonio Seoane cerró este bloque recordando, a través del informe del Comité de Bioética de España, que la universalidad del acceso al sistema de salud es una exigencia ética innegociable.

El armazón teórico del congreso se sostuvo sobre dos pilares que dialogaron entre el inicio y el final del encuentro. Jesús Conill, en su conferencia inaugural, "El poder de la violencia y la debilidad de la razón deliberativa" exploró la tensión entre el poder fáctico de la violencia y la "debilidad" intrínseca de la razón deliberativa. Recordó que la deliberación exige una condición de posibilidad: la amistad cívica. Sin un sustrato de reconocimiento mutuo, la razón queda inerte frente a la fuerza. Esta tesis fue recogida y ampliada en la clausura por Diego Gracia, en su conferencia "Deliberación para la no violencia: Responsabilidad y ciudadanía", retomando la tradición aristotélica, advirtió que una sociedad regida exclusivamente por la justicia, entendida como deberes perfectos, se vuelve inhabitable. Gracia abogó por recuperar los deberes imperfectos, la beneficencia y, fundamentalmente, el perdón, como herramientas para romper la espiral de violencia y "ajustar" lo que el conflicto desajusta.



La dimensión ecológica y planetaria, una urgencia ineludible para la bioética contemporánea, fue abordada con lucidez por Antonio Campillo. Su ponencia "Cómo habitar la tierra: de la posesión al cuidado" invitó a pasar de una lógica de propiedad a otra de habitabilidad temporal. Campillo alertó sobre el grave deterioro climático y analizó los nueve límites planetarios, planteando una ética del cuidado que desborde cualquier mirada antropocéntrica. La responsabilidad ya no se dirige solo a la generación presente, sino también a las que vendrán y a la biosfera en su conjunto, en la línea de lo que describió como la tarea de ser "buenos antepasados".

En la mesa "Ética ciudadana y resolución de conflicto", Koldo Martínez hizo un recorrido por su biografía y su implicación en el diálogo y en el rechazo de la violencia y reflexionó sobre hasta qué punto la deliberación puede contribuir a resolver conflictos desde el punto de vista de su dedicación política. Tomás Domingo defendió la fricción como oportunidad para deliberar desde la pluralidad de valores, citando a Ricoeur y Gadamer, que definía la deliberación como "el arte de no poder tener la razón". Galo Bilbao completó este horizonte al presentar un enfoque de justicia restaurativa orientado a escuchar y sostener a las víctimas del terrorismo, e incorporar sus voces de manera efectiva en las políticas públicas. Todo ello dibujó un modelo de ética cívica que aspira a gestionar los desacuerdos sin expulsar a nadie del espacio común.

En la mesa "Violencia y mujer", Silvia Mateos analizó la violencia obstétrica y la necesidad de revisar la atención al nacimiento. Lucía Soraya Sánchez reivindicó la educación sexual integral como herramienta preventiva frente a las violencias sexuales y de género. Ester Massó se centró en la lactancia, en diálogo con la experiencia del parto, y reivindicó la libertad de cada mujer para decidir cómo alimentar a la infancia a su cargo, señalando el peso de las condiciones laborales y los apoyos comunitarios en esas decisiones. La equidad de género aparecía así no solo como reivindicación política, sino como condición para una ética del cuidado que respete la autonomía real de las mujeres.

Este enfoque de género se vio reforzado por el diálogo "La paz es el camino para la paz". Carmen Magallón puso en valor la agencia política de las mujeres en la construcción de la paz, cuestionando su invisibilización histórica en los procesos de negociación y memoria. Julián Casanova aportó una perspectiva histórica sobre las formas de violencia que han atravesado el siglo XX y lo que llevamos del XXI, ayudando a situar los retos éticos actuales en una genealogía más amplia.

La bioética clínica y organizativa ocupó un espacio central en la mesa "Contra el desperdicio de la experiencia". Joan Ramón Laporte y Abel Novoa ofrecieron una reflexión incisiva sobre la medicalización de la vida y el secuestro de la evidencia por intereses comerciales, describiendo una "sociedad intoxicada". Por su parte, Lluís Montoliu y César Loris pusieron el foco en la integridad científica, alertando sobre nuevos desafíos como el fraude en la investigación impulsado por la inteligencia artificial generativa.

La mirada se dirigió también "al cuidado como respuesta a la violencia en los entornos asistenciales", donde la frontera entre cuidado y violencia puede ser difusa. La mesa desveló las violencias sutiles en el trato a personas mayores y con diversidad funcional, así como la violencia estructural que supone la falta de cuidados paliativos, denunciada por Rogelio Altisent. En este contexto, la ética del cuidado propuesta por Irene Comins y María Jesús Goikoetxea se presentó no como una opción estética, sino como la única respuesta técnica y moralmente competente ante la vulnerabilidad extrema.

La participación fue intensa, con seis talleres precongresuales que agotaron plazas, con especial interés en los dedicados a los problemas éticos y clínicos en la prestación de ayuda para morir y el abordaje integral del dolor y del sufrimiento, así como con la presentación de 54 comunicaciones orales. Este conjunto hizo visible la vitalidad de la investigación bioética en nuestro país y su creciente imbricación con los determinantes sociales de la salud, la práctica clínica, la organización de los servicios y la reflexión política.

El XVII Congreso Nacional de la ABFyC en Teruel ha reafirmado que la bioética no puede ser una disciplina de salón, ajena a los desgarros del mundo. Al deliberar sobre la violencia, se ha puesto de manifiesto que el cuidado responsable exige competencia técnica, compromiso político con la justicia y una profunda calidad humana para afrontar desigualdades que se expresan de forma entrecruzada en los cuerpos de mujeres y hombres, en la infancia, en las personas mayores, en quienes viven en la pobreza o en territorios rurales y en quienes sufren racismo o capacitismo. Como recordó Diego Gracia, somos seres que necesitamos perdonar y ser perdonados para poder seguir construyendo, juntos, una vida que merezca la pena ser vivida.



David Navarrete-Villanueva, Concha Gómez Cadenas y Concha Thomson Llisterri

Cajón de bioética y más

Cine y deliberación bioética: contrarrestar la violencia desde el relato

El cine, cuando se toma en serio la condición humana, se convierte en un espacio privilegiado para pensar la violencia y, sobre todo, para explorar cómo podemos responder a ella sin reproducirla. No basta con mostrar el daño: lo importante es interrogarlo, comprender sus raíces, sus mecanismos y sus efectos sobre las vidas concretas. Algunas películas logran precisamente eso: transformar la violencia en una pregunta ética, en un ejercicio de deliberación que nos invita a imaginar alternativas más humanas. En ese sentido, dialogan profundamente con la bioética, preocupada por la vulnerabilidad, la dignidad y la responsabilidad en contextos donde la violencia —explícita o silenciosa— amenaza con imponerse como norma.

En *Gran Torino* (*Gran Torino*, 2008, EE. UU./Australia/Alemania, Dir. Clint Eastwood), la violencia aparece como un hábito sedimentado, casi un reflejo cultural. Walt Kowalski encarna



esa dureza aprendida, pero el encuentro con sus vecinos lo obliga a revisar sus certezas. La película muestra que la transformación ética no surge de un gesto heroico, sino de un proceso lento de reconocimiento del otro, de apertura a la alteridad. La decisión final de Walt no es un sacrificio redentor, sino una renuncia deliberada a perpetuar el daño. Es un acto de lucidez moral que revela que la ética, cuando se toma en serio, exige revisar la propia biografía.

Hotel Rwanda (*Hotel Rwanda*, 2004, Reino Unido/Sudáfrica/Italia, Dir. Terry George) sitúa la violencia en su

expresión más extrema, pero incluso allí la ética no desaparece. Paul Rusesabagina resiste no desde la fuerza, sino desde el cuidado, la hospitalidad y la responsabilidad hacia quienes dependen de él. La película recuerda que, incluso en los escenarios más devastadores, existe un margen para actuar desde la compasión y la justicia. No se trata de idealizar, sino de reconocer que la ética puede abrir grietas de humanidad en medio del horror, y que esas grietas son decisivas para sostener la vida.



En *Billy Elliot* (*Billy Elliot*, 2000, Reino Unido, Dir. Stephen Daldry), la violencia es simbólica y estructural: la de un entorno que castiga la diferencia y limita los horizontes vitales. La danza se convierte en un acto de resistencia pacífica, una afirmación del propio deseo que no busca imponerse sobre

nadie. La película muestra que combatir la violencia cultural requiere creatividad, apoyo mutuo y la valentía de sostener la propia identidad sin convertirla en arma. Es una ética del florecimiento, que reivindica la posibilidad de vivir de manera auténtica incluso en contextos adversos.

Incendies (*Incendies*, 2010, Canadá/Francia, Dir. Denis Villeneuve) nos confronta con la violencia histórica y familiar entrelazadas. La búsqueda de los hermanos es también un viaje hacia la comprensión, no para justificar, sino para romper la cadena del odio. La película rehúye cualquier consuelo fácil y nos recuerda que comprender es un acto ético en sí mismo, un paso necesario para no repetir el daño. La verdad, cuando se asume con responsabilidad, puede convertirse en un punto de inflexión moral.



concreta de habitar los vínculos.

En *La clase* (*Entre les murs*, 2008, Francia, dir. Laurent Cantet), la violencia cotidiana —la de las palabras, los gestos, las desigualdades— se combate con una ética de la relación: escuchar, negociar, reconocer la vulnerabilidad propia y ajena. La justicia, aquí, no se construye con grandes discursos, sino con prácticas diarias de respeto y cuidado. La película muestra que la ética no es un ideal abstracto, sino una forma

El hijo (*Le fils*, 2002, Bélgica/Francia, Dirs. Jean-Pierre y Luc Dardenne) plantea quizá la pregunta más incómoda: si es posible mirar al agresor sin reducirlo a su acto. El protagonista, enfrentado al joven que mató a su hijo, encarna un proceso de deliberación moral que no es lineal ni limpio. La película muestra que la ética real es tensa, ambivalente, corporal. Y, aun así, abre un espacio para la reconciliación entendida no como absolución, sino como reconocimiento de la humanidad compartida. Es una invitación a pensar la justicia desde la responsabilidad y no desde la revancha.



La lengua de las mariposas (1999, España, Dir. José Luis Cuerda) añade otra dimensión: la violencia política que irrumpe en la vida cotidiana y destruye la confianza. Frente a ella, la



relación entre el maestro y el niño encarna una ética de la palabra, de la libertad y del cuidado. La educación aparece como una forma de resistencia que siembra semillas de humanidad incluso en tiempos oscuros. La película recuerda que la ética también se aprende, se cultiva y se transmite.

En esta misma línea, *Mar adentro* (2004, España/Italia/Francia, Dir. Alejandro Amenábar)

permite introducir una reflexión imprescindible: la promoción de la autonomía como forma de contrarrestar ciertas violencias menos visibles, como el paternalismo, la imposición moral o la negación de la propia voz. La historia de Ramón Sampedro muestra que la autonomía no es un ejercicio aislado ni una reivindicación individualista, sino una capacidad situada que requiere condiciones de posibilidad: escucha, acompañamiento, reconocimiento y diálogo.



La película invita a pensar que respetar la autonomía es también una forma de resistir la violencia simbólica que se ejerce cuando se desoye la experiencia del otro o se decide por él. Algo que es tan consustancial a la bioética, como promover la autonomía también es una forma de contrarrestar la violencia, al fortalecer la capacidad de las personas para deliberar sobre su propia vida

y participar activamente en las decisiones que les afectan.

Todas estas películas, tan distintas entre sí, comparten una intuición fundamental: la violencia no es un destino inevitable. Frente a ella, la deliberación ética —esa capacidad de detenerse, pensar, dialogar y elegir desde los valores— se convierte en un antídoto poderoso. Pero no es un antídoto fácil. Requiere compromiso, responsabilidad y un esfuerzo continuado. No basta con un gesto puntual ni con una emoción pasajera: es una práctica que se cultiva, que se ejercita, que se sostiene incluso cuando resulta incómoda o contracorriente.

La bioética, con su insistencia en la dignidad, la autonomía, la vulnerabilidad y el cuidado, ofrece un marco fértil para comprender estas narrativas. Y aquí es donde cobra especial relevancia lo que Tomás Domingo y Lydia Feito han defendido en sus trabajos: la *deliberación narrativa* como vía para comprender el contexto, las historias de vida, las relaciones y las circunstancias que configuran cada decisión moral. No se trata solo de analizar principios, sino de leer las situaciones como relatos habitados por personas concretas. El cine, al mostrarnos vidas atravesadas por decisiones difíciles, nos recuerda que la ética no es teoría abstracta, sino una forma de estar en el mundo. Una forma que, cuando se elige de manera consciente y perseverante, puede contrarrestar la violencia y abrir caminos de solidaridad, justicia y florecimiento humano. No es ingenuidad: es responsabilidad. Es asumir que cada decisión —por pequeña que parezca— puede inclinar la balanza hacia el daño o hacia el cuidado, hacia la destrucción o hacia la vida.

Lydia Feito

Acontecimientos, Noticias, Novedades

- [Primer Congreso Internacional de Bioética y Ambiente](#). Voces de la Tierra: narrativas bioéticas sobre el buen vivir. 12-15/01/2026
- [20.º Seminario Internacional de la Cátedra UNESCO de Bioética de la Universidad de Barcelona](#): “20 años de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO: Nuevas tecnologías genéticas”. 5/02/2026 Observatorio de Bioética y Derecho - Cátedra Unesco de Bioética - Máster en Bioética y Derecho de la Universidad de Barcelona.
- [14th International Conference on Ethics Education](#). IAEE. Shaping the Future: Educating Responsible Professionals. 24-26/06/2026. Amsterdam (The Netherlands).
- [Conference “Existential Threats and Other Disasters: Novel \(Bio\)ethical Solutions for Novel Challenges”](#). Center for the Study of Bioethics – Hastings – CUHK – Columbia. Paris (France) 11-12/06/2026.
- [18th World Congress of Bioethics](#). Comforting and disturbing bioethics. 8-10/07/2026. Johannesburg (South Africa). & Feminist Approaches to Bioethics Congress. 6-7/07/2026.
- [38th European Society for Philosophy of Medicine and Healthcare \(ESPMH\) Conference](#). The Dynamics of Medical Transformations: Society, Technology, Knowledge and Ethics. Rotterdam, The Netherlands, 25- 28/08/2026
- [European Association of Centres of Medical Ethics \(EACME\) Annual Conference](#). Leuven, Belgium. 24-26/09/2026

Bibliografía y fuentes de Bioética



- Moreno, J. Absolutely essential. Bioethics and the Rules-Based International Order. The MIT Press, 2025.
- Carter, M. (ed.) The Bloomsbury Handbook of Care Ethics. Bloomsbury Academic, 2025.
- Ortega, R. y Puyol, A. (eds.) Con la salud pública no se juega. Plaza y Valdés, 2025.
- Amo, R. (ed.) Identidad en perspectiva bioética. UPCo, 2025.
- Herreros, B. Bioética clínica. Un puente entre la medicina y los valores. Almuzara, 2025.
- Cruz, M., Hortal, J., Puyol, A. (coords.) Ética y salud pública. Propuestas para su integración institucional. Plaza y Valdés, 2025.
- Ford, P.J., Dudzinski, D.M. (eds.) Complex Ethics consultations. 2ª ed. Cambridge University Press, 2025.
- Roth, A. LGBTQ+ Family-Making, Reproductive Ethics, and the (Re)Shaping of Family Values. Routledge, 2025.
- Braga, J. (ed.) Ethics of care. Theoretical and practical perspectives. Springer, 2025.
- Illes, J., Perreault, M. (eds.) Crosscultural Perspectives on Mind and Brain. Academic Press, 2025.

Información para autores/as



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



Information for authors



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



Bioética *Complutense*