

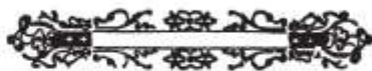
GACETA MEDICA DE CARACAS

Fundada el 13 de marzo de 1893

por el

DR. LUIS RAZETTI

Órgano de la Academia Nacional de Medicina
y del Congreso Venezolano de Ciencias Médicas



VOLUMEN 134 - Supl 3

Octubre 2026

Caracas - Venezuela

Indizada en

AMELYCA, AURA, BASE, BASE DE DATOS PERIODICA, BIBLAT,
BIREME, CABELLS SCHOLARLY ANALYTICS, CROSS REF, DIRECTORY
OF OPEN ACCESS JOURNAL(DOAJ), Elsevier Scopus, EuroPub, GOOGLE
ANALYTICS, GOOGLE SCHOLAR, Latindex, LILACS, MIAR, ORCID,
PUBLONS, PubMed, REDIB, Research Gate, REPOSITORIO SABER UCV,
SCIELO, SCIMAGO, WEB OF SCIENCE, WORLDCAT

Gaceta Médica de Caracas

Órgano oficial de la Academia Nacional de Medicina
y del Congreso Venezolano de Ciencias Médicas
Fundada el 13 de marzo de 1893
por el

Dr. Luis Razetti

Primer número publicado el 15 de abril de 1893

Editor en Jefe
Dr. Enrique López-Loyo

Editoras invitadas
Maritza Padrón, Gladys Velázquez

Volumen 134

Suplemento 3

octubre 2026

Í N D I C E

EDITORIAL

Maritza Padrón, Gladys Velázquez	S696
----------------------------------	------

ARTÍCULOS ORIGINALES

Hitos en la historia de la bioética Isis Nezer de Landaeta	S698
---	------

Tendencias en bioética latinoamericana Isis Nezer de Landaeta	S707
--	------

Responsabilidad médica: una aproximación Carlos Simón Bello Rengifo	S712
--	------

Intrusismo médico: entre lo ético y lo legal Germán Rojas	S728
--	------

Consideraciones bioéticas sobre la terapia génica Isis Nezer de Landaeta	S740
---	------

La niñez desde la perspectiva bioética Gladys Velázquez	S750
Autonomía en la odontología pediátrica Gabriel Alejandro Zambrano Blondell	S763
Investigación odontológica en niños Gabriel Alejandro Zambrano Blondell	S769
Ética del cuidado Elizabeth Piña de V., María Antonia Lombardi	S782
De la soledad a la soledad. I Alicia Ponte Sucre, Irene Pérez Schael, María Soledad Tapia	S793
De la soledad a la soledad. II Alicia Ponte Sucre, Irene Pérez Schael, María Soledad Tapia	S810
El morir dignamente y eutanasia María Antonia Lombardi, Elizabeth Piña de V.	S822
Sedación profunda en enfermos terminales Fabio Fuenmayor	S835
Reflexiones sobre donación de órganos Anabela Arminio Recalde	S843
Integridad vs. fraude científico Romy Casbarro Arriaga	S847
Arbitraje de publicaciones biomédicas Rosa Gabriela Rondón Rodríguez	S853
Tecnologías de la información y la comunicación: impacto en niños y adolescentes Maritza Padrón-Nieves, Alicia Ponte Sucre	S863
Digitalización y vigilancia epidemiológica Romy Casbarro Arriaga	S882
La bioética: una respuesta social María Antonia Lombardi	S889

Gaceta Médica de Caracas

Official Journal of the National Academy of Medicine
and the Venezuelan Congress of Medical Sciences

Founded March 13, 1893

by

Dr. Luis Razetti

The first number was published on April 15, 1893.

Editor in Chief

Dr. Enrique López-Loyo

Invited Editors

Maritza Padrón, Gladys Velázquez

Volume 134

Supplement 3

October 2026

I N D E X

EDITORIAL

Maritza Padrón, Gladys Velázquez S696

ORIGINAL ARTICLES

Milestones in the History of Bioethics
Isis Nezer de Landaeta S698

Trends in Latin American Bioethics
Isis Nezer de Landaeta S707

Medical Liability: An Overview
Carlos Simón Bello Rengifo S712

Medical intrusion: Between ethical and legal
Germán Rojas S728

Bioethical considerations regarding gene therapy
Isis Nezer de Landaeta S740

Childhood from a bioethical perspective Gladys Velázquez	S750
Autonomy in paediatric dentistry Gabriel Alejandro Zambrano Blondell	S763
Dental research in children Gabriel Alejandro Zambrano Blondell	S769
Ethics of Care Elizabeth Piña de V., María Antonia Lombardi	S782
From loneliness to solitude, a life project. I Alicia Ponte Sucre, Irene Pérez Schael, María Soledad Tapia	S793
From loneliness to solitude, a life project. II Alicia Ponte Sucre, Irene Pérez Schael, María Soledad Tapia	S810
Dying with dignity and euthanasia María Antonia Lombardi, Elizabeth Piña de V.	S822
Deep sedation in terminally ill patients Fabio Fuenmayor	S835
Reflections on organ donation Anabela Arminio Recalde	S843
Integrity vs. Scientific Fraud Romy Casbarro Arriaga	S847
Peer Review of Biomedical Publications Rosa Gabriela Rondón Rodríguez	S853
Information and communication technologies: impact on children and adolescents Maritza Padrón-Nieves, Alicia Ponte Sucre	S863
Digitalization and epidemiological surveillance Romy Casbarro Arriaga	S882
Bioethics: A Social Response María Antonia Lombardi	S889

Academia Nacional de Medicina

Junta Directiva

2026-2028

Presidente: Dr. Felipe Martín Piñate
Vicepresidente: Dr. Andrés Soyano López
Secretario: Dr. Carlos Cabrera Lozada
Tesorera: Dra. Miriam Marcano Torres
Bibliotecario: Dr. Franco Calderaro Di Ruggiero

Individuos de Número

Sillón I: [Dra. Aixa Müller de Soyano](#)

Sillón III: [Dr. Marco Sorgi Venturoni](#)

Sillón V: [Dr. José Manuel De Abreu Do Monte](#)

Sillón VII: [Dr. Carlos Cabrera Lozada](#)

Sillón IX: [Dr. Franco Calderaro Di Ruggiero](#)

Sillón XI: [Dr. Saúl Kizer Yorniski](#)

Sillón XIII: [Dr. José Francisco](#)

Sillón XV: [Dr. Víctor Ruesta](#)

Sillón XVII: [Dra. Isis Nézer de Landaeta](#)

Sillón XIX: [Dra. Lilia Cruz de Montbrun](#)

Sillón XXI: [Dra. Claudia Blandenier de Suárez](#)

Sillón XXIII: [Dr. José A. O'Daly Carbonell](#)

Sillón XXV: [Dr. Felipe Martín Piñate](#)

Sillón XXVII: **Vacante**

Sillón XXIX: [Dr. José Luis Cevallos González](#)

Sillón XXXI: [Dr. Enrique López Loyo](#)

Sillón XXXIII: [Dra. Miriam Marcano Torres](#)

Sillón XXXV: [Dr. Israel Montes de Oca](#)

Sillón XXXVII: [Dr. Juan Antonio Yabur Tarrazzi](#)

Sillón XXXIX: [Dra. Doris Perdomo de Ponce](#)

Sillón II: [Dr. Miguel José Saade Aure](#)

Sillón IV: [Dr. Rafael Muci Mendoza](#)

Sillón VI: [Dr. Saúl Krivoy](#)

Sillón VIII: [Dr. Eduardo Morales Briceño](#)

Sillón X: [Dr. José Ramón Poleo](#)

Sillón XII: [Dra. Enriqueta Sileo](#)

Sillón XIV: [Dr. Oscar Beaujón Rubín](#)

Sillón XVI: [Dr. Harry Acquatella M](#)

Sillón XVIII: [Dr. José M Guevara Iribarren](#)

Sillón XX: [Dr. Pedro Faneite Antique](#)

Sillón XXII: [Dr. Huniades Urbina-Medina](#)

Sillón XXIV: [Dr. Andrés Soyano López](#)

Sillón XXVI: [Dr. Claudio Aoñin Soulie](#)

Sillón XXVIII: [Dr. Luis Ceballos García](#)

Sillón XXX: **Vacante**

Sillón XXXII: [Dra. Ofelia Uzcátegui U.](#)

Sillón XXXIV: [Dr. Sergio Osorio Morales](#)

Sillón XXXVI: **Vacante**

Sillón XXXVIII: [Dr. Rafael Apitz Castro](#)

Sillón XL: **Vacante**

- **Electos.** Al hacer clic en el Sillón se accede al historial de Dres., que ocuparon previamente el Sillón pulsado. ** Al hacer clic sobre el nombre, la información del ocupante actual

Miembros Correspondientes Nacionales

- Puesto 1. Dra. Eddy Verónica Mora (Carabobo)
Puesto 2. Dr. José Alberto Briceño Polacre (Trujillo)
Puesto 3. Dr. Jorge García Tamayo (Zulia)
Puesto 4. **Vacante**
Puesto 5. **Vacante**
Puesto 6. Dr. Carlos Rojas Malpica (Carabobo)
Puesto 7. Dra. Laura C Vásquez de Ricciardi (Trujillo)
Puesto 8. Dr. Jesús Enrique González Alfonso (Caracas)
Puesto 9. Dr. Oswaldo Guerra Zagarzazu (Carabobo)
Puesto 10. Dr. Saúl Peña Arciniegas (Caracas)
Puesto 11. Dr. José Alejandro Corado Ramírez (Carabobo)
Puesto 12. Dra. Evelyn Figueroa de Sánchez (Carabobo)
Puesto 13. [Dr. Alejandro Teppa](#) (Caracas)
Puesto 14. Dr. Rafael María Rosales Acero (Táchira)
Puesto 15. Dra. María Eugenia Landaeta (Caracas) *
Puesto 16. [Dra. Carla Lozada](#) (Carabobo)
Puesto 17. Dr. Wilmar de Jesús Briceño Rondón (Barinas)
Puesto 18. Dra. Emely Zoraida Karam Aguilar (Caracas)
Puesto 19. Dr. Jesús Eduardo Meza Benítez (Carabobo)
Puesto 20. Dr. Eliezer Briceño (Mérida)*
Puesto 21. Dr. Jesús Alfonso Osuna Ceballos (Mérida)
Puesto 22. Dr. Felipe de Jesús Díaz Araujo (Zulia)
Puesto 23. Dra. Nelly Petit de Molero (Zulia)
Puesto 24. Dra. Alba Cardozo (Caracas)
Puesto 25. Dr. Alberto Paniz-Mondolfi (Lara)
Puesto 26. Dr. César Blanco Rengel (Caracas)
Puesto 27. Dr. Raúl Díaz Castañeda (Valera)
Puesto 28. **Vacante**
Puesto 29. **Vacante**
Puesto 30. Dra. Marianella Herrera Cuenca (Caracas)
Puesto 31. Dr. Nelson Urdaneta (Caracas)
Puesto 32. [Dr. Gastón Silva Cacavale](#) (Caracas)
Puesto 33. Dr. Saturnino Fernández (Caracas) *
Puesto 34. Dra. Laddy Casanova de Escalona (Carabobo)
Puesto 35. Dr. José Ramón Guzmán (Zulia)
Puesto 36. Dra. Freda Hernández Alem de París (Zulia) *
Puesto 37. Dr. José T. Nuñez Troconis (Zulia)
Puesto 38. **Vacante**
Puesto 39. Dr. Marino José González Reyes (Caracas)
Puesto 40. Dr. Luzardo Canache Campos (Aragua)
Puesto 41. **Vacante**
Puesto 42. Dra. Susana Blanco Sobrino (Caracas)
Puesto 43. **Vacante**
Puesto 44. Dr. José Andrés Octavio Seijas (Caracas)
Puesto 45. Dr. Antonio De Santolo (Caracas)
Puesto 46. [Dr. Aderito De Sousa](#) (Caracas)
Puesto 47. **Vacante**
Puesto 48. Dra. Janice Fernández de D'Pool (Zulia)
Puesto 49. Dra. Rosa Cedeño de Rincón (Zulia)
Puesto 50. Dr. Raúl Fachin Viso (Carabobo)

* Electos

Miembros Correspondientes Extranjeros

- | | |
|--|---|
| 1. Dr. Vladimir Hachinsky (Canadá) | 2. Dr. Remigio Vela Navarrete (España) |
| 3. Dr. Zoilo Cuellar Montoya (Colombia) | 4. Dr. Alvaro Rodríguez González (Colombia) |
| 5. Vacante | 6. Dr. Igor Palacios (Estados Unidos) |
| 7. Dr. Otto Gago (Estados Unidos) | 8. Dr. Francisco López Muñoz (España) |
| 9. Dr. Eduardo Pretell Zárate (Perú) | 10. Dr. Harold Zur Hausen (Alemania) |
| 11. Dr. Henry Lynch (Estados Unidos) | 12. Dr. Vicente Gutiérrez Maxwell (Argentina) |
| 13. Dr. J. Aurelio Usón Calvo (España) | 14. Dr. José Augusto Da Silva Messias (Brasil) |
| 15. Dr. Gianfranco Parati (Italia) | 16. Dr. Juan del Rey Calero (España) |
| 17. Dr. Jean Civatte (Francia) | 18. Dra. Carmen Luisa García de Insausti (España) |
| 19. Dr. Andrew V. Schally (Estados Unidos) | 20. Dr. Terence J Ryan (Inglaterra) |
| 21. Dr. Jean Pierre Delmont (Francia) | 22. Vacante |
| 23. Dr. Jörg G.D. Bikmayer (Austria) | 24. Dr. John Uribe M. (Estados Unidos) |
| 25. Dr. José Esparza (Estados Unidos) | 26. Dr. Augusto Bonilla Barco (Ecuador) |
| 27. Dr. Kenneth Kenyon (Estados Unidos) | 28. Dr. Gabriel Carrasquilla (Colombia) |
| 29. Dr. Janis V. Klavins (Estados Unidos) | 30. Vacante |

Invitados de Cortesía
(Dado su carácter todavía no son Académicos)

Dr. Arteaga Romero Rafael

Dr. Carvallo Pedro

Dr. Díaz Bolaños Jaime

Dr. Fernández S. Mariano

Dr. Gunczler Peter

Dra. García de Barriola Victoria

Dra. Mondolfi Gudat María Eugenia

Dr. Orta Sibú Nelsón

Dr. Reyes Morales Omar

Dr. Rojas Loyola Germán

Dr. Romero Guarecuco Jesús

Dr. Sanabria Borjas Tomás José

Dra. Badell Madrid Elvia

Dra. De Abaffy Steffens Anna María

Dra. Durán Maritza

Dr. Guarapo Rodríguez Cutberto

Dr. Miranda Sigfrido

Dr. Pérez Dávila Vicente

Dr. Rísquez Alejandro

Dr. Rodríguez Jesús

Dr. Romero Reverón Rafael

Dr. Sánchez Daniel

Dr. Torres Joselit

Dr. Stegemann Herbert

Comité Editorial de la Gaceta Médica de Caracas (Editorial Board)

Editor en jefe (Editor in Chief)

Dr. [Enrique Santiago López](#) (Academia Nacional de Medicina, Venezuela)

Editor Gerente (Senior Editor)

Dra. [Anita Stern de Israel](#) (Universidad Central de Venezuela, Venezuela)

Editores Honorarios (Honorary Editors in Chief)

Dr. Rafael Muci Mendoza (Neurooftalmólogo clínico. Individuo de Número IV, Academia Nacional de Medicina, Venezuela) Dra. Doris Perdomo de Ponce (Individuo de Número XXXIX, Academia Nacional de Medicina, México)

Editores Asociados (Associate Editors)

Dr. [Harry Acquatella](#) (Centro Médico de Caracas, Individuo de Número XVI, Academia Nacional de Medicina, Venezuela)

Dra. [Lissé Chiquinquirá Angarita Dávila](#) (Universidad Andrés Bello: Talcahuano, Concepción, Biobio, CL Chile)

Dr. Claudio Aoñ (Individuo de Número XXVI, Academia Nacional de Medicina, Venezuela)

Dr. [Gustavo Aroca](#) (Universidad Simón Bolívar, Colombia)

Dr. [Franco Calderaro di Ruggiero](#) (Servicio Oncológico Hospitalario IVSS- Academia Nacional de Medicina, Clínica Razetti, Venezuela)

Dra. [Lilia Cruz](#) (Escuela de Medicina “José María Vargas”, Universidad Central de Venezuela. Individuo de Número XIX, Academia Nacional de Medicina, Venezuela)

Dr. [Jorge Escobedo](#) (Academia Mexicana de Cirugía, México)

Dr. [Mariano Fernández](#) (Facultad de Medicina, Universidad Central de Venezuela, Invitado de Cortesía de la Academia Nacional de Medicina de Venezuela., Venezuela)

Dr. [José Francisco](#) (Academia Nacional de Medicina, Venezuela)

Dr. [José María Guevara](#) (Academia Nacional de Medicina, Venezuela)

Dr. [Saúl Kízer Yorniski](#) (Individuo de Numero XI, Academia Nacional de Medicina, Venezuela. Presidente de la Comisión de Obstetricia y Ginecología)

Dr. Saúl Krivoy (Individuo de Número VI, Academia Nacional de Medicina, EE. UU)

Dr. Felipe Martín Piñate (Academia Nacional de Medicina, Venezuela)

Dr. José Parra (Universidad de Guadalajara, México)

[Dra. Diana Marcela Rojas](#) (Universidad Andrés Bello: Talcahuano, Concepción, Biobio, CL, Chile)

Dr. Tomas Sanabria (Academia Nacional de Medicina, Venezuela)

Dra. [Enriqueta Sileo](#) (Academia Nacional de Medicina, Venezuela)

Dr. [Gastón Silva](#) (Academia Nacional de Medicina y Policlínica Metropolitana, Caracas, Venezuela)

Dr. Marco Sorgi (Academia Nacional de Medicina, Venezuela)

Dr. [Andrés Soyano](#) (Academia Nacional de Medicina, Venezuela)

Dr. [Huníades Urbina](#) (Academia Nacional de Medicina, Venezuela)

Dra. [Ofelia Uzcátegui](#) (Academia Nacional de Medicina Venezuela)

Dr. [Juan Yabur](#) (Academia Nacional de Medicina, Venezuela)

Comité Editorial de la Gaceta Médica de Caracas (Editorial Board)

Editores Ejecutivos (Executive Guest Editors)

- Dr. [Luis Alcocer](#) (Universidad Autónoma de México, México)
 Dr. [Ezequiel Bellorín Font](#) (Universidad de Cleveland, EE. UU)
 Dr. [Raúl Carlini](#) (Hospital Universitario, Caracas, Venezuela)
 Dr. Guillermo Colmenares (Academia Nacional de Medicina, Venezuela)
 Dr. [Manuel Guzmán Blanco](#) (Centro Médico de Caracas, Venezuela)
 Dr. [Zafar Israili](#) (Universidad de Emory, EE. UU)
 Dra. [Isis Nézer de Landaeta](#) (Presidenta, Academia Nacional de Medicina, Venezuela)
 Dra. [Alicia Ponte Sucre](#) (Instituto De Medicina-Universidad Central de Venezuela, Venezuela)
 Dr. [Heberto Suarez Roca](#) (Duke University Medical Center, University of North Carolina, University of Zulia)
 Dr. Herbert Stegeman (Academia Nacional de Medicina, Venezuela)

Editores de Sección (Section Editors)

- Dr. [Oscar Aldrey](#) (Instituto Médico, La Floresta, Venezuela)
 Dr. [Valmore Bermúdez](#) (Universidad Simón Bolívar, Colombia)
 Dra. [Claudia Blandenier de Suárez](#) (Academia Nacional de Medicina, Venezuela)
 Dr. [Claudio Borghi](#) (Universidad de Bologna, Italia)
 Dr. [Juan De Sanctis](#) (Universidad de Olomouc, República Checa)
 Dr. [José Esparza](#) (Academia Nacional de Medicina, EE.UU)
 Dr. [Luis Juncos](#) (J Robert Cade Foundation, Argentina)
 Dr. [Carlos Ferrario](#) (Universidad de Carolina del Norte, EE. UU)
 Dr. [Claudio Ferri](#) (Università Degli Studi Dell'aquila, Italia)
 Dr. [Patricio López Jaramillo](#) (Universidad Autónoma de Bucaramanga (UNAB), Colombia)
 Dr. Héctor Marcano (Hospital Universitario de Caracas, Venezuela)
 Dr. [Oscar Noya](#) (Instituto de Medicina Tropical, UCV, Venezuela)
 Dr. [José Andrés Octavio](#) (Hospital de Clínicas Caracas, Venezuela)
 Dr. José A O'Daly (Academia Nacional de Medicina, Venezuela)
 Dr. [Stefano Omboni](#) (Italian Institute Of Telemedicine, Italia)
 Dr. [Gianfranco Parati](#) (University Of Milano-Bicocca, Italia)
 Dr. [José Ramón Poleo](#) (Academia Nacional de Medicina, Venezuela)
 Dr. [Bernardo Rodríguez Iturbe](#) (Instituto Nacional Ignacio Chávez, México)
 Dr. [Félix Tapia](#) (Instituto De Biomedicina-Universidad Central De Venezuela, Venezuela)

Editores Asistentes (Assistant Editors)

- Dr. [Henry Collet Camarillo](#) (Clínica Ávila, Venezuela)
 Dr. [Freddy Contreras](#) (Universidad Central de Venezuela, Venezuela)
 Dr. Giuseppe Crippa (Unidad de Hipertensión Arterial Piacenza, Italia)
 Dra. [Maricarmen Chacín](#) (Universidad Simón Bolívar, Colombia)
 Dra. [María Sofía Martínez Cruz](#) (Universidad de Virginia, EE. UU)
 Dra. [Dolores Moreno](#) (Universidad Central de Venezuela- Facultad de Medicina, Venezuela)
 Dr. [Alexis García](#) (Instituto de Inmunología, Universidad Central de Venezuela, Venezuela)
 Dra. Jenny Garmendia (Instituto de Biología Molecular- Universidad Central de Venezuela, Venezuela)
 Dr. [Edward Rojas](#) (Universidad de Virginia, EE. UU)
 Dr. [Juan Salazar](#) (La Universidad del Zulía, Venezuela)



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Organo consultivo: Gaceta Oficial 4 de mayo 1904, ratificada 22 de octubre 1941

COMISIONES DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA 2026-2028

Los miembros de las Comisiones son árbitros de la Gaceta Médica de Caracas

CREDENCIALES

Acquatella Monseratte Harry
Aoun Soulie Claudio
Beaujon Rubín Oscar
Cevallos González José Luis
Faneite Antique Pedro
López-Loyo Enrique Santiago
Muci-Mendoza Rafael
Nézer de Landaeta Isis
Poleo José Ramón

hacquatella@gmail.com
caouns@gmail.com
obr9773582mbb@gmail.com
cevallosj1@gmail.com
faneitep@hotmail.com
lopezloyoe@gmail.com
rafaelmuci@gmail.com
landaetanezer@yahoo.com
jpoleo@gmail.com

Presidente: Beaujon Rubín Oscar

Secretario: Faneite Antique Pedro

1. COMISIÓN DE MEDICINA GENERAL Y ESPECIALIDADES MÉDICAS

Durán Maritza
Landaeta María Eugenia
Morales Briceño Eduardo
Müller Aixa
Octavio Andrés
Poleo José Ramón
Rojas Malpica Carlos
Stegemann Herbert

maritzamanueladaniela@gmail.com
mariaeugenialandaeta1@gmail.com
eduardomoralesb@gmail.com
asoyano@gmail.com
joseandres.octavio@gmail.com
jpoleo@gmail.com
carlucho2013@gmail.com
hstegema@gmail.com

Presidente: Poleo José Ramón

Secretario: Morales Briceño Eduardo

2. COMISIÓN DE CIRUGÍA, ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS Y ANATOMÍAPATOLÓGICA

Aoñin Soulie Claudio	caouns@gmail.com
Blanco Rengel César	cblanco1939@hotmail.com
Blandenier de Suarez Claudia	bds.ca18@gmail.com
Calderaro Di Ruggiero Franco	francocalderarod@hotmail.com
Cardozo Alba	cirujana13@gmail.com
De Abreu José Manuel	josemanueldeabreu@gmail.com
Díaz Bolaños Jaime	jaime.diazbolaos@gmail.com
García de Barriola Victoria	vickygbarriola@gmail.com
Krivoy Saúl	alfabeta38@gmail.com
López-Loyo Enrique Santiago	lopezloyoe@gmail.com
Martín Piñate Felipe	felipemartinp@yahoo.es
Miranda Sigfrido	sigfrido.miranda@gmail.com
Mora Eddy Verónica	veroinmuno@gmail.com
O'Daly Carbonel José Antonio	ncssvt.ivic@gmail.com
Romero Guarecuco Jesús	jesus.jg5.jrg@gmail.com
Saade Aure Miguel	miguelsaade@yahoo.com
Sorgi Marco	marcosorgiv@gmail.com

Presidente: Blanco Rengel César **Secretario:** Cardozo Alba

3. COMISIÓN DE PEDIATRÍA Y PUERICULTURA

Arteaga Romero Rafael	radar25@gmail.com
Badell Madrid Elvia	elvirenebadell@hotmail.com
Casanova Lady	lcasanova01@hotmail.com
Ceballos García Luis	luisceballosg@gmail.com
Francisco José Manuel	chenofra@gmail.com
García Tamayo Jorge	novapath@yahoo.com
Guevara Iribarren José	josemaguir@gmail.com
Hernández Freda	freda.hernández@gmail.com
Lobo David	davidloboker@gmail.com
Mondolfi María Eugenia	memondolfi@gmail.com
Orta Sibú Nelson	nelson.orta@gmail.com
Petit de Molero Nelly	nelcapetit61@gmail.com
Risquez Alejandro	risqueza@gmail.com
Rojas Loyola Germán	grojasloyola@gmail.com
Sileo Enriqueta	enriquetasileo6@gmail.com
Torres B Joselit	joselittorresb@gmail.com
Urbina-Medina Huniades	urbinaledina@gmail.com

Presidente: Arteaga Romero Rafael **Secretario:** Torres B Joselit

4. COMISIÓN DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

Cabrera Lozada Carlos	carloscabreralozada@gmail.com
Calderaro Di Ruggiero Franco	francocalderarod@hotmail.com
Canache Campos Luzardo Antonio	lcanchec@gmail.com
Faneite Antique Pedro	faneitep@hotmail.com
Kizer Saúl	kizeres@gmail.com
Lozada Sánchez Carla Elizabeth	carlaelozada@gmail.com
Núñez Troconis José	jtnunezt@gmail.com
Uzcátegui U. Ofelia	ofeluz135@gmail.com
Teppa G. Alejandro	ateppa@gmail.com
Yabur Juan A.	jayabur@gmail.com

Presidente: Canache Campos Luzardo Antonio **Secretario:** Calderaro Di Ruggiero Franco

5. COMISIÓN DE MEDICINA SOCIAL, SALUD PÚBLICA Y EDUCACIÓN MÉDICA

González Reyes Marino	marinogonzalez@gmail.com
Herrera Marianella	manyma@gmail.com
Lobo David	davidloboker@gmail.com
López-Loyo Enrique Santiago	lopezloyoe@gmail.com
Peña Arciniegas Saul	saulpena09@gmail.com
Sánchez Daniel	danielsanchez24@yahoo.com
Stegemann Herbert	hstegema@gmail.com
Yabur Juan Antonio	jayabur@gmail.com

Presidente: Peña Arciniegas Saul **Secretaria:** Herrera Marianella

6. COMISIÓN DE CIENCIAS BÁSICAS

Blanco Sobrino Susana	blancosobrino@gmail.com
Cevallos González José Luis	cevallosj1@gmail.com
De Abaffy Anna María	deabaffys@gmail.com
Montes de Oca Israel	israelmontesdeoca18@gmail.com
Rodríguez Ramírez Jesús	drjmrodriguezr@yahoo.es
Romero Reveron Rafael	rafa1636@yahoo.es

Presidente: Cevallos González José Luis **Secretario:** Blanco Sobrino Susana

7. COMISIÓN DE BIOÉTICA

Cabrera Lozada Carlos	carloscabreralozada@gmail.com
Carvallo Pedro	pcarvalloa@gmail.com
Díaz Araujo Felipe	felipediaz@doctor.com
García de Insausti Carmen	caymed@gmail.com
Miranda Sigfrido	sigfrido.miranda@gmail.com
Nézer de Landaeta Isis	landaetanezer@yahoo.com
Rojas Loyola Germán	grojasloyola@gmail.com
Sileo Enriqueta	enriquetasileo6@gmail.com

Presidente: Nézer de Landaeta Isis **Secretario:** Rojas Loyola Germán

8. COMISIÓN DE CULTURA Y HUMANISMO

Canache Luzardo	icanachec@gmail.com
Casanova de Escalona Laddy	lcasanova01@gmail.com
Figueroa Evelyn	esfigueroa@hotmail.com
Insausti Carmen	caymed@gmail.com
López-Loyo Enrique Santiago	lopezloyoe@gmail.com
Lozada Carla	carlaelozada@gmail.com
Marcano Torres Miriam	mmarcanot@hotmail.es
Rojas Malpica Carlos	carlucho2013@gmail.com

Presidenta: Marcano Torres Miriam **Secretario:** Lozada Carla

9. COMISIÓN DE BECAS, PREMIOS Y HONORES

Cardozo Alba	cirujana13@gmail.com
Cruz Lilia	lcr3118@gmail.com
Insausti Carmen	caymed@gmail.com
Krivoy Saúl	skrivoy@hotmail.com
Montes de Oca Israel	israelmontesdeoca18@gmail.com
Palacios Igor	ipalacios@mgh.harvard.edu
Perdomo de Ponce Doris	dorisdeponce21@gmail.com

Presidente: Krivoy Saúl

Secretario: Cardozo Alba

10. COMISIÓN DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL

Beaujon Rubín Oscar	obr9773582mbb@gmail.com
De Abaffy Anna María	deabaffys@gmail.com
Martín Piñate Felipe	felipemartinp@yahoo.es
Mora Eddy Verónica	veroinmuno@gmail.com
Sorgi Marco	marcosorgiv@gmail.com
Perdomo de Ponce Doris	dorisdeponce21@gmail.com
Romero Reveron Rafael	rafa1636@yahoo.es

Presidente: Sorgi Marco

Secretario: Mora Eddy Verónica

11. COMISIÓN DE PATRIMONIO HISTÓRICO

De la Parte María Antonieta	mariantonia.delaparte@gmail.com
García de Barriola Victoria	vickygbarriola@gmail.com
Insausti Carmen	caymed@gmail.com
López-Loyo Enrique Santiago	lopezloyoe@gmail.com
Marcano Torres Miriam	mmarcanot@hotmail.es
Rojas Malpica Carlos	carlucho2013@gmail.com
Romero G. Jesús	jesus.jg5.JRG@gmail.com

Normas para los autores de publicaciones en la Gaceta Médica de Caracas

1.- INTRODUCCIÓN

La revista [Gaceta Médica de Caracas](#) (GMC) es una publicación científica y divulgativa orientada a la biomedicina. Es el órgano oficial de la Academia Nacional de Medicina y del Congreso Venezolano de Ciencias Médicas. Se publica cuatro veces al año y recibe manuscritos inéditos que, de ser aceptados por el Editor Jefe para su publicación, no podrán ser publicados, total o parcialmente, en otra parte sin el consentimiento del Comité Editorial. El comité editorial de la GMC está integrado por el editor jefe y el editor gerente/editor sénior.

La GMC asume la buena fe intelectual del autor o de los autores. Por tanto, no tolera el plagio intelectual. En consecuencia, no se hace responsable el autor o los autores del plagio por las consecuencias legales. Su detección supondrá ipso facto la retractación del estudio por parte del Comité Editorial, sin menoscabo de otras sanciones.

La GMC sigue las Recomendaciones para la Preparación, Presentación, Edición y Publicación de Trabajos Académicos en Revistas Médicas, del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, conocidas como Recomendaciones ICMJE (**International Committee of Medical Journal Editors**). La versión oficial de este documento se encuentra en www.ICMJE.org y es la que debe citarse. Su revisión más reciente es de diciembre de 2019.

La GMC dará cabida a los estudios científicos realizados por profesionales de la medicina o de especialidades conexas que hayan sido presentados en la Academia Nacional de Medicina o en los Congresos de Ciencias Médicas, o que hayan sido enviados directamente al Comité Editorial.

Los manuscritos enviados a la GMC —escritos en español o en inglés— serán revisados por el Comité Editorial y, si reúnen la calidad científica y cumplen con las normas de presentación necesarias,

serán sometidos a un proceso de arbitraje externo, doble ciego, por pares con competencias similares a las de los autores del trabajo (pares), para su debida evaluación. Queda entendido que el Comité Editorial puede rechazar un manuscrito sin necesidad de recurrir al proceso de arbitraje si se incumple lo establecido.

La GMC solicitará, bajo la modalidad de donación a la Academia Nacional de Medicina, una cuota que será establecida e informada al autor una vez que su artículo haya sido aceptado. Esta donación permitirá cubrir los costos de producción editorial, publicación y asignación del DOI. Los miembros de la Academia Nacional de Medicina, los docentes de universidades nacionales y los miembros de sociedades científicas pertenecientes a instituciones ubicadas en Venezuela deberán realizar su donación mediante una cuota diferenciada, la cual también será establecida e indicada al autor tras la aceptación de su artículo.

Los manuscritos destinados a números especiales serán gestionados por los Editores Ejecutivos o Invitados, a quienes el Comité Editorial encomendará la coordinación integral del proceso. Estos Editores Ejecutivos serán responsables de la revisión inicial, el arbitraje académico y la edición final, todo ello bajo la supervisión del Comité Editorial.

Las decisiones del Comité Editorial respecto a cualquier manuscrito —ya sea arbitrado o no— son definitivas e inapelables.

Los comentarios y recomendaciones de los árbitros serán recibidos por escrito y enviados de manera anónima a los autores, lo que garantizará la confidencialidad del proceso de evaluación.

La GMC considerará contribuciones para las siguientes secciones:

- I. Editoriales.
- II. Artículos de revisión narrativa.

- III. Artículos primarios.
- IV. Congreso de Ciencias Médicas.
- V. Artículos por invitación del Comité Editorial
- VI. Casos clínicos.
- VII. Historia y filosofía de la medicina.
- VIII. Información epidemiológica.
- IX. Comunicaciones breves.
- X. El médico y la ley
- XI. Cartas al editor.
- XII. Imagen médica

2.- SECCIONES DE LA GACETA MÉDICA DE CARACAS

I. EDITORIALES

Esta sección estará dedicada al análisis y la reflexión sobre los problemas de salud de la población, los distintos enfoques preventivos y terapéuticos, así como los avances logrados en el campo de la investigación biomédica y otros que considere el Comité Editorial. Estas contribuciones pueden ser solicitadas o no por el Comité Editorial.

II. ARTÍCULOS DE REVISIÓN NARRATIVA

Esta contribución puede ser una de las clásicas revisiones narrativas, con o sin búsqueda estructurada, revisiones críticas, etc. No obstante, el autor o los autores deben contar con experiencia probada, respaldada por referencias bibliográficas, en el tema que proponen. El tema del artículo puede ser de entidades biológicas, nosológicas, farmacológicas o metodológicas. Las referencias bibliográficas deben ser relevantes y tener una antigüedad de 5 años o menos. Salvo las referencias bibliográficas clásicas, que se utilizan en la introducción del tema. Las secciones y subtítulos estarán de acuerdo con el criterio del autor. El autor o los autores deben demostrar su experticia en el tema mediante referencias bibliográficas propias. El manuscrito debe incluir un resumen en español y otro en inglés, ambos con un máximo de 150 palabras. La extensión máxima del documento será de 20 cuartillas. Las ilustraciones, de no ser propias, deben estar acompañadas de las respectivas autorizaciones del autor original o del propietario; no se admitirán más de tres ilustraciones ni más de dos diagramas. Para complementar, sugerimos la lectura de la referencia: Sutton A, Clowes M, Preston L, Booth A. Meeting the review family: Exploring review types and associated information retrieval requirements. *Health Info Libr J*. 2019;36(3):202-222.

III. ARTÍCULOS PRIMARIOS

El estudio puede ser de incidencia, de prevalencia, de casos y controles, de ensayos clínicos aleatorizados, de revisiones sistemáticas con o sin metaanálisis, de protocolos de investigación y de estudios experimentales.

Características generales de los manuscritos de artículos primarios

La GMC anima a seguir la estructura de las Recomendaciones de la ICMJE para la preparación del manuscrito.

- Todo estudio debe presentar claramente la pregunta de investigación; la ausencia de este requisito implica la devolución del manuscrito.
- Si el estudio es observacional, debe seguir las recomendaciones del grupo de trabajo STrengthening the *Reporting of OBservational Studies in Epidemiology* (Strobe).
- De tratarse de un ensayo clínico aleatorizado, el manuscrito debe acompañarse del protocolo, que debe haber sido registrado antes del inicio del ensayo clínico en Clinicaltrials.gov (<https://clinicaltrials.gov/>) o en la plataforma de registros de ensayos clínicos de la Organización Mundial de la Salud (<https://www.who.int/ictrp/en/>). Sin lo anterior, no se admitirá ningún manuscrito de ensayo clínico.

El protocolo del ensayo clínico debe seguir las recomendaciones formuladas por el grupo de trabajo Standard Protocol Items: *Recommendations for Interventional Trials* (SPIRIT). La redacción del ensayo clínico debe seguir las recomendaciones del grupo de trabajo *Consolidated Standards of Reporting Trials* (CONSORT) .

El ensayo clínico aleatorizado debe, por tanto, mostrar el tamaño de muestra calculado previamente y señalar en detalle cómo se implementó el mecanismo de aleatorización y cómo se ocultó la generación de la secuencia de aleatorización. Se recomienda la lectura de: Martí-Carvajal A. Proper Randomization Reduces the Chance of Waste in Biomedical Research. [Chapter 2]. In: Vance Berger (Ed). *Randomization, Masking, and Allocation Concealment*. London, United Kingdom: Taylor & Francis Ltd, 2017.

- Para los estudios de precisión diagnóstica debe seguir las recomendaciones del grupo de trabajo

Standards for Reporting of Diagnostic Accuracy Studies (STARD) .

- En el caso de revisiones sistemáticas, con o sin metaanálisis, el protocolo debe inscribirse previamente en la plataforma International Prospective *Register of Systematic Reviews* (PROSPERO). Se sugiere seguir la metodología de la Colaboración *Cochrane* y los *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA).

En la GMC, las unidades deben presentarse de acuerdo con el *Sistema Internacional de Unidades* (SI).

La GMC se abstiene de publicar valores de P, en consonancia con lo sugerido por la *Asociación Americana de Estadísticos* (ASA, por sus siglas en inglés) . Sugerimos utilizar los intervalos de confianza del estimador correspondiente.

IV. CONGRESO DE CIENCIAS MÉDICAS

Se publicarán únicamente las presentaciones orales libres y las conferencias. En relación con las primeras, el autor correspondiente enviará el resumen de la presentación oral conforme a las normas de la GMC (vide infra). En relación con las segundas, la contribución no excederá de 10 cuartillas y deberá ajustarse a las normas de la GMC. En cualquiera de los casos, el manuscrito deberá ser enviado a la GMC por los coordinadores de sesión, quienes se responsabilizarán de la calidad del documento, así como de la secuencia y la estructura de la sesión.

IV. ARTÍCULOS POR INVITACIÓN DEL COMITÉ EDITORIAL

Son aquellas contribuciones solicitadas — expresamente— por el Comité Editorial a personas de trascendencia científica internacional, sean o no venezolanas. Estas contribuciones no serán arbitradas y pueden redactarse en español o en inglés.

VI. CASOS CLÍNICOS

Estos artículos constarán de introducción, presentación del caso, discusión, ilustraciones y referencias, con una extensión máxima de 10 folios, y se apegarán a las instrucciones para los autores. Debe resaltarse la importancia clínica de su presentación. Por la naturaleza de la contribución, debe evitarse el uso de metodologías estadísticas. La GMC recomienda las recomendaciones de la *Consensus-based Clinical Case Reporting Guideline Development* (CARE Guidelines) .

VII. HISTORIA Y FILOSOFÍA DE LA MEDICINA

En esta sección se incluirán los artículos sobre aspectos relevantes de la historia, la epistemología, la antropología, la biopolítica, la ontología, las éticas y las morales de la filosofía médica. En esta sección se ofrecerá hospitalidad a traducciones al español o a análisis de artículos singulares universales en la historia y la filosofía de la medicina. El autor decidirá la estructura del manuscrito. No obstante, este deberá incluir resúmenes en español e inglés (máximo 100 palabras cada uno), referencias bibliográficas citadas en el texto y enumeradas al final del manuscrito, siguiendo las normas de GMC para los manuscritos.

VIII. INFORMACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

Será una sección de información periódica sobre los registros epidemiológicos nacionales e internacionales, que indique concisamente por qué debería considerarse para su publicación y destaque su comparación con estudios previos, así como sus tendencias proyectivas. La extensión máxima será de cuatro cuartillas y deberá incluir resúmenes en español e inglés (máximo 100 palabras cada uno), en formato libre, siguiendo los lineamientos para los manuscritos de GMC.

IX. COMUNICACIONES BREVES

En esta sección se considerarán manuscritos de tipo serie sobre temas metodológicos de investigación clínica. Con una breve introducción, deberán indicar la razón de la propuesta y la explicación debe basarse en un estudio clínico. Tendrán un máximo de 6 páginas. Deberán incluir hasta 10 citas bibliográficas.

X. EL MÉDICO Y LA LEY

Esta sección estará dedicada a contribuciones orientadas a informar al médico sobre las disposiciones legales, los riesgos y las omisiones de la práctica profesional que puedan derivar en problemas legales. Su extensión máxima será de seis folios y no incluirá más de cinco referencias bibliográficas.

XI. CARTAS AL EDITOR

Esta sección será utilizada para presentar dos tipos de manuscritos:

- Breves informes relacionados con observaciones clínicas o de laboratorio, respaldados por los datos obtenidos, pero limitados en su alcance y sin suficiente profundidad de investigación

para calificarlos como artículos primarios. Estos manuscritos estarán sujetos a arbitraje.

- Comentarios con argumentos científicos para refutar los detalles de los artículos primarios publicados en la Gaceta Médica de Caracas.

Las características del manuscrito —dependiendo de la esencia del contenido— deben ser las siguientes:

1. No debe exceder 1200 palabras, sin incluir las leyendas, figuras ni referencias.
2. Título breve y relevante.
3. Las conclusiones del informe deben ser concisas.
4. Nombre(s) del(los) autor(es), títulos académicos, institución(es) y ubicación.
5. Un máximo de 9 referencias.
6. Se limitará a un máximo de 2 figuras y/o cuadros.

XII. IMAGEN MÉDICA

Se refiere a una fotografía clínica que, por su contenido —ya sea por su rareza o singularidad—, sea merecedora de publicación en la GMC.

Para ser reproducida en GMC, deben cumplirse los siguientes requisitos:

1. La imagen debe ser propia del remitente, derivada de su práctica profesional.
2. Debe declararse que se ostenta el permiso, firmado por el paciente o por su representante legal.

Debe venir acompañada de una descripción de hasta 200 palabras. Esto estimulará el aprendizaje semiológico médico del lector. Puede ir acompañada de hasta cinco referencias. De ser posible, de la referencia clásica de la entidad clínica que motivó la fotografía. Las figuras deben enviarse por separado del archivo del trabajo, en un formato de al menos 300 × 300 píxeles y dpi. Es recomendable usar el programa <https://pixlr.com/es/> o, cuando las figuras son complejas, <https://app.biorender.com/>.

3. PRESENTACIÓN Y CONSIGNACIÓN DEL MANUSCRITO

El autor principal debe remitir la carta de presentación, la primera hoja y el corpus del manuscrito en documentos separados, pero en un único archivo.

En una carta dirigida al Editor Jefe de la GMC, los

autores proponen evaluar los méritos del documento para su publicación en la GMC. El/los autor(es) debe(n) declarar que la obra presentada no ha sido publicada y que no está bajo consideración para otra publicación, periódica o no. Esta carta debe incluir el título del estudio. Todo artículo de investigación en humanos o en animales de experimentación debe consignar la carta de aprobación del comité de ética de la institución en la que se llevó a cabo.

La hoja frontal del manuscrito debe presentarse de la siguiente manera:

- El título conciso e informativo del trabajo: un título breve de no más de 40 caracteres (incluidos espacios y letras).
- El nombre(s) y apellido(s) de cada autor; los grados académicos de los autores e institución —o instituciones— en la que se realizó el trabajo.
- Todo autor debe declarar su número ORCID <https://orcid.org/>
- Nombre y dirección actual del autor responsable de la correspondencia;
- Palabras clave (3 a 6), según lo recomendado por Medical Subject Headings (MESH).

El *corpus* del manuscrito debe iniciarse con el título, sin incluir el nombre de los autores ni el de la institución; de esta manera se garantiza un doble enmascaramiento si el Comité Editorial decide enviarlo a arbitraje. Igualmente, las páginas del manuscrito deben estar numeradas —con excepción de la primera— y cada sección debe comenzar en una página separada. Todas las líneas del manuscrito deben estar numeradas. El tipo de letra debe ser Times New Roman, tamaño 12 e interlineado de 1,5. Las referencias deben estar interlineadas.

El resumen del manuscrito debe ser escrito en español y en inglés, independientemente del idioma del manuscrito, y debe estar estructurado como se indica a continuación:

Resumen en español

- I. Debe contener un máximo de 250 palabras, distribuidas en el siguiente orden:
- II. Introducción
- III. Objetivo

IV. Diseño, escenario, y pacientes

V. Diseño y realización de experimentos

VI. Principales desenlaces estudiados

VII. Resultados: no incluir valores de P. Es obligatorio mostrar el estimador del intervalo de confianza. No debe mencionar expresiones como «hubo o no hubo significación estadística».

VIII. Conclusión

El resumen en inglés debe corresponder al resumen en español. Se sugiere que este haya sido revisado por un traductor experimentado, a fin de garantizar la calidad lingüística ad hoc.

Colaboración académica de los autores

En concordancia con la ética, es imperativo declarar el papel académico que desempeñó cada autor en la concepción, realización del estudio y redacción del manuscrito. Se sugiere a la GMC el siguiente formato de traducción al español de la CRediT-Taxonomía de roles de colaboración académica.

Agradecimientos

En esta sección se describirán los agradecimientos a personas e instituciones, así como los financiamientos.

Conflicto de interés

Debe declararse la existencia o ausencia de conflicto de interés por parte del autor o de los autores del estudio.

Patrocinante

Debe declararse si el estudio fue financiado por alguna institución, organización, empresa u otra entidad. Así como si el patrocinante hubiera intervenido en alguna sección del estudio.

Las tres últimas secciones deben insertarse al final de las conclusiones del estudio, inmediatamente antes de las referencias bibliográficas.

Referencias

Se presentarán de acuerdo con las recomendaciones del International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE). Es decir, se debe emplear el estilo Vancouver, un sistema de citación numérica desarrollado por el ICMJE, ampliamente utilizado en publicaciones biomédicas, clínicas y científicas. Su objetivo es garantizar la claridad, la concisión y la uniformidad en la presentación de referencias

bibliográficas. Se alienta a seguir las recomendaciones de “*Samples of Formatted References for Authors of Journal Articles*”. Indicarlas con números arábigos entre paréntesis en forma correlativa y en el orden en que aparecen por primera vez en el texto, en los cuadros y en la leyenda de las figuras. En las citas de publicaciones con más de 6 autores, se deberán incluir únicamente los 6 primeros autores del trabajo, seguidos de et al.

a) Artículos en revistas o publicaciones periódicas (6 o menos autores):

Apellido(s) del autor(es), inicial(es) del nombre(s). Título del artículo. Abreviatura internacional de la revista: año; volumen: páginas, inicial y final. Ejemplo: Taylor LEV, Stotts NA, Humphreys J, Treadwell MJ, Miaskowski C. A biopsychosocial-spiritual model of chronic pain in adults with sickle cell disease. *Pain Manag Nurs*. 2013; 14(4):287-301.

b) Artículos en revistas o publicaciones periódicas (con más de 6 autores):

Thorlund K, Devereaux PJ, Wetterslev J, Guyatt G, Ioannidis JP, Thabane L, et al. Can trial sequential monitoring boundaries reduce spurious inferences from meta-analyses? *Int J Epidemiol*. 2009; 38(1):276-86.

c) Libros: apellido(s) del autor(es), inicial(es) del nombre(s). Título del libro. Edición. Lugar de publicación (ciudad): casa editora; año. Ejemplo: Plaza

Izquierdo F. Doctores venezolanos de la Academia Nacional de Medicina. Caracas: Fundación Editorial Universitaria, 1996. (No lleva “Edición” por tratarse de la primera).

c. Capítulo de un libro: apellido(s) del autor(es), inicial(es) del nombre(s). Título del capítulo. En: apellido(s) e inicial(es) del(los) editor(es) del libro. Título del libro. Número de edición. Lugar de publicación (ciudad): casa editora; año, páginas inicial y final. Ejemplo: Aoün-Soulie C. Estado actual de la salud en Venezuela. En: Aoün-Soulie C, Briceño-Iragorri L, editores. Colección Razetti Volumen X. Caracas: Editorial Ateproca; 2010.p.87-124 (En caso de ser la primera edición, el número puede obviarse).

Fotografías

Las fotografías de objetos incluirán una regla para calibrar las medidas de referencia.

En las microfotografías deberá aparecer la ampliación microscópica o una barra de micras de referencia. Las figuras deben enviarse por separado del archivo del trabajo, en un formato de al menos 300 × 300 píxeles y dpi. Es recomendable usar el programa <https://pixlr.com/es/>. Cuando las figuras son complejas, se sugiere usar <https://app.biorender.com/>.

Tablas

La GMC permite hasta tres tablas. Se sugiere al autor que sintetice en el texto lo presentado en las tablas. El autor puede incluir un mayor número de tablas, pero debe incluirlas en un archivo denominado “material suplementario” y mencionarlo en el texto. Ese material estará publicado en la página de la Academia Nacional de Medicina, en una sección correspondiente y debidamente identificada.

Las fotografías y las tablas no deben incluirse en el texto del manuscrito.

La GMC exhorta a los autores a que revisen la gramática, la sintaxis y la semántica de sus propuestas por un experto en el idioma del manuscrito. De no contar con él, sugerimos contactar al Comité Editorial.

La aprobación para la publicación del manuscrito implica que el o los autores ceden los derechos de autor a la GMC. No obstante, el manuscrito se podrá publicar en una página web o un blog, mas no en otra revista, sección de libro, etc. Para ello, debe solicitar por escrito permiso a la GMC y a la Academia Nacional de Medicina. La GMC no se hace responsable de las opiniones emitidas por los autores, que son responsabilidad exclusiva de estos. El orden de la autoría acreditado debe ser una decisión conjunta de los coautores.

Los trabajos se deben enviar en formato electrónico, en un archivo de Microsoft Word, a los correos electrónicos: **editorenjefegmc@gmail.com**, **editorseniorgmc@gmail.com** y **astern88@gmail.com**. De no estar preparados conforme a las instrucciones citadas, los artículos serán devueltos. Se enviará un recibo electrónico al autor y, en tiempo oportuno, se le comunicará el dictamen de los editores. La decisión editorial, basada o no en arbitraje, es inapelable. Los comentarios de los árbitros se harán del conocimiento del autor si este desea conocerlos. Para obtener información adicional sobre asuntos no cubiertos en este documento, sugerimos consultar las Recomendaciones del ICMJE.

Suscripciones, correspondencia y canjes deben solicitarse y dirigirse al Apartado de Correo 804, Caracas 1010-A Venezuela.

Academia Nacional de Medicina, Palacio de las Academias, Bolsa a San Francisco - Caracas 1010- Venezuela.

Teléfono: (+58-12) 482.18.68 (+58-12) 483.21.94 E-mail: acamedve880@gmail.com

• sitio web. <https://academianacionaldemedicina.org/>

Biblioteca Academia Nacional de Medicina. Teléfono: (+58-12) 481.89.39. e-mail: bibliotanm@yahoo.es

Editorial Academia Nacional de Medicina

Diagramación: Yraiceles Jiménez • E-mail: yrajimenez@gmail.com

Maritza Padrón^{1a}, Gladys Velázquez^{2b}

En el mundo acelerado en el que nos ha tocado vivir, los hechos se presentan de forma continua, como en una película de acción, en la que cada nueva escena opaca a la anterior sin darnos oportunidad de asimilar sus contenidos. Los hechos son de diversa índole: naturales, como la pandemia de SARS-CoV-2 o el reciente y devastador terremoto que ha azotado nuestro país; sociales, como las migraciones masivas; políticos, como los conflictos armados internos e internacionales; científicos, como la técnica del CRISPR/Cas9 en la edición génica y el desarrollo de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC), en especial de la inteligencia artificial, personales como decidir la propia muerte.

Es en este mundo que cobra mayor relevancia la Bioética, como filosofía práctica y como conciencia colectiva que nos induce a hacer una pausa y reflexionar sobre el camino que transitamos, los valores que guían nuestros pasos, el papel que estamos asumiendo, las consecuencias de nuestras acciones y las responsabilidades que de ellas se derivan, tanto en lo particular como en lo colectivo.

En este número especial hemos podido reunir solo algunas de las situaciones que nos plantea este mundo al que nos referimos, ofreciendo una pequeña luz para alumbrar al menos un tramo de nuestro camino. Se inicia con la descripción de cómo nace y se desarrolla la bioética y de cómo se va adaptando a la cultura y a las necesidades particulares de las regiones, en especial de Latinoamérica, donde la bioética social adquiere mayor relevancia, lo colectivo desplaza lo individual y la solidaridad es el valor predominante.

Se abordan dos etapas cruciales de la vida del hombre: el inicio y el final. Al inicio se muestra cómo ocurre el desarrollo moral del niño y del adolescente y cómo, a la par, crece su autonomía para tomar decisiones y ejercer sus derechos, en contraste con su vulnerabilidad y necesidad de protección, que se hacen patentes cuando vive en pobreza, participa en investigaciones científicas y, de manera más amplia y sutil, cuando se expone, sin orientación, a los medios digitales.

En relación con el otro extremo de la vida, se aborda un tema profundamente humano: la soledad, considerada la patología del siglo XXI; una condición que afecta especialmente a las personas de mayor edad y que tiene una contención personal en “la soledad” y una respuesta social en el cuidado. Se analiza la “ética del cuidado” desde la perspectiva personal y profesional de la enfermería, destacando las cualidades del cuidador y el cuidado que este requiere. Se debate sobre la muerte y los conceptos de “morir con dignidad” y de eutanasia, con un enfoque bioético; en relación con esta última, se precisan sus requisitos

ORCID: ¹ [0000-0001-5333-8097](https://orcid.org/0000-0001-5333-8097)

² [0000-0003-4836-3612](https://orcid.org/0000-0003-4836-3612)

a. Lic. en Biología, MSc. en Bioética, Dra. en Farmacología, Profesor Titular de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela. Caracas - Venezuela E-mail: lmapa2111@gmail.com

b. Médico Cirujano. Especialista en Pediatría y Puericultura. MSc. en Bioética, Profesor Titular de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela. Centro Nacional de Bioética (CENABI). Caracas - Venezuela

y su situación legal en diversos países. Uno de los artículos se dedica exclusivamente a la sedación profunda en enfermos terminales, a sus controversias bioéticas y a sus diferencias con la eutanasia. Como una forma de trascender y como acto moral, la donación de órganos se plantea en el marco de la responsabilidad social y del bien común.

El Bioderecho también aborda temas de importancia fundamental en el ejercicio de la medicina: la responsabilidad profesional y las diversas formas de intrusismo médico, y analiza, además, las sanciones derivadas del incumplimiento de las leyes y normas deontológicas.

En cuanto a los retos bioéticos que generan los avances de la ciencia y la tecnología, se muestran ejemplos muy representativos como los relacionados con el Proyecto Genoma, con especial referencia a la técnica del CRISPR/Cas9, conocida como “tijera molecular”, que permite la edición de genes, facilitando la terapia génica en enfermedades hasta ahora incurables, pero que, mal utilizada, podría dar lugar a cambios impredecibles en la especie humana.

En el campo de las tecnologías digitales, cuyo desarrollo ha sido extraordinario en los últimos años, se presentan las regulaciones nacionales e internacionales sobre el uso de las TIC, se analiza el impacto de estas tecnologías en los niños y adolescentes, y se aportan recomendaciones para maximizar los beneficios y minimizar los daños. En el contexto específico de la salud pública, se presenta una visión novedosa de la digitalización de los datos de las historias clínicas, que aporta razones para considerarla una acción de respeto por la vida y la ciencia.

Finalmente, se incursiona en el mundo de las publicaciones científicas, realizando un análisis de la importancia de su integridad y de la responsabilidad de la academia en su resguardo, así como de las modalidades de fraude científico y de los mecanismos para combatirlo. En la misma dirección, se indaga en el arbitraje por pares de las publicaciones, que promueve no solo su calidad científica, sino también su integridad ética; al respecto, se presenta una recopilación de recomendaciones internacionales y se proponen estrategias para mejorar el arbitraje de artículos científicos en el contexto venezolano.

Este breve recorrido por el contenido de este suplemento, que es solo una pequeña muestra de las innumerables escenas de la “película” antes mencionada, invita a reflexionar sobre la importancia de la bioética como brújula que orienta nuestras actitudes y acciones en la vida cotidiana.

El Centro Nacional de Bioética (CENABI) agradece a la Academia Nacional de Medicina y a los editores de esta prestigiosa revista, Gaceta Médica de Caracas, la oportunidad de publicar este número especial dedicado a temas de bioética.

Hitos en la Historia de la Bioética

Milestones in the History of Bioethics

Isis Nezer de Landaeta

RESUMEN

Con la licencia que nos concede el referirnos en este trabajo, a algunos hitos en la historia de la Bioética, se presentan algunas referencias puntuales que intentan ofrecer una visión panorámica de esa ética que trata de dar respuesta a las cuestiones trascendentales que ocurren en la vida del hombre y en este caso particular con la práctica de la medicina, en razón de los hechos científicos, los cambios filosóficos, y las metas espectaculares alcanzadas por la ciencia a partir de la segunda mitad del siglo XX.

Palabras clave: historia de la bioética, surgimiento de la bioética, bioética principialista

SUMMARY

With the license granted to us by referring in this work to some milestones in the history of Bioethics, some specific references are presented that attempt to offer a panoramic vision of this ethics that tries to respond to the transcendental questions that occur in life of man and in this particular case with the practice of medicine, due to scientific facts, philosophical changes, and the spectacular goals achieved by science since the second half of the 20th century.

Keywords: history of bioethics, emergence of bioethics, principialist bioethics

ORCID:

[0000-0002-9449-7067](https://orcid.org/0000-0002-9449-7067)

***Autor:** Isis Nezer de Landaeta. E-mail: landaetanezer@yahoo.com. Teléfono: +584126276077

MD, MSc. Médico Cirujano, UCV. Maestría en Bioquímica. Doctorado en Ciencias Médicas. Profesor Titular jubilado de la Universidad Central de Venezuela, Centro Nacional de Bioética (CENABI). Individuo de Número de la Academia Nacional de Medicina. Caracas - Venezuela

Recibido: 31 de julio 2026

Aceptado: 31 de agosto 2026

INTRODUCCIÓN

Comparto con muchos estudiosos el criterio sostenido por Diego Gracia (1) que debemos a los antiguos griegos los fundamentos de la moral racional o filosófica: “antes de Grecia no existe, en el rigor de los términos, la ética”.

Sería entonces correcto partir de esta época histórica para iniciar el camino que puede conducir a las sociedades humanas en el tránsito de la ética a la bioética moderna. Sin embargo, es necesario insistir en que la eterna cuestión del bien y del mal, el conflicto entre el deber y el querer, ha acompañado al hombre desde el primer momento de su existencia.

A través del tiempo se ha intentado obtener de la reflexión ética, si no la solución, al menos la adecuada consideración de los conflictos o dilemas que serán objeto de un juicio moral.

En nuestra cultura occidental, se distinguen principalmente dos pilares, o más bien dos vertientes o caminos, para fundamentar la ética: el religioso y el metafísico (1).

De acuerdo con el primero, no habría moral sin religión, ya que la moral debería basarse en los Diez Mandamientos recibidos directamente de Dios. Pero la historia también nos habla del esfuerzo por explicar las funciones naturales de forma racional, realizado por Thales, Anaximandro y Anaxímenes, habitantes de Mileto durante la época estelar de la Magna Grecia.

Muy pronto, los filósofos atenienses cambian su atención de la naturaleza o del mundo exterior hacia sí mismos, lo que da origen a la antropología. Entonces, Sócrates (469 a. C.), en su búsqueda del bien, fue el iniciador de la investigación del hombre como sujeto moral (2). Representa, junto con Platón y Aristóteles, la cúspide del pensamiento ético y filosófico.

Desde un punto de vista etimológico, ética proviene de la raíz griega *ethos*, que significa uso, costumbre. Tiene dos grafías: con la letra *eta*, significa residencia, morada, lugar donde se habita. Escrita con la letra *épsilon*, se refiere a las disposiciones del hombre en la vida: el carácter, el modo de ser, las costumbres; en suma, la moral. Ambos términos fueron traducidos al latín por Cicerón como *mos*, *mores*, es decir, costumbre, y, en la filosofía escolástica, como "*habitus*": hábito (3). La ética es considerada una disciplina filosófica desde que Aristóteles (384-322 a. C.) le atribuye esta categoría.

En el mundo romano, el término correspondiente *mos*, *mores*, tiene el mismo significado: uso, hábito, costumbre, utilizado tanto como sustantivo (la moral) como adjetivo moral, que califica de buena una acción.

La ética forma parte, junto con la Teología Moral, de las llamadas ciencias de los valores; proporciona la fundamentación teórica de los actos morales y se ocupa del ideal, del deber ser.

A pesar de que, en general, se utiliza como sinónimo de moral, en la discusión filosófica se

aplica más bien el término moral a aquellos actos humanos que se califican como buenos, apegados a las normas y acordes con los juicios de valor.

La ética de los griegos es naturalista, ya que consideran moral lo que se ajusta al orden natural, lo cual se evidencia especialmente en la filosofía estoica, que ejerce una gran influencia en la cultura occidental, sobre todo después de la aparición del cristianismo.

Son los filósofos estoicos quienes desarrollan la teoría de la existencia, en el hombre, de una conciencia moral innata, anterior a los mandatos de la religión, y la difunden como "ley natural" (*non scripta, sed nata lex*), identificando sus exigencias con las de la divina razón.

Esta fundamentación de la ética, asumida por los "Padres de la Iglesia", predomina durante la Edad Media y alcanza su máximo desarrollo con la Escolástica de Santo Tomás en el siglo XIII (4).

La ética acompaña así al hombre y a la medicina con un carácter preferencial, no sólo por la concepción griega de la virtud como armonía con la naturaleza y de la salud como equilibrio o belleza, por lo que la moral toma como modelo a la medicina, sino también por constituir un arte que involucra a seres humanos en sus decisiones, por lo que puede afirmarse que todas las decisiones médicas son decisiones éticas que requieren de la elaboración de juicios de valor, además de los juicios racionales. La fundamentación naturalista de la ética se mantiene en la cultura occidental hasta bien entrada la modernidad. De esta manera, Hipócrates y Galeno transitan este mismo camino, y es un hecho posterior al Renacimiento que el orden natural comienza a diferenciarse en orden físico y en orden moral.

No se puede dejar de mencionar la gran contribución de Hume y Kant a la consolidación de esta diferenciación y, en consecuencia, a la fundamentación epistemológica de la filosofía y, por tanto, de la ética, así como la de Adam Smith, que introduce la economía en el mundo de la ética, generando teorías económicas de enorme importancia moral.

La licencia que nos concede el referirnos a hitos en la historia de la bioética nos permite estas referencias puntuales, que, además de ofrecer una panorámica de esa ética, procura dar respuestas a las cuestiones trascendentales que surgen en la vida del hombre y, en este caso particular, en aquellas relacionadas con la práctica de la medicina, por las razones ya mencionadas.

Origen de la bioética

El avasallante progreso científico de los últimos años, sobre todo en el campo biomédico, ha superado las posibilidades de la ética tradicional para responder a las necesidades derivadas del conocimiento. Hoy en día nos enfrentamos a situaciones que hasta ayer eran de ciencia ficción, que se han vuelto reales y para las cuales debemos crear nuevas respuestas.

La biología en general y la medicina en particular se han transformado de ciencias descriptivas y curativas (en el caso de la medicina), como las habíamos conocido, en poderosas herramientas de control del ambiente vital y de manipulación de la vida humana.

Casi hasta mediados del siglo XX, el positivismo que desde los últimos años del siglo XIX dominaba el horizonte de las ciencias, había excluido de una discusión intelectual seria, a éstas ciencias y a la biotecnología, quedando separadas de la ética, la cual quedó relegada al campo filosófico, pero para este momento comienza a surgir entre los científicos una seria preocupación por los problemas, que tanto para el presente como para el futuro, pudiera generar la aplicación indiscriminada de las nuevas tecnologías.

El P. Alfonso Llano (5), en su libro “¿Qué es Bioética?”, destaca entre los antecedentes importantes para el surgimiento de la bioética las obras de Teilhard de Chardin, Margaret Mead, Aldo Leopold y Paul Ramsey, a quienes califica de científicos humanistas.

El término Bioética data de 1927, cuando apareció en el editorial de la revista científica

“Kosmos” (6), publicado por el educador alemán Fritz Jahr (1895-1953). Sin embargo, el bioquímico Van Raensselaer Potter, oncólogo de la Universidad de Wisconsin, fue el promotor del término, reconociendo la iniciativa del Ingeniero Forestal Aldo Leopold, quien ya desde 1949 propuso extender la ética a la relación del hombre con el ambiente, en virtud del maltrato y la depredación del mismo, que constataba con gran preocupación (7).

Con esta misma orientación, más hacia el servicio a la humanidad, Potter emplea el neologismo “bioética”, que aparece por primera vez en 1970 en su artículo “*Bioethics, the Science of Survival*”, publicado en la revista *Perspectives in Biology and Medicine* (8) a finales de ese mismo año. Poco después publica en *Bioscience* otro artículo denominado “*Bioethics*” (9) y por fin, en enero de 1971, el libro “*Bioethics: Bridge to the Future*” (10) en el cual establece como objetivo “contribuir al futuro de la especie humana promoviendo la formación de una nueva disciplina, la disciplina de la Bioética”, que concibió como un puente entre las ciencias y las humanidades, como el diálogo necesario entre los humanistas y los científicos, dando así origen a un movimiento integrador, interdisciplinario, que considera en la discusión no solo los hechos, sino los valores, con el lenguaje común que exigen los paradigmas de la ciencia interdisciplinaria.

En 1978, Warren Reich (11) de la Universidad de Georgetown edita la primera Enciclopedia de Bioética, publicada en el ámbito de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, a la luz de los valores y principios morales. En esa edición se incluye información sobre la ética médica en Latinoamérica, en el que este capítulo fue redactado por el profesor de Clínica Médica de la Universidad Central de Venezuela, el Dr. Augusto León Cechini.

En la segunda edición de 1995, la definición anterior fue modificada en los siguientes términos: “el estudio sistemático de las dimensiones morales incluyendo, visión moral, decisiones, conductas y políticas de las ciencias de la vida y el cuidado de la salud, empleando una variedad de metodologías éticas en un espacio interdisciplinario (Introducción, p. XXI)

El 1° de julio de 1971, abre sus puertas el primer centro de bioética fundado en la Universidad de Georgetown, en Washington, bajo la dirección de André Helleger y con el auspicio de la familia Kennedy. Fue designado como “*The Joseph and Rose Kennedy Institute for the Study of Human Reproduction and Bioethics*”, lo que ha inspirado el desarrollo de nuevos centros en todo el mundo.

En este mismo orden de ideas, es necesario mencionar la fundación en 1969 del *Hasting Center on Hudson* de Nueva York, por el profesor Daniel Callahan; éste a pesar de haber sido creado previamente, no se considera el primero, ya que inició el estudio de la bioética a partir de 1973, a raíz de la publicación del artículo de Callahan “*Bioethics as a Discipline*” (12), en el cual más bien la criticaba.

El primer centro en Europa fue fundado en 1976 por el médico y jesuita Françesc Abel, alumno de Helleger, bajo el nombre de Instituto Borja de Bioética, considerado hoy en día como uno de los mejores de Europa.

Actualmente existen más de 500 centros de estudios en todo el mundo, alrededor de 300 revistas especializadas, una Comisión de Bioética de la UNESCO y muchas otras instancias de gran relevancia mundial.

El extraordinario desarrollo y la acogida universal de esta disciplina sólo podrían explicarse, según algunos historiadores, por la sentida necesidad de la humanidad entera de trabajar en un diálogo interdisciplinario entre la ciencia y la filosofía.

Según Reich (11), la palabra bioética es muy sugestiva y poderosa, “sugiere un nuevo foco, una nueva reunión de disciplinas en una nueva forma y con un nuevo foro que tendió a neutralizar el tinte ideológico que la gente asociaba con la palabra ética”.

Las publicaciones de bioética se han multiplicado de manera exponencial, probablemente como un suceso coyuntural que expresa una de las

características peculiares del postmodernismo ante el desencanto de la modernidad, la cual falló al tratar de edificar, exclusivamente desde el racionalismo científico, un mundo plenamente adecuado a la humanidad del hombre.

¿Cuáles fueron los acontecimientos que contribuyeron al nacimiento de esta moderna disciplina?

El momento es la década de los 60 y el lugar, los Estados Unidos de América; en ambos coinciden el desarrollo científico y el cambio cultural. En medicina se inicia la hemodiálisis, una vez que este procedimiento se hace posible por la invención de la conexión y la cánula arterio-venosa por el Dr. Scribner en 1961, e inmediatamente le siguen los trasplantes de órganos; la resucitación cardiopulmonar por masaje cardíaco a tórax cerrado y la ventilación artificial; hace su aparición la píldora anticonceptiva separando la actividad sexual de la procreación; se multiplicaron las unidades de cuidados intensivos; se hace complejo el diagnóstico de muerte al introducirse el concepto de muerte cerebral y se inician las técnicas del ADN recombinante, dando así origen a la llamada por algunos historiadores, la Tercera Revolución del siglo XX. Por otra parte, con la reciente proclamación de los derechos civiles y la autonomía de las personas, la defensa de las minorías y el renacimiento del feminismo como movimiento social, se observa una importante transformación de muchas instituciones tradicionales, entre ellas la familia, la iglesia y la escuela.

Al lado del desarrollo de la ciencia y la técnica, se encuentran los poderosos medios de comunicación. El libro de Rachel Carson “*Primavera Silenciosa*”, ampliamente difundido, despierta la preocupación por las amenazas al medio ambiente.

En conjunto, todos estos hechos científicos, técnicos y culturales generaron un cúmulo de nuevos problemas morales difíciles de abordar, a los que se sumaron los problemas de la ética médica, también objeto de reflexión bioética.

Con el tiempo se han ido incorporando otras situaciones que ameritan de esta reflexión, tales como la asignación de los recursos para la atención de salud, los problemas de salud pública, la enseñanza de los valores en la formación profesional, la ética de la investigación científica, y otros que se encuentran más allá de la medicina propiamente dicha: los derechos de los animales, la experimentación con animales, la ecoética y muchos problemas sociales que deberán formar parte de la agenda bioética Latinoamericana.

En 1962 se creó en Seattle (Washington) un comité de personas no médicas para decidir que pacientes se beneficiarían del procedimiento de hemodiálisis, de reciente creación y con un número muy limitado de equipos. En este caso se delegaba la decisión que antes era médica en la comunidad. El 9 de noviembre del mismo año, la revista *Life* publicó un artículo que narraba la historia de este Comité; el artículo de la periodista Shana Alexander fue titulado “*They decide who lives, who dies*” (Ellos deciden quién vive, quién muere). El artículo de *Life* mostró a la opinión pública un hito importante para lo que sería el desarrollo de la bioética; era un hecho bioético, aunque todavía no existía esa denominación.

Otro de los sucesos contribuyentes, lo constituyó el artículo publicado por el Dr. Henry Beecher, profesor de la Cátedra de Anestesia de la Universidad de Harvard, en el *New England Journal of Medicine* en 1966, con el título “*Ethics and Clinical Research*” (12), en el cual puso en evidencia el gran número de trabajos científicos médicos en seres humanos que violaban principios éticos consagrados, tales como el consentimiento válido o informado de los sujetos pasivos de la investigación, entre otros.

Marcando también el inicio de la reflexión bioética en el campo de la investigación biomédica, se encuentra el caso de *Tuskegee Veley*, cuando en 1932, en esta población de Alabama, un grupo de científicos decidió privar de tratamiento antisifilítico a 430 personas de raza negra que presentaban la enfermedad, con el objeto de observar su curso natural. Es pertinente recordar que desde finales de la década de los cuarenta ya

se contaba con la penicilina como el tratamiento más eficaz contra la sífilis.

Este experimento finalizó en 1972, cuarenta años después de haber sido denunciado ante la ley. A cinco de los ocho enfermos que se mantenían vivos al final de la administración del presidente Clinton, este les ofreció un acto de desagravio. Otros casos notables se refieren a experimentos de cáncer en judíos (*Jewish chronic disease cancer experiment*) en 1964 y a los ensayos clínicos de hepatitis realizados en la Willowbrook State School de Nueva York en 1954, con niños que presentaban retraso mental.

El primer código para regular abusos como estos se elaboró en Alemania en 1931 y, entre 1933 y 1945, el mundo fue testigo de las más bárbaras violaciones de este código, con los infrahumanos experimentos de los médicos nazis en prisiones, hospitales psiquiátricos y campos de concentración.

A raíz del enjuiciamiento de estos médicos, se promulgó el Código de Núremberg en 1947, al finalizar la Segunda Guerra Mundial. Este constituye la primera declaración internacional sobre la ética de la investigación en seres humanos y hace énfasis, al igual que la de 1931, en la participación voluntaria de los sujetos expresada a través del hoy llamado consentimiento informado.

Un caso fundamental en el desarrollo inicial de la bioética es el de Karen Ann Quinlan, quien en 1975 entró en coma irreversible y quedó en estado vegetativo permanente. Los padres pidieron que le desconectarán del respirador para permitirle morir. La solicitud fue acogida por el Tribunal Supremo de Nueva Jersey y se autorizó la desconexión; no obstante, la joven continuó respirando por sí misma y falleció varios años después. Se reconocía por primera vez que la tecnología de soporte vital planteaba el dilema ético de mantener con vida o no a pacientes sin esperanza alguna de recuperación.

Muchos otros factores contribuyen al surgimiento de la Bioética; en aras de la brevedad, consideraremos sólo lo ocurrido al reconocerse el derecho a la salud, el cual pasa ahora a ser

un deber del Estado, con las consecuencias de la masificación, la burocratización y la escasez de recursos ante la gran demanda de los servicios. A todo esto, se suman la tecnificación y la superespecialización, lo que lleva a que la medicina se deshumanice y a que se deteriore la relación médico-paciente.

Todo lo anterior plantea la dificultad de la distribución equitativa de los recursos limitados y del acceso de todos a las nuevas y costosas tecnologías, introduciendo en la reflexión bioética cuestiones de justicia distributiva, entre las más relevantes en la actualidad.

Los problemas a los que la bioética entonces intenta dar respuesta se originan en la manipulación biológica de la persona humana, de su gestación y nacimiento, de su propia identidad personal. Tienen que ver con el final de la vida, en lo referente al diagnóstico de muerte, a la eutanasia, a la distanasia y al suicidio asistido; con la conservación de las condiciones de habitabilidad del planeta y de la biodiversidad; con el bioderecho y con las implicaciones bioéticas de los grandes problemas sociales, como la pobreza, la drogadicción y otros que dan origen a la violencia que domina nuestra sociedad actual.

Todo lo anterior ha dado origen a diversas normativas reguladoras, de las cuales se derivan disposiciones con distinta fuerza moral: algunas obligatorias, otras de cumplimiento voluntario.

En líneas generales, dichas normativas presentan algunas características comunes:

- Surgen de convocatorias derivadas de denuncias por transgresiones graves (como los abusos cometidos por los nazis, en Tuskegee, etc.).
- No se adelantan a los acontecimientos científicos, sino que van a la zaga. La ley aparece después de que ha ocurrido el delito. No se anticipan a las situaciones dilemáticas. Quizás conviene citar a Hegel: “la filosofía dice siempre demasiado tarde cómo debe ser el mundo, ya que llega cuando la realidad ha completado su

proceso de formación y ya todo está hecho. Es como la lechuza de Minerva, que emprende el vuelo a la hora crepuscular”.

- Se elaboran como declaraciones buscando un acuerdo o un consenso internacional, cuando deberían ser más bien códigos que busquen formar parte de legislaciones nacionales más específicas.

La primera de estas declaraciones es la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial en 1964, revisada en la 29ª Asamblea de la Asociación en Tokio en 1975, sustituye a la anterior y es revisada y enmendada de nuevo en Venecia en 1983, en Hong Kong en 1989, en Sur África en 1996, en Edimburgo en 2000 y, con notas aclaratorias añadidas, en las Asambleas de Washington (2002) y Tokio (2004), manteniéndose su revisión en las subsiguientes reuniones (Seúl en 2008 y Brasil en 2013), lo que demuestra la importancia de este documento. En total, lleva ocho versiones, ya que se revisa en función de los avances tecnológicos en el ámbito de la salud. La versión más reciente fue adoptada por la 75ª Asamblea General, celebrada en la misma ciudad de Helsinki, Finlandia, en octubre de 2024 (13).

Este se considera el documento fundamental para orientar adecuadamente la investigación en seres humanos, contemplando la evaluación del riesgo/beneficio, la solvencia científica y la pertinencia social, fijando los límites de la investigación y exigiendo el consentimiento informado, en reiteración de lo establecido en el Código de Núremberg.

En las sucesivas revisiones se han incorporado nuevas disposiciones relativas a los grupos vulnerables, a la compensación por daños y al carácter confidencial de la información.

La bioética hoy

Como es posible colegir de todo lo anterior, la bioética surge en los Estados Unidos como producto de una cultura y de un momento favorables. Este país lidera su desarrollo en el mundo, a pesar de

la notable incorporación de los países europeos y, más recientemente, de Latinoamérica, donde, con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se ha incursionado en la formación de profesionales en esta disciplina.

Los bioeticistas norteamericanos han puesto mayor énfasis en la Bioética Médica y la han fundamentado en principios derivados del llamado Informe Belmont, documento final elaborado en 1979 por la Comisión Nacional para la Protección de Sujetos Humanos en Investigaciones Biomédicas y de la Conducta, designada a raíz del caso de Tuskegee. En él se establecen los principios fundamentales de la Bioética en número de tres, que fueron luego recogidos y modificados por Beauchamp y Childress en su libro *“Principles of Biomedical Ethics”* (14) en este mismo año, transformándolos en cuatro.

El principio original de respeto por las personas se dividió en los de autonomía y no maleficencia, y se mantuvieron poco modificados los de beneficencia y justicia.

En 1982 se publicó la Propuesta de Normas Internacionales para la Investigación Biomédica en Sujetos Humanos, elaborada por el Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas (CIOMS) y la Organización Mundial de la Salud, con el fin de mostrar cómo aplicar los principios de la Declaración de Helsinki a la investigación con sujetos humanos.

Este documento fue revisado en 1996 para incluir los considerables avances en la medicina y la biotecnología, así como la expansión del potencial de investigación, además de sucesos que han planteado nuevos problemas éticos, tales como la epidemia de VIH/SIDA y la necesidad de probar vacunas y fármacos que no se habían previsto en legislaciones anteriores. Su última edición es del 2016.

En abril de 1997, el Consejo de Europa elabora el “Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y de la Medicina”. Conocido como Convenio Europeo de Bioética, firmado por los 40 países miembros y

también por EE. UU., Canadá, Japón, Australia y la Santa Sede. En lo referente a la investigación científica, contempla la protección de las personas que se prestan a un experimento, de las que no son competentes para expresar su consentimiento y de los embriones *in vitro*.

Los códigos y declaraciones comentados son algunos de los más importantes, pero existen muchos más, referidos a las prohibiciones de la clonación con fines reproductivos, la manipulación del contenido genético, el proyecto genoma y otros (15).

En la evolución de estas regulaciones destaca, de forma importante, la creación de los Institutional Review Boards (IRB) por el Gobierno Federal de los EE.UU., que tienen por objeto la protección de los sujetos de investigación, el diseño metodológico adecuado, la consideración del riesgo/beneficio, el consentimiento informado, la protección de la privacidad y la selección equitativa de la población. Los IRB han servido de modelo para los Comités de Bioética desarrollados en diferentes países.

Los principios de la bioética

El impresionante desarrollo de la bioética impuso la urgente necesidad de encontrar el fundamento de los principios y de las exigencias éticas. Mientras tanto, se perfiló como correcto, según Gafo (16), el actuar haciendo el bien a los demás, el respeto a su libertad y el comportarse justamente con los otros, es decir, los principios de beneficencia, autonomía y justicia, percibidos como válidos y vigentes en la vida social y, además, eficaces y correctos para la toma de decisiones en el campo de la moral médica.

Estos tres principios, a los cuales se agregó el principio de no maleficencia tras la modificación de Beauchamp y Childress, buscan dar contenido a la cuestión moral que implica la consideración de la dignidad de la persona humana (17).

Principio de no maleficencia: ante todo, no causar daño. Es un principio considerado

por Diego Gracia como un deber *prima facie* y conocido desde la medicina hipocrática: “*Primum non nocere*”. Constituye, según Gracia, junto con el principio de justicia, la expresión bioética de los deberes perfectos y de obligatorio cumplimiento. El deber de no dañar es más imperativo que la exigencia de promover el bien.

Principio de beneficencia: junto con el principio de autonomía, Gracia lo considera uno de los deberes imperfectos. Consiste en la obligación de hacer el bien y exige al profesional que haga cuanto pueda por el enfermo. James Drane lo considera el principio constitucional de la medicina; según otros puntos de vista, serían los comités de ética los que asignarían jerarquía a los distintos principios, teniendo en cuenta las características de cada caso en particular.

Principio de autonomía: significa tratar al paciente como persona, como sujeto y no como objeto. Se puede definir como la obligación de respetar los valores y las decisiones del paciente, lo que da origen al consentimiento informado. Constituye un principio fundamental en la cultura anglosajona; sin embargo, aún no ha sido bien asimilado por la latinoamericana.

Principio de justicia: consiste en dar a cada uno según sus necesidades, aunque ahora se deba agregar “en la medida de las posibilidades”. Exige un reparto equitativo de los recursos, el acceso indiscriminado a los avances tecnológicos e incluso tiene que ver con los llamados “derechos de la tercera generación”. La Comisión Presidencial *ad hoc* de los Estados Unidos considera que una sociedad justa que promueva la igualdad de oportunidades debe asegurar que “un cierto nivel de servicios sanitarios esté a disposición de todos”.

La fundamentación principialista representó en su momento una buena base para la Bioética, pero, a pesar de su vigencia actual, ha sido cuestionada por la rigidez que impone a la reflexión bioética y por no proporcionar respuestas adecuadas a todos los casos.

Tal como lo expresa Lolas (18), “no todo el mundo está de acuerdo en que esta sea la única forma de desarrollar la bioética”. El

restablecimiento de otras tradiciones, la utilización de otros fundamentos y la incorporación de diversos puntos de vista debieran permitir una expansión del campo bioético en diversas direcciones, manteniendo la pluralidad de enfoques que le ha caracterizado hasta ahora”.

En nuestra opinión, es tarea de los bioeticistas, sobre todo de los latinoamericanos, trabajar en la búsqueda de una fundamentación acorde con nuestra idiosincrasia.

REFERENCIAS

1. Gracia D. Fundamentación y Enseñanza de la Bioética. Editorial El Búho Ltda. Bogotá. 1998.
2. Aznariz T. De qué hablamos cuando hablamos de Bioética. En: ¿Qué es Bioética? Alfonso Llano Escobar S.V. 3R. Editorial Bogotá. 2000: 169-144.
3. Blázquez Carmona F, Devesa del Prado A, Cano Galindo M. Diccionario de términos éticos. Pamplona Editorial Verbo Divino. 1999.
4. Castillo Valery A. Ética Médica ante un enfermo grave. Jims – Barcelona, 1986:31-77.
5. Llano EA. Apuntes para una historia de la bioética en ¿Qué es bioética? 3R Editores Bogotá. 2000: 1-3.
6. Sass H. 2011. El pensamiento bioético de Fritz Jhair 1927-1934. Aesthetica. Rev Internacional de Estudio e Investigación Interdisciplinaria sobre Subjetividad, Política y Arte. 6 (2):20-33.
7. Potter Van R. Fragmented Ethics and Biology Bioethics. Hastings Center Report. 1999; 29: 38.
8. Potter Van R. Bioethics, the Science of Survival. Perspectives in Biology and Medicine. 1970; 14: 127- 153.
9. Potter Van R. Bioethics. Bioscience 1971; 21: 1088 – 89.
10. Potter Van R. Bioethics, Bridge to the Future. Ed. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice Hall, 1971.
11. Reich W T. (editor principal) Encyclopedia of Bioethics. 2nd edition. Macmillan. Nueva York 1995.
12. Callahan D. Bioethics as a Discipline. The Hastings Center Studies. 1973;3: 38.
13. Asociación Médica Mundial. 1964. Declaración de Helsinki. Adoptada y proclamada por la 18ª Asamblea. Helsinki, Finlandia. Actualizado en 2024. Disponible en: [jama_2024_sc_240016_1729349326.39173%20\(1\).pdf](https://www.wma.net/es/temas/declaracion-de-helsinki).

14. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. Ed. Oxford University Press, New York, first edition. 1979.
15. Iáñez Pareja E. Ética del uso de embriones humanos. 2002. Disponible; <http://www.ugr.es/~eianez/Biotecnología/clonetica.htm>.
16. Gafo J. Diez palabras clave en bioética. Editorial Verbo Divino. Navarra. 1994.
17. Beecher HK. Ethics and clinical research. N Engl J Med. 1966; 274: 1354-60.
18. Lolas SF. Bioética y Antropología Médica, Publicaciones Técnicas Mediterráneas. Santiago de Chile. 2000.

Tendencias en bioética latinoamericana

Trends in Latin American Bioethics

Isis Nezer de Landaeta

RESUMEN

Se aborda el origen y la aplicación de la bioética principialista en nuestros países latinoamericanos, en los cuales, por sus características propias, se manifiesta una diversidad del pensamiento bioético con una visión más social, tomando en cuenta, además, la sociología, la economía, la biopolítica y la educación. Se comenta también la existencia de múltiples organismos internacionales y regionales, preocupados por estas cuestiones y por algunas tendencias, como la bioética de intervención, la bioética personalista y la bioética en la conservación de la biodiversidad, que aproximan esa bioética latinoamericana a una sensibilidad humanística europea, más que al pensamiento principialista norteamericano.

Palabras clave: bioética latinoamericana, bioética personalista, bioética de intervención

SUMMARY

It is examined the origins and application of principlist bioethics in Latin American countries, which, because of their unique characteristics, offer a diverse bioethical vision with a more social focus, incorporating sociology, economics, biopolitics, and education. It also highlights the role of various international and regional bodies concerned with these issues, as well as trends such as intervention bioethics, personalist bioethics, and biodiversity conservation bioethics; these approaches align Latin American bioethics more closely with European humanistic sensibilities than with North American principlist thought.

Keywords: Latin American bioethics, personalist bioethics, intervention bioethics

ORCID:

[0000-0002-9449-7067](https://orcid.org/0000-0002-9449-7067)

***Autor:** Isis Nezer de Landaeta. E-mail: landaetanezer@yahoo.com. Teléfono: +584126276077

MD, MSc. Médico Cirujano, UCV. Maestría en Bioquímica. Doctorado en Ciencias Médicas. Profesor Titular jubilado de la Universidad Central de Venezuela, Centro Nacional de Bioética (CENABI). Individuo de Número de la Academia Nacional de Medicina. Caracas - Venezuela

Recibido: 31 de julio 2026

Aceptado: 31 de agosto 2026

INTRODUCCIÓN

La bioética es un saber que se cuestiona constantemente, reflexiona y reclama dinámicas que persigan una ética global para construir nuevas formas de entender e interactuar con la diversidad de la vida en el planeta, en los diferentes escenarios culturales (1). Comenzó su expansión en América Latina hacia los años noventa del siglo pasado y, muy pronto, a los retos provenientes de los avances técnicos se añadieron los propios de la realidad en la que está inmersa. Una realidad caracterizada por los grandes problemas de pobreza, marginalidad y la violencia consecuente, con planes y proyectos de salud deficientes o inexistentes.

Se plantea entonces la necesidad de pensar, desde la perspectiva de la bioética, en los problemas propios de la región, sin dejar de lado otras experiencias; la observación de esta realidad debe ser capaz de mostrar las contradicciones y las desigualdades de nuestros países latinoamericanos.

Son diversas las corrientes de pensamiento bioético que se han desarrollado en los distintos sectores que se ocupan de esta moderna disciplina, y nos referiremos a algunas que caracterizan hoy en día la reflexión bioética en nuestros países latinoamericanos.

La bioética principialista y la bioética latinoamericana

Como nos lo demuestra la evidencia histórica, la Bioética surge en los Estados Unidos, como producto de una cultura y de un momento favorable, aunque prontamente se incorporan a su estudio y promoción los países europeos, seguidos de Latinoamérica, dando lugar a la aparición de diversas escuelas de pensamiento y de nuevos temas de preocupación ética, con un enfoque más dirigido hacia lo social que el que puede derivarse de la bioética principialista.

En los países anglosajones predomina la perspectiva individualista y la autonomía de la persona, y es muy importante el papel de los medios de comunicación y del sistema legal de cada país. Los cambios en la tecnología médica, la despersonalización y deshumanización del ejercicio médico, la desaparición del paternalismo médico tradicional, el aumento de los costos por el empleo de la tecnología, que tiene que ver con la justicia y la distribución de los recursos, los cambios sociales relacionados con los movimientos por los derechos civiles, establecen diferencias importantes, dando lugar en los anglosajones a una bioética más deontológica y con una mayor tendencia normativa que lo que ocurre en los países latinoamericanos, en los cuales hay una mayor restricción en el uso de la tecnología, hay muchas desigualdades económicas y sociales y existen grandes sectores de la población que no tienen acceso ni a la educación, ni a la tecnología, ni a la atención de salud.

Entre las corrientes actuales y las concepciones antropológicas, surgen nuevas teorías o tendencias que varían por razones circunstanciales, tradicionales o de cualquier otra índole.

El principialismo norteamericano es el que se encuentra en el origen de la bioética, aunque existen diferencias respecto de la realidad de países como Venezuela. Diego Gracia propone un principialismo moderado, situando los principios de no maleficencia y de justicia por encima de los de beneficencia y de autonomía.

Entre otras corrientes bioéticas están el utilitarismo de Bentham y de Stuart Mill, que establece el mayor bienestar y beneficio para el mayor número de personas; y el funcionalismo de Singer, quien considera persona a aquella capaz de tener conciencia, por lo cual no incluye al feto, el embrión, el anencéfalo o a las personas con grave discapacidad, lo que permite la eugenesia, el aborto y la eutanasia. Engelhardt propone el contractualismo, es decir, el consenso, como solución a la imposibilidad de establecer principios de carácter universal, y el transhumanismo de Bostrom, que propone mejorar las capacidades humanas mediante la eugenesia embrionaria, la nanotecnología aplicada al ser humano y la crioconservación. Adela Cortina y Victoria Camps proponen una ética de mínimos, con principios que puedan ser compartidos por todos como fundamentos de la convivencia; Gilligan y Ricoeur proponen la ética del cuidado, que requiere una concepción antropológica; también Brody propone una ética narrativa, subjetiva y relativista, o incluso una casuística (Jonsen y Toulmin) puramente subjetiva.

Entre todas estas, es importante destacar el personalismo (Sgreccia), que reconoce la dignidad intrínseca de la persona humana, a pesar de los cambios que pudiera sufrir, y la ética de la virtud (Pellegrino), que aplica la prudencia, el respeto y la justicia, entre otras.

El reto que se nos plantea en Latinoamérica, se refiere entonces a pensar en los problemas propios de la región, tomando en cuenta otras experiencias de contradicciones y desigualdades que caracterizan a nuestros países y que permiten la diversidad

del pensamiento bioético, con nuevos temas y enfoques diversos, con una visión más social, que marca el paso de una bioética fundamentalmente centrada en el individuo a una holística, fundada en la justicia social y en la equidad, que engloba el derecho a la salud, los derechos económicos y sociales como la eliminación de la pobreza y la exclusión, el derecho a una vida digna y el derecho a la diversidad y a la pluralidad, en tanto que son especificidades inherentes a nuestro mundo (2). Estas relaciones de la bioética deberían construirse también desde la sociología, la economía, la biopolítica y, por supuesto, la educación.

La preocupación por estas cuestiones de bioética ha representado una constante para los organismos internacionales que operan en la región y ha dado lugar a la creación de varias organizaciones, entre ellas:

Dependientes de la Organización Panamericana de la Salud (OPS):

- Programa Regional de Bioética (1993)

Dependientes de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO, por sus siglas en inglés):

- Red Bioética /UNESCO (2003)
- Programa de Asistencia a los Comités Nacionales de Bioética (ABC) (2005)
- Programa de Bioética para América Latina y el Caribe. (2008).
- Red Latinoamericana y del Caribe de Educación Superior en Bioética (RedLACEB) (2019)
- Programa de Capacitación de Capacitadores en Bioética en Latinoamérica (2021)
- Programa de Educación Permanente en Bioética (2023)

Como lo expresan Pérez Flerima y col., en su trabajo *La Bioética en América Latina*: “la orientación del desarrollo y evolución de la bioética en Latinoamérica va de lo clínico-

médico-biológico al hombre como ser social, a los problemas del ser humano y de la vida en todas sus dimensiones; es decir, a una perspectiva social, global, como un movimiento o activismo político centrado en las grandes inequidades: la pobreza, la exclusión y la discriminación, como condición básica para la dignidad humana. Esto implica la sustentabilidad del desarrollo y el restablecimiento de la armonía entre el hombre, la sociedad y la naturaleza de cara al futuro, en el que la solidaridad y la justicia ocupan un lugar central. Con diversidad de voces, como diversa es la realidad y la cultura que la sustenta, aspira a proyectarse con rostro propio en el universo bioético”(3).

Desde la Redbioética/UNESCO han surgido proposiciones para una perspectiva bioética cuyo origen se asienta en la realidad latinoamericana; entre ellas, la bioética de protección y la de intervención (6° Congreso Mundial de Bioética de la Asociación Internacional de Bioética, Brasilia, 2002).

La bioética de protección plantea que las principales inquietudes sanitarias en la región se refieren a la esfera pública, con el Estado a cargo de los programas de salud pública: prevención, higiene y educación. En este contexto, la bioética de protección propone cinco principios: beneficencia, eficacia, no discriminación en lo referente a la salud colectiva, restricciones parciales a la autonomía para permitir el interés colectivo y la obligatoriedad de los programas sanitarios.

La bioética de intervención reivindica el carácter aplicado de esta disciplina para intervenir de manera concreta en situaciones de injusticia e inequidad, como la pobreza, las asimetrías de poder y la falta de vigencia del derecho a la salud. El enfoque inicial utilitarista de la bioética, centrado en la atención individual, ha derivado hacia una orientación más social, sin abandonar otras influencias y orientaciones.

En el año 2004, muchos países latinoamericanos, entre los que se encontraba Venezuela, refrendaron la Carta de Buenos Aires sobre Bioética y Derechos Humanos, en la cual se expresaban

las preocupaciones bioéticas de la región y los valores a promover: la solidaridad, el respeto, la responsabilidad y la justicia, reclamados no sólo al individuo, sino también al Estado (4).

La bioética principialista, al reducir las discusiones bioéticas a cuatro principios, tiene su mayor utilidad en la consideración de conflictos individuales en la práctica médica y mucho menos en aquellos problemas como la exclusión, la opresión y el despojo de las poblaciones indígenas autóctonas y la estigmatización y la pobreza que acompañan a los pueblos segregados, la deficiencia en los servicios públicos de salud o la prestación de una atención sanitaria de muy baja calidad (3). La fundamentación principialista representó en su momento una buena base para la bioética, pero, a pesar de su vigencia actual, ha sido cuestionada por la rigidez que impone a la reflexión bioética y por no proporcionar respuestas adecuadas en todos los casos.

Sin embargo, tal como lo planteó Lolás, el uso de otros fundamentos y la incorporación de diversos puntos de vista han permitido una expansión del campo bioético en diversas direcciones, manteniendo la pluralidad de enfoques que la ha caracterizado hasta ahora (5).

La otra gran corriente dentro de la bioética es la del personalismo, con una gran riqueza de perspectivas y enfoques. Como corriente filosófica, surgió en Europa hacia los años 30 y alcanzó gran relevancia entre los años 60 y 70 del siglo pasado. Se atribuye a Emmanuel Mounier, en Francia, el mérito de su organización y difusión a través de sus escritos sobre un innovador concepto de persona, basado en la antropología cristiana y actualizado en la modernidad. Definió, además, aunque parezca paradójico, el llamado personalismo comunitario, centrado en la acción y la transformación social.

Con esta influencia, o fuera de ella, muchos otros filósofos se plantearon ideas similares, entre ellos: Maritain en Francia, Schelling en Alemania, Zubiri y Marías en España, Wojtyła (San Juan Pablo II) en Polonia, y transformaron este movimiento en una filosofía.

En ella, toda la fundamentación depende del concepto de persona, categóricamente diferenciada de las cosas, con gran énfasis en la afectividad; la persona es un sujeto social y su deber es la solidaridad, lo que permite tres aproximaciones: el personalismo ontológico de la persona en singular, el dialógico de la relación interpersonal y el comunitario, con énfasis en la dimensión social. En consecuencia, resulta evidente que en su aplicación a nuevas áreas de conocimiento una de las más importantes sea la bioética, dando lugar a la “bioética personalista”; en ésta la teoría de las relaciones interpersonales impulsa la dignidad de la persona y su consideración en todos los ámbitos, incluyendo el de la salud, dando lugar a una opción bioética que se ajusta a las características y a las necesidades de nuestras poblaciones latinoamericanas.

Estas tendencias revisten gran importancia, sobre todo en esta región que por sus especiales características de gran riqueza en su biodiversidad (con varios países entre los más megadiversos del planeta), se contempla la responsabilidad moral del hombre como constructor o destructor de su ambiente, lo cual explica la necesidad de la bioética en la preservación de esa biodiversidad y de los aspectos éticos que se deben considerar, entre ellos, los enfrentamientos entre los países industrializados y los emergentes, tanto en el aspecto económico, como sobre los derechos de propiedad, el acceso a los especímenes, las leyes internacionales, etc., entendiendo que deberían alcanzarse acuerdos con metas más elevadas que las de obtener ganancias económicas. En la búsqueda de ese bien común, se comprenderá, en todo su alcance, el papel que la bioética debería desempeñar en la conservación de esta megadiversidad.

CONCLUSIÓN

A pesar de que la perspectiva de la reflexión bioética actual en la región latinoamericana muestra una gran proximidad con el pensamiento principialista norteamericano, es posible observar que “el sentido crítico que va aumentando

su expresión, el énfasis atribuido a algunas problemáticas en detrimento de otras, se aproximan más a una sensibilidad europea con su cultura latina y con valores católicos que tradicionalmente han influido en la formación del modo de ser y de sentir de los países latinoamericanos” (6).

De acuerdo con Drane, “La sensibilidad humanística, la capacidad de amistad y una cultura muy rica son elementos que favorecen el desarrollo de una bioética autóctona. Habría que ver en ella el papel de la familia, el énfasis en lo social, en la equidad, en la solidaridad y en la justicia. Somos pocos en un mundo con muchos problemas” (7).

3. Pérez Flerima LA, Ramos Duharte D, Robinson Jay F, Bravo Díaz A. La Bioética en América Latina. Revista Información Científica. 2012;74(2):1-12.
4. Penchaszadeh V. Bioética y salud en América Latina. Presentación ante el Congreso Internacional Universitario de Bioética. Universidad del Azuay. Cauca, Ecuador. 2018.
5. Lolas SF. Bioética y Antropología Médica. Publicaciones Técnicas Mediterráneas. Santiago de Chile. 2000.
6. Patrao Neves M. Fundamentación antropológica de la Bioética. Cuadernos de Bioética OPS/OMS. 1996; 2: 32-39.
7. Drane J. Bioética Latinoamericana. Una visión crítica. Cfr Programa Regional de Bioética OPS/OMS, Santiago, Chile. 1994.

REFERENCIAS

1. Escobar L MT. Bioética: Nuevas tendencias. Rev Lat Bioética. 2013; 13, (1): 6-7.
2. Cardona RCM. El desarrollo de la Bioética en Latinoamérica y el aporte desde el franciscanismo. AGO.USB Medellín. Colombia. 2020;10(1):1-276.

Responsabilidad médica: una aproximación

Medical Liability: An Overview

Carlos Simón Bello Rengifo

RESUMEN

La norma jurídica es la fuente de la responsabilidad según el Derecho; por ello, se asocia con dos nociones básicas: el deber y el bien jurídico. El primero es relevante cuando se trata de la responsabilidad ética, institucional, gremial y jurídica civil, y el segundo, respecto de la penal, aunque no son descartables los canales de comunicación entre ambas. En el caso de la medicina, vale resaltar, más allá de su condición científica, su estrecha conexión ética: saber, sabiduría, ciencia y arte. Esta compleja composición, sin embargo, puede verse afectada por el avance tecnocientífico y por la judicialización, movida por afán de lucro, por parte de los demandantes. El deber médico se desarrolla en diversos niveles; para el Derecho interesa aquel que es jurídicamente exigible y se establece fundamentalmente en la relación con el paciente, pero también hay supuestos en los que interviene el Estado. En los distintos supuestos de

relación, la infracción al deber médico puede traer como consecuencia la responsabilidad patrimonial, así como la penal, cada vez que se atente contra el bien jurídico de la vida o salud de las personas, bajo el entendido de que dicha responsabilidad se presenta en la esfera de los delitos culposos. En el campo de la responsabilidad civil, el debate sobre la naturaleza contractual o no de la relación es relevante; y en el campo penal, las especies de culpa y la asimilación, en determinados supuestos, al dolo eventual, ameritan un análisis complejo, pues, por naturaleza, la infracción profesional es culposa y no dolosa.

Palabras clave: culpa, dolo, daño, relación, norma, bioética

SUMMARY

Legal norms are the source of liability under the law and are therefore associated with two basic concepts: duty and legal interest. The former is relevant to ethical, institutional, professional, and civil legal liability, and the latter to criminal liability, although the channels of communication between the two cannot be ruled out. In medicine, beyond its scientific nature, it is worth highlighting its strong ethical connection: knowledge, wisdom, science, and art. This complex composition, however, can be shaped by technological and scientific advances and the judicialization of claims driven by plaintiffs' profit motives. Medical duty develops at various levels. The law focuses on what is legally enforceable and is fundamentally grounded in the patient relationship, but the State also intervenes in some cases. In the medical relationship, a breach of medical duty can result in patrimonial liability and criminal liability whenever the legal right to life or health is violated, provided that such liability arises within the scope of negligent crimes. In the field of civil liability, the debate over the contractual or non-contractual nature of the relationship is relevant; and in

ORCID:

[0000-0003-3236-0548](https://orcid.org/0000-0003-3236-0548)

***Autor:** Carlos Simón Bello Rengifo. E-mail: bellocarlossimon@gmail.com. Teléfono: 0414 1805786,

Doctor en Derecho. Especialista en Ciencias Penales y Criminológicas, Profesor titular Universidad Central de Venezuela, Investigador-docente Instituto de Ciencias Penales Facultad de Ciencias Jurídicas y Políticas, Universidad Central de Venezuela. Caracas - Venezuela

Recibido: 31 de julio 2026

Aceptado: 01 de septiembre 2026

the criminal field, the types of faults and the assimilation, in certain cases, to eventual intent merit a complex analysis, since, by nature, professional infringement is negligent, not intentional.

Keywords: *guilt, deceit, harm, relationship, norm, bioethics*

INTRODUCCIÓN

El concepto de responsabilidad ha sido objeto de diversas interpretaciones según los niveles de enfoque; es decir, desde perspectivas diferentes no solo desde el punto de partida, sino también en función de matices.

El enfoque adoptado en el presente trabajo es de tipo normativo, tanto bioético como jurídico, al modo como lo señala Pablo de Larrañaga de Monjaraz, cuando sostiene que la responsabilidad es un concepto normativo en por lo menos dos sentidos: a) porque solo se puede aplicar según normas, en sus condiciones y consecuencias; b) porque solo si se tienen en cuenta sus condiciones de aplicación, se integran los diversos sentidos del término de un modo compatible (1).

Desde este punto de partida, la responsabilidad puede concebirse en el orden normativo bioético como jurídica y conjugarse en una sola categoría: bioética-jurídica. Así, se logra un acercamiento más integral que el que supone una visión particularizada en lo ético y en lo jurídico, e incluso en lo propiamente bioético, sin el costo del sacrificio de los vasos comunicantes entre esas distintas esferas estrechamente interconectadas, tanto desde el plano “teórico” como desde el “práctico”, es decir, el puramente conceptual y el de su aplicación a casos concretos. Así, Larrañaga de Monjaraz indica que la concepción normativa de la responsabilidad prescinde de consideraciones subjetivas, empíricas, causales, entre otras, pues se trata de una relación de imputación que se integra por las conductas, las condiciones de aplicación y las consecuencias normativas, por lo cual su estructura guarda una relación conceptual con las normas de conducta, de tal manera que la inclusión de requisitos atinentes a

la voluntariedad, por ejemplo, solo se consideran antecedentes o efectos objetivamente significados por la norma (1). En consecuencia, el enfoque adoptado en este artículo concibe la normatividad como una estructura significativa que integra la responsabilidad —entendida como juicio y decisión— y la sanción como su consecuencia. Bajo esta perspectiva, se produce una homogeneidad estructural entre el juicio de responsabilidad y su objeto, en correspondencia con la norma que origina el proceso de enjuiciamiento y culmina en una decisión sobre la cual recae dicho juicio. Aceptado, sin necesidad de mayores precisiones, que toda decisión emana de un proceso que produce un juicio orientado a determinar la acción sometida a responsabilidad, es necesario establecer como premisa que la referencia normativa es constitutiva en los distintos ámbitos de la responsabilidad —ética, social, institucional, asociativa y jurídica— según los universos de relación en los que se despliegue el proceso decisorio, sin perjuicio de que dichos ámbitos puedan coexistir sin exclusión recíproca.

De esa referencia normativa cabe destacar, al menos, dos nociones fundamentales: a) el deber y b) el bien jurídico. Ambas resultan relevantes en las esferas jurídicas de la responsabilidad: la primera se vincula con la responsabilidad ética, disciplinaria e institucional (asociativa), mientras que la segunda se proyecta en el ámbito individual, siendo la responsabilidad social la menos definida, por cuanto se aproxima a valoraciones menos estructuradas que las normas, sean éticas o jurídicas. Queda como cuestión aparte —que no abordaremos aquí— la relativa a las reglas técnicas, cuya infracción puede asociarse con cualquiera de las demás esferas de intervención del sujeto responsable.

Ahora bien, tanto la infracción del deber como la amenaza o vulneración del bien jurídico prohíben ámbitos diferenciados, mas no separados de responsabilidad. Así, se puede enfatizar la cláusula del deber según se trate de la responsabilidad ética, institucional, gremial y jurídica civil, que es reparatoria o indemnizatoria, así como la del bien jurídico tutelado, cuando, sobre todo, se trata de la sancionatoria-penal. Esta diferenciación

no está exenta de algunas aclaratorias, pues, en definitiva, la sanción disciplinaria que aplique un organismo gremial o institucional también circula por los canales jurídicos, solo que, en tales casos, la consecuencia de la infracción del deber no tiene el alcance indemnizatorio o reparatorio de la responsabilidad civil.

Hay un terreno intermedio que se presenta en la esfera institucional pública cuando se actúa dentro de la administración pública o privada, pues, aun siendo la sanción básicamente indemnizatoria, hay al menos dos sujetos en la relación con el paciente: el Estado y el funcionario.

En definitiva, la responsabilidad constituye una categoría normativa que atraviesa diversas esferas de relación regidas por normas que integran deberes o bienes jurídicos, cuya infracción o afectación genera ámbitos específicos de responsabilidad sometidos a juicios éticos, institucionales, gremiales y jurídicos. En esta última esfera, la responsabilidad se escinde en dos vertientes: la indemnizatoria o reparatoria, propia del ámbito civil, y la sancionatoria, propia del ámbito penal. Asimismo, la intervención del Estado configura una responsabilidad pública en la que interactúan dos actores —el Estado y el sujeto infractor— y cuyas consecuencias son de naturaleza indemnizatoria, con algunas variaciones cuando se trata de instituciones privadas.

En coherencia con lo señalado al inicio, cabe agregar que las normas éticas y jurídicas se articulan en una unidad conceptual y normativa que puede denominarse bioética jurídica.

Establecidas estas ideas previas, podemos avanzar hacia el campo más específico de la responsabilidad médica. Para ello resulta necesario, en primer lugar, introducir algunas nociones fundamentales sobre lo que entendemos por “deber”, con el propósito de facilitar una comprensión más sólida del núcleo de la responsabilidad médica, no sin antes incorporar algunas reflexiones sobre la medicina y el ejercicio profesional.

DE LA MEDICINA

Sus orígenes, en lo inmediato, de la supervivencia y, en lo mediato, moral y metafísico, son ampliamente reconocidos por la literatura sobre la materia. En tal orden de ideas, Nelson Hernández (2) sostiene que la “necesidad cósmica” de la actividad médica “pareciera surgir con la necesidad del hombre de proteger su vida y su salud”, de allí que, en su forma más rudimentaria, sea instintiva y común a hombres y animales. Vale decir que su origen se asocia a la magia, ligada a la mitología y a las creencias religiosas, por lo que el médico era un mediador que imploraba a las deidades por la salud del enfermo, sobre quien carecía de poder inmediato.

En lo mediato, si la palabra fuese válida, la medicina se basa en la caridad, en el auxilio al pobre y también en el beneficio social, al aislar y controlar a los enfermos y aplicar paliativos en sus primeros tiempos: arte de cuidar. Solo fue con posterioridad que se transformó en el “arte de curar” para restablecer el orden natural roto por la enfermedad, pues, como sostenía Santo Tomás de Aquino, la naturaleza contiene un orden de perfección que trasciende el cuerpo y se halla en la profunda espiritualidad humana, y así la medicina recibe de la dignidad del hombre sus valores, su finalidad y la conciencia de sus límites (2).

De la raíz moral de la medicina se desprende su deontología, inserta en los juramentos de sus primeros tiempos, que hoy subsisten, aunque su enunciado pueda variar, no su compromiso moral, y que en los tiempos actuales ha hecho suya la bioética, especialmente la principalista.

El *ethos* de la medicina no debe extraviarse por los avances tecnológicos y los principios utilitarios del mundo contemporáneo, sino que, por el contrario, debe seguir respondiendo a su razón de ser: “... la medicina responsable aprueba, por instinto, la necesidad de apoyarse en una deontología médica y de no contentarse con reglas empíricas. La observancia de este orden moral no constituye de ninguna manera un freno

ni un obstáculo al ejercicio de la profesión...; es la observancia del orden moral la que le confiere valor y dignidad a la acción humana, la que conserva a la persona en su rectitud profunda y la mantiene en el lugar que le corresponde en el conjunto de la creación.” (Pío XII, I Congreso Internacional de Histopatología del Sistema Nervioso. 14 de noviembre de 1952) (3).

Según su etimología, la raíz *med* significa pensar, reflexionar y encierra valores técnicos, tales como “mensurar”, “pesar”, “gobernar”; luego se empleó el término “medear” en el sentido de “traer remedio”, de donde proviene *medicus* que implica tanto reflexión como acción curativa como fin, acompañada con la actitud de servicio y la conciencia y determinación de ayudar a otro ser humano, el enfermo (2).

Es incuestionable que la medicina, en cuanto actividad, implica la puesta en marcha de valores éticos profundos, tales como la solidaridad, la bondad y la ayuda al necesitado, con una actitud de comprensión y generosidad, así como la aplicación de conocimientos técnicos y científicos que permitan la realización de dichos valores para la consecución de sus fines.

Sabiduría y saber son, entonces, pilares de la medicina. La primera es la matriz de valores éticos y de la actitud compasiva que propician, y la segunda proviene del conocimiento técnico y científico que la debe acompañar.

Es por lo que se puede hablar del arte de la medicina, que invoca la experiencia, la prudencia y la competencia, y no el mero saber científico, sin separarse del razonamiento que, en la medicina, asume características propias; si bien no es el caso de detenerse en detalle, no es plausible silenciar su referencia.

El razonamiento médico es un proceso que se inicia en la semiótica de los signos y síntomas del paciente, prosigue con la búsqueda de posibles causas y se detiene luego de seleccionar las más frecuentes, mediante la exploración física y el apoyo de métodos auxiliares que confirman o descartan las primeras hipótesis. Así, desde la probabilidad hasta la certeza, en el grado de

mayor probabilidad (4). La adecuación al caso concreto, la experiencia y la conjunción de saberes y habilidades tallan la figura de un artista y la dotan de lo que se denomina saber el oficio, otro de los significados del arte.

DE LA PROFESIÓN MÉDICA

Es quizás la única profesión “que atiende al público y, después de Cristo, muestra sus llagas... porque es una profesión noble, reproduce la competencia de Dios”. Hay quien pregunta si Dios es un astronauta; digo que no. Dios seguramente es un médico. Y por delegación y competencia divinas, nosotros intentamos promover y restaurar la salud y cuidar la vida humana. Esa grandeza, esa pretensión de ser Dios, nos ofrece también el privilegio del hijo, porque no somos infalibles, pero nuestra formación médica nos prepara para el ejercicio de un modelo de infalibilidad. El desempeño profesional del médico debe caracterizarse por “el desvelo, el amor, el cariño, el gesto de atención” (5).

La condición de médico es una condición profesional en la que concurren los más altos valores: la sabiduría moral y el saber científico, aplicados en un proceso racional y razonable, en el que arte y ciencia se conjugan en equilibrio para el logro de su finalidad. En síntesis, ser médico significa “ser noble, ser honesto, ser generoso, ser comprensivo, identificarse con el dolor ajeno, conmoverse ante una lágrima, ser solidario con el que sufre, con el incapacitado, con el enfermo” (6). Pero también implica competencia profesional, que se adquiere con la experiencia, la formación y el estudio constante.

La nobleza vocacional y los fines que persigue pueden sin embargo conducir a convicciones hiperbólicas, en la cuales la humildad, la tolerancia y la comprensión, en cuanto a valores éticos, pueden verse perturbados por el vicio de la vanidad que, vale decir, no es ajena a ningún desempeño profesional, pero que, en el caso de la medicina, puede surtir graves efectos en razón de su vinculación inmediata con la vida y salud de los pacientes, y mediata

con otros sujetos, lo que implica además, que a diferencia de otras profesiones, sus errores y falencias son casi siempre visibles de inmediato, especialmente cuando se trata de secuelas o fallecimientos a consecuencia de una mala praxis. Las deficiencias de diverso tipo y el error, por sí solos, no constituyen causas de responsabilidad, pues se requiere la concurrencia de condiciones objetivas y subjetivas que legitimen la demanda indemnizatoria, con la posible excepción de la responsabilidad institucional cuando se prescinda del elemento subjetivo.

Otro elemento que tener en cuenta es el defecto moral que, en la conciencia del médico, puede alejarlo de la sensibilidad que debe caracterizar el trato con el paciente.

La medicina de hoy, con su tecnificación y la intervención de otros actores en el proceso, sobre todo en las hospitalizaciones, ha traído como consecuencia un alejamiento recíproco en la relación médico-paciente; queda poco tiempo para “escuchar al enfermo tanto como lo necesita”. Tecnificación y masificación se combinan para este cambio profundo, sin descartar el surgimiento de la “empresa médica” y de los médicos-empresarios (7).

La tecnificación de las profesiones, no solo la médica, aunque en esta es donde posiblemente tiene el mayor impacto en la atención de la sociedad, suscita temor y desconfianza, lo que ciertamente se manifiesta en la posición del paciente ante el profesional de la medicina e incluso ante algunos de sus auxiliares: “las actitudes presentes hacia la ciencia parecen indicar ambivalencia y polarización”. Mientras que existe mucho interés y admiración por la ciencia, también hay un miedo profundamente arraigado y una hostilidad. La ciencia es percibida como materialista y deshumanizada, arrogante y peligrosa. Quienes la practican son una banda de técnicos fríos, sin sentimientos, con poder y sin responsabilidad. El reduccionismo es sospechoso e incómodo, sabotador de todo el misterio y la maravilla de la vida. La guerra nuclear y la manipulación genética del embrión son grandes amenazas (8).

Otra circunstancia afecta el buen desempeño del profesional: la judicialización injustificada, que da lugar a un ejercicio defensivo. El médico ve en el paciente a su eventual futuro demandante, por lo que puede optar por un alejamiento máximo posible, no solo en el proceso de diagnóstico y tratamiento, sino también en la confianza recíproca que debe caracterizar su relación con el paciente e incluso con su círculo familiar.

Como ha expresado el abogado Juan Francisco Lloán, citado por el médico Francisco Kerdel-Vegas, la rapacidad engendrada por la pérdida de valores ha dado lugar a juicios “piráticos”, lo cual se observa particularmente en la sociedad norteamericana, cuya tendencia tradicional al litigio genera un aluvión de demandas y su consiguiente deformación económica, debido a la necesidad de recurrir a grandes coberturas de seguro para el ejercicio profesional (8).

Se trata no solo de un problema económico, sino también de base moral, con efectos dañinos para el buen ejercicio de la profesión médica cuando se percibe la amenaza de demandas inconsistentes que, sin embargo, tienen un efecto económico y psicológico perjudicial.

No obstante, estos fenómenos no deben dar lugar a hablar de una “buena” o “mala medicina”, ya que la medicina es única y, como en todas las profesiones, siempre ha habido y habrá buenos y malos profesionales, incompetentes o sin valores (7).

La mercantilización, el afán de riqueza y de reconocimiento entre los pares y en la sociedad en general llevan a la deformación moral de la conciencia del médico, fenómeno que impulsa la declinación axiológica de la sociedad en diversas partes del mundo. Aunque la generalización de lo dicho sea hiperbólica, lo cierto es que la gravedad de la situación y los peligros que conlleva lo justifican, incluso a título de advertencia.

También es de indicar que, junto a los formidables progresos técnicos en el ejercicio médico, se observa la proliferación de especialidades, acompañada de la complejidad de

la vida contemporánea, lo que ha conducido a la desaparición de la figura del médico de cabecera, que otrora era como un miembro de la familia, conocedor no solo de las dolencias físicas, sino también de las espirituales de sus pacientes. En suma, la despersonalización.

En definitiva, el ejercicio de la profesión médica desemboca en una particular relación, o si se prefiere vínculo, con otro sujeto, el paciente, y es en medio y con ocasión de esa relación, donde y cuando surge la posibilidad de un juicio de responsabilidad jurídica, que es el centro de atención en este trabajo.

DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

Desde la perspectiva bioético jurídica, la relación se define por la norma de mandato —positiva, negativa o facultativa—, es decir, por el deber y la facultad. El deber puede entenderse en su unidad simple, pero también como una categoría compleja cuando concurre con derechos, facultades, poderes e intereses que, en conjunto, constituyen el bien jurídico. Este último adquiere particular relevancia como fundamento de la antijuridicidad en el ámbito de la responsabilidad penal, aunque tampoco resulta ajeno a la responsabilidad civil, aun cuando en esta no se configure con la misma densidad de elementos. Queda aparte —y no será abordada aquí— la cuestión de las reglas técnicas, cuya infracción puede vincularse con cualquiera de las demás esferas de intervención del sujeto responsable.

El deber, como núcleo de la decisión objeto del juicio de responsabilidad, es fundamental también cuando se trata de la responsabilidad institucional, disciplinaria y gremial, y presenta matices propios en sede administrativa. El establecimiento del deber es altamente importante cuando se trata de relaciones profesionales interpersonales dado que entran en juego derechos fundamentales, específicamente los también conocidos como personalísimos, entre los cuales destaca el ejercicio de la medicina, pues recae de inmediato sobre el cuerpo y salud del paciente, y aunque sea también verdad que a la postre toda actividad

profesional o técnica, incluso artística y aún la artesanal, tiene como último destinatario el ser humano o su ambiente, el grado de incidencia no es el mismo. La construcción de edificaciones, por ejemplo, por parte de los ingenieros, o el diseño de programas por parte de los computistas, puede resultar en una mejoría o un empeoramiento de la vida y sus condiciones, e incluso un puente mal construido puede caer y causar la muerte de varias personas; pero en el caso de la medicina, su objeto inmediato es esencialmente vital, no así en el caso de otras actividades profesionales. Ello explica el nivel ético de la relación médico-paciente, al punto que, como ha expresado López, es una relación tan profunda y basada en la confianza que sobrepasa el alcance del concepto de relación para constituirse en vínculo (9); sin embargo, en el presente trabajo, sin desconocer la especial condición ética de la relación médico-paciente y a los fines de preservar tanto la uniformidad terminológica como para precisar niveles de responsabilidad, cosa distinta a los ámbitos de responsabilidad, partimos de la categoría de relación, como la más significativa para denominar el nexo jurídico que nos interesa.

En la actividad médica hay obligaciones que constituyen el núcleo de la responsabilidad ética, y hay relaciones sobre las que puede predicarse responsabilidad jurídica, tanto en su sentido lato como en su sentido estricto.

El carácter del deber jurídicamente establecido depende tanto de la condición o papel de los sujetos de la relación como de sus fines y su contexto, por lo cual existe una pluralidad de especies que no es momento de detallar. Es suficiente, a los fines de este trabajo, resaltar algunas de las acogidas por la Ley de Ejercicio de la Medicina (LEM, en lo sucesivo) de 2011, reformada por el Decreto Constituyente de 2020 (10).

El deber de nivel ético — *rectius* obligación — se revela en el encabezado del artículo 24 de la LEM: “probidad, justicia y dignidad” que luego desarrolla el Código de Deontología cuya tutela básicamente corresponde al organismo gremial, en razón de la interpretación sistemática de este dispositivo y del contenido en el artículo 115 *eiusdem*; en tanto que entre los deberes propiamente bioético-jurídicos, resalta la otra

cláusula del mismo dispositivo: “El respeto a la vida y a la persona humana constituirá, en toda circunstancia, el deber principal del médico y médica”, en razón del cual está obligado a brindar una asistencia a las “exigencias de salud” del paciente, sean cuales fueren las ideas o condiciones del paciente (destacado del autor).

El Código de Deontología en su artículo 5 reconoce como esencial a la profesión médica “el respeto a la dignidad de la persona humana”, cuya responsabilidad no es solo individual, sino que más allá de la penal, “reposa en un concepto moral que se llama conciencia individual” que además se extiende a la comunidad, por lo que el cuidado del paciente es parte de la responsabilidad social del médico “de promover la salud de la colectividad”. No obstante, tal compromiso social no impide que los deberes del médico respecto del paciente prevalezcan sobre sus propios derechos, tanto individuales como gremiales (11).

En orden a los deberes del médico respecto al paciente, el mismo Código de Deontología pauta en su artículo 43, el de atención en el diagnóstico, por lo cual le debe consagrar el tiempo necesario, recurriendo a los medios científicos que estén a su alcance y solicitando la opinión de otros colegas cada vez que lo considere necesario, y así mismo, ha de procurar por todos los medios a su alcance el cumplimiento de la terapéutica.

La obligación moral es básicamente la de atención al enfermo, lo que implica compartir tiempo y observación que se materializan en el diagnóstico acertado, el tratamiento correspondiente y la disposición de brindar todos los conocimientos y medios a su alcance, y que, sin invadir la autonomía del paciente, sobre el cual también pesan deberes además de derechos, debe procurar que se cumplan las recomendaciones terapéuticas del caso. Cuido, tiempo y atención se conjugan, asunto que hasta el mismo Voltaire advirtió cuando dijo que la medicina es “una ciencia que exige una atención y un entendimiento extraordinarios, a pesar de lo cual, son inevitables la incertidumbre y el peligro” (12).

Este compromiso ético se transforma en deber bioético-jurídico, cuya tutela asume el

ordenamiento jurídico cuando su transgresión trasciende a un resultado dañoso jurídicamente relevante, en tanto que ha trascendido a la estabilidad de un orden colectivo, gremial o social, por lo general acompañado de un perjuicio de tipo patrimonial, espacio de la responsabilidad civil, o bien de la afectación intolerable al bien jurídico de la vida o salud de las personas, perjuicio que puede estar acompañado del daño patrimonial.

La caracterización jurídica de la relación médico-paciente se traduce en modelos de responsabilidad cada vez que dicha relación se altera con la ocurrencia de un resultado lesivo a los derechos del paciente, ya sea en el orden patrimonial o en la afectación del bien jurídico, en cuyo seno dichos derechos también encuentran cobijo.

La responsabilidad patrimonial, también conocida como responsabilidad civil, y la culpabilidad penal son expresiones de dichos modelos.

RESPONSABILIDAD CIVIL EN LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

El Derecho capta, ordena y otorga sentido jurídico a las diversas relaciones e interrelaciones que constituyen su objeto mediante modelos teórico conceptuales elaborados y aplicados por el razonamiento jurídico. En este proceso, los hechos reales experimentan una cierta simplificación que permite explicarlos, comprenderlos y, en definitiva, conocerlos, pues la capacidad humana de conocimiento opera a través de estilos y figuras significativas, incluso cuando se recurre a esquemas sistémicos u holísticos.

En el caso de la relación médico-paciente, el vínculo tiene como núcleo el deber-derecho que enlaza a ambos, y que en cuanto atañe a este trabajo, importa básicamente el deber del médico, cuya violación surte el juicio de responsabilidad sobre el mismo, pues, como nos dice Gisbert Calabuig, el médico que por su culpa causa un perjuicio al paciente debe repararlo con base en los principios generales de la responsabilidad,

“según los cuales todo hecho o acto realizado con discernimiento, intención y libertad, genera obligaciones para su autor en la medida en que provoque un daño a una persona” (7). Es decir, son los presupuestos de la responsabilidad civil.

Desde la perspectiva del Derecho Civil, o específicamente del Derecho de Daños, la relación médico-paciente se concibe según dos modelos: contractual y extracontractual, aun cuando en el Derecho Comparado ha habido momentos en los que el binomio se transforma en médico-consumidor, especialmente en algunos casos de la medicina facultativa, pero su condición local e incluso efímera autoriza su mención.

Los seres humanos, en la búsqueda de soluciones a sus problemas y de la satisfacción de sus necesidades e intereses, requieren celebrar acuerdos entre sí que, jurídicamente, se denominan contratos y cuyo objeto son los derechos que tales relaciones contractuales crean, modifican o extinguen. Esta idea inspira la norma del artículo 1.133 del Código Civil venezolano, según la cual “El contrato es una convención entre dos o más personas para constituir, reglar, transmitir, modificar o extinguir entre ellos un vínculo jurídico” (13). La violación del compromiso convenido genera responsabilidad civil contractual, que no se limita al incumplimiento total, sino que también comprende el incumplimiento parcial, defectuoso y tardío, conforme a los parámetros establecidos por la propia convención.

Ahora, la responsabilidad patrimonial también puede no derivarse de una relación contractual, sino de un hecho ilícito, cuyo fundamento básico se encuentra en el artículo 1.185 del Código Civil: “El que, con intención, o por negligencia, o por imprudencia, ha causado un daño a otro, está obligado a repararlo.” Y prosigue el mismo dispositivo: “Debe igualmente reparar quien haya causado un daño a otro, excediendo, en el ejercicio de su derecho, los límites fijados por la buena fe o por el objeto en vista del cual le ha sido conferido ese derecho.” Esta segunda hipótesis es el abuso de derecho (14).

La intención, en sentido amplio, corresponde al dolo; decimos “amplio” porque, en el Derecho Penal, su definición presenta una mayor complejidad, aunque puede servir como punto de partida para determinarlo. Si bien en el ámbito civil se emplea habitualmente la expresión “intención”, no es infrecuente que, al precisar las diferencias, se recurra a las nociones de “dolo civil” y “dolo penal”. El primero se trata, además, como un vicio del consentimiento que anula la manifestación de voluntad del contratante y, por ende, la propia convención. Equivale a mala fe, a una maquinación dirigida a engañar (13). En suma, el dolo que provoca error vicia el consentimiento y anula el contrato. Pero también existe el dolo como intención en el marco de las relaciones extracontractuales (15). Las diferencias entre ambas modalidades de responsabilidad civil, tanto en sus efectos como en los regímenes de prescripción, no serán detalladas en este momento, a fin de no desviar la atención respecto del carácter introductorio de este trabajo.

En el ámbito de la responsabilidad del médico por hecho ilícito, a nuestro juicio no cabe la responsabilidad civil por dolo. Ello obedece a que se trata de la responsabilidad derivada de la transgresión de los deberes particulares que conforman el papel del médico —y, en general, de cualquier actividad profesional o técnica integrada en una prestación de servicios—, cuya infracción hace que el profesional exceda el umbral propio de su función e incida en el orden general de la coexistencia ciudadana. El médico, o cualquier profesional que, en el ejercicio de su función, lesiona el derecho a la vida, a la propiedad o a cualquier otro derecho, además de incurrir en una práctica aberrante, comete un hecho ilícito e incluso un delito, si fuere el caso, difícilmente calificable como “*mala praxis*”. Ya no se trata de un desvío dentro del sendero de la buena práctica profesional, sino del tránsito por un sendero completamente distinto. En pocas palabras, entendemos que la responsabilidad atribuible al profesional es a título de culpa; y que, si su conducta fue dolosa, su responsabilidad

equivale a la de cualquier otro sujeto sin vínculo de profesionalidad, sin perjuicio de que la condición profesional aprovechada por el infractor pueda agravar la sanción correspondiente.

Establecido que la responsabilidad del médico, en cuanto médico, es de índole culposa, cabe agregar que la misma obedece a la concurrencia de negligencia, es decir, el dejar de hacer lo que debía hacer, y de imprudencia, que es hacer lo que no se debe hacer, según la terminología del Código Civil, pero también puede recaer en otras causales, tales como la impericia o el intrusismo. Sin embargo, los casos de impericia, según la experiencia, son de escasa ocurrencia, al igual que el intrusismo, sobre todo si se compara con los casos de responsabilidad por negligencia o impericia.

La responsabilidad culposa puede ser contractual, en cuyo caso es eminentemente subjetiva, es decir, el elemento psíquico define la culpa, o extracontractual, en la que la doctrina la define por el riesgo supuesto, pudiendo ser tanto subjetiva como objetiva, es decir, sin la presencia de la voluntad del responsable. En ambos casos es indispensable la producción de un daño causalmente unido a la acción u omisión del sujeto responsable, por lo cual la relación causal es un elemento insalvable para la determinación de la responsabilidad, aun cuando se trate de responsabilidad extracontractual objetiva (13).

La doctrina sobre la naturaleza contractual o no de la responsabilidad médica es abundante, imposible de abarcar en los límites de este trabajo, pero señalar lo esencial es necesario en todo discurso sobre esta materia. En esencia, el asunto se reduce a determinar si la relación médico-paciente puede calificarse como contractual en determinados supuestos controvertidos, calificación que conlleva consecuencias jurídico-patrimoniales distintas; además, en uno y otro caso, la naturaleza especial o general del deber incumplido es decisiva, así como la concurrencia o no de un consentimiento presunto.

Supuestos controversiales son, por ejemplo, la asistencia médica a un desmayado en la vía

pública, a un herido o a un herido en estado de *shock*. Según Yungano, se trata de casos de responsabilidad contractual derivados del deber que implica el juramento profesional, lo que da lugar a una obligación *ex lege* (7). En efecto, las distintas formulaciones normativas del juramento médico implican la obligación de asistir y cuidar la vida y la salud, como también lo establece el sistema venezolano, en cuyo Código de Deontología Médica se lee: “1) Desempeñaré mi profesión con esmero y dignidad, velando con el máximo respeto por la vida de mis semejantes y aun bajo amenaza no emplearé más conocimientos para contravenir las leyes de la humanidad” (11).

Esta interpretación parte de la distinción entre deberes generales y especiales como condición previa para el establecimiento de la especie de responsabilidad civil. El *neminem laedere* tiene el rango de un deber general rector de las relaciones humanas y se infringe tanto si se comete un delito de homicidio intencional, por ejemplo, como cuando se lesiona por imprudencia a un paciente durante un procedimiento quirúrgico, sobre todo porque todo el ejercicio médico está atravesado transversalmente por los principios bioéticos de beneficencia y no maleficencia que se desprenden del brocardo romano. Por tanto, de acogerse la tesis de Yungano, es necesario especificar el criterio o regla que autorice la prevalencia de uno sobre otro, lo que puede conducir a un océano de incertidumbre.

Otro asunto no menos susceptible de polémica es si el juramento médico cuando, como en el caso venezolano, no está comprendido en una ley formal, puede ser una “obligación legal”, y si lo estuviere, si su naturaleza principista y axiomática puede considerarse como norma jurídica fuente de obligaciones jurídicamente exigibles por sí mismas, o si por el contrario, su exigibilidad jurídica proviene del daño que, entonces, en vez de ser consecuencia material o concreta de la violación de un deber, es la matriz del deber, tipo de razonamiento inductivo que es contraintuitivo del pensamiento jurídico, pero no por eso inaceptable *prima facie*. Según Bello Janeiro, en Colombia la tendencia jurisprudencial es la ampliación de la responsabilidad contractual,

incluso a supuestos que antes no se estimaban tales (16), y, en sentido similar, en Argentina, incluso con independencia de la esencia de la relación (7).

Áreas de la medicina como la estética o restaurativa han sido campo propicio para la discusión acerca de si en casos de responsabilidad contractual, la misma contiene obligación de medios o de resultados, aunque hoy en día se tiende a considerar de medio, en razón de la mayor importancia que tiene en la misma la apreciación subjetiva en cuanto el resultado esperado, salvo aquellos casos en los cuales el profesional de la medicina se hubiere obligado a uno específico (7).

En definitiva, la calificación del deber infringido y la concurrencia del consentimiento son inseparables del análisis de la naturaleza jurídica-civil de la relación en el contexto de los casos concretos, sobre todo en los controversiales, sin descartar los problemas que suscitan tanto la definición del daño, dado que tiene varias facetas - material, moral, psicológico -, como el internamiento en establecimientos, públicos o privados, sobre todo cuando el acto médico contemporáneo ocurre de ordinario en el seno de una institución cuya responsabilidad también puede ser discutida, sobre todo cuando se trata de voracidad hostil contra el ejercicio médico que transforma la relación de confianza en otra de desconfianza.

CONCLUSIONES

El marco general adoptado es el de la responsabilidad en su sentido normativo, porque su sentido y significado provienen de la norma jurídica que la establece y que, en el presente trabajo, se unifica como bioética-jurídica.

La responsabilidad se concibe como un juicio que recae sobre un proceso de juicio que culmina en una decisión determinada y que, con su ejecución, es materia del metajuicio de responsabilidad.

La referencia normativa del juicio de responsabilidad remite a las ideas de deber y

bien jurídico, ambas relevantes para las distintas esferas de responsabilidad: ética, disciplinaria, institucional y, en definitiva, la propiamente bioética-jurídica.

La medicina encierra profundos valores morales que se asocian con la sabiduría del saber científico, en una mezcla singular de arte y ciencia.

La profesión médica, además de excepcionales condiciones morales, exige competencias técnicas y científicas y, hoy en día, está expuesta a peligros de deformación derivados del mercantilismo, de la voracidad de las demandas injustas, de la despersonalización y del afán de reconocimiento, entre otras causas.

En la relación médico-paciente, es fundamental el marco deontológico; no obstante, es asunto de reflexionar e indagar acerca de la condición normativa de la fuente del deber en su dimensión jurídica.

En este orden de ideas, la responsabilidad médica, cuando establece la indemnización o la reparación de carácter patrimonial, es una responsabilidad civil.

La relación médico-paciente, considerada jurídicamente desde la perspectiva patrimonial de sus efectos, se clasifica según determinados modelos.

La responsabilidad civil puede ser contractual o extracontractual; la primera da lugar al debate sobre si es de medios o de resultados. La tendencia predominante la considera de medios, salvo en casos excepcionales en los que el médico, sobre todo cuando se trata de medicina restaurativa, se compromete a un resultado determinado.

La responsabilidad civil contractual proviene del incumplimiento, total o parcial, defectuoso o tardío de la obligación contraída generadora del daño resarcible.

La responsabilidad civil extracontractual se origina en la intención, la negligencia o la imprudencia.

En el caso de la responsabilidad civil profesional, médica en este caso, proviene del ultraje al deber profesional contraído, razón por la cual, cuando el ultraje afecta a deberes generales de convivencia, no se trata de responsabilidad profesional, sino de un hecho ilícito civil, que, por supuesto, por regla general, va acompañado de otras esferas de ilicitud, particularmente la penal.

Hay diferencias entre la responsabilidad civil contractual y la extracontractual en cuanto a sus efectos y a la prescripción.

A MODO DE INTRODUCCIÓN A LA RESPONSABILIDAD PENAL DEL MÉDICO

La responsabilidad jurídica se estructura sobre una acción u omisión, un resultado dañoso y el nexo causal, y su título varía según la naturaleza de la violación de la norma que rige la relación intersubjetiva y del daño correspondiente, que, como ya sabemos, es de tipo patrimonial cuando se trata de la responsabilidad civil, ya sea contractual o extracontractual.

Cuando la infracción proviene de la negligencia, impericia, imprudencia o inobservancia de órdenes o reglamentos, se está ante un cuadro de responsabilidad culposa o por culpa, sea civil o penal; en cambio, cuando el infractor, profesional de la salud en este caso, procede con intención, incurre en responsabilidad civil extracontractual o en delito, o ambos a la vez, hipótesis última que es la que generalmente sucede cuando se actúa con intención o dolo.

En materia penal, la voz “culpa” se emplea de manera genérica y sinónima de los diversos supuestos de proceder culposos, aunque hay tendencia a emplear mayoritariamente la voz “imprudencia” como categoría general del comportamiento culposos. En cambio, la voz “culpabilidad” puede utilizarse en varios sentidos: como elemento constitutivo del hecho punible, como principio y también como sinónimo de responsabilidad.

En razón del título y del carácter de este trabajo, empleamos la voz “responsabilidad” tanto en el ámbito civil como en el penal. Asimismo, empleamos el término “culposos” como término genérico para todas las modalidades de culpa.

La responsabilidad penal se fundamenta en la comisión, a título de autor, coautor o partícipe, por acción u omisión, de un hecho punible, consumado o en grado de tentativa al menos, siempre que concurren estos elementos: que el hecho esté tipificado en la ley y sea contrario a Derecho; y que el sujeto responsable haya actuado con dolo o por culpa. Estas condiciones determinan la imposición de la pena legalmente prevista.

A diferencia de lo que ocurre con los delitos intencionales o dolosos, la aplicación de los tipos penales a título de culpa requiere que el precepto legal incorpore expresamente los elementos que definen la culpa (*numerus clausus*). En cambio, si el precepto omite la referencia expresa a la intención o al dolo, se sobreentiende que se trata de un hecho doloso.

En el caso de los delitos que puede cometer el médico, o el profesional de la salud en términos más amplios, hay que hacer referencia básicamente a los delitos de homicidio y lesiones, aunque también puede haber casos de manipulación genética, sin que se prevé un supuesto de culpa.

El Delito Culposos

En esta especie delictiva, el sujeto activo no desea el resultado producido, pero este ocurre debido a su comportamiento culposos, que inobservó la norma del debido cuidado, fuente de su responsabilidad (17).

Dos nociones, por lo menos, son importantes para un primer acercamiento a esta especie de responsabilidad: la norma de cuidado y la previsibilidad.

Modolell González sostiene que la referencia a la norma de cuidado “deriva de la concreta relación

de riesgo en que se encuentra el autor”, con la advertencia de que hay actividades peligrosas que requieren un conocimiento técnico, sin el cual se habla de impericia; mientras que hay otras en las cuales el autor sí posee las competencias técnicas para su actividad, pero debe tomar las medidas conducentes al control del riesgo, lo que requiere poseer mayor información pertinente antes de iniciar su labor, y si no lo hiciera, incurre en lo que se llama negligencia. Por último, actividades muy arriesgadas que exigen un comportamiento prudente, cuya omisión da lugar al supuesto de imprudencia (18). Los reglamentos, órdenes o instrucciones son fuentes que eventualmente pueden dar lugar a la responsabilidad del autor, pues por sí solas no la generan; es necesario atender al caso concreto para determinar su exigibilidad. Así cita Bustos-Hormazábal: “La reglamentación sólo contiene un llamado de atención sobre una medida de precaución de carácter general, pero que puede ser sustituida por otra precaución de eficacia equivalente” (18).

En el caso de la medicina, dada su condición de arte y ciencia, tiene particular importancia la *praxis* que puede ser definida en estos términos “anunciar, prescribir, indicar o aplicar cualquier procedimiento directo o indirecto de uso en el diagnóstico, pronóstico y/o tratamiento de las enfermedades de las personas o la recuperación, conservación, y preservación de la salud de estas, el asesoramiento público o privado, así como las pericias que practican los médicos” (19).

Cómo es fácil inferir, esta *praxis* se desnaturaliza cuando es errónea a consecuencia del comportamiento culposos del agente generador del daño, pues este último aunque se produzca, no es fuente per se de responsabilidad, pues puede encontrarse dentro del rango de la concreción de los riesgos permitidos o tolerados, o que sean implícitos al acto médico realizado, como sería el caso, por ejemplo, de la amputación de un miembro para salvar la vida del paciente y en general cuando el producido es de mayor beneficio que si se omitiera y en situaciones de salvamento (20).

En consecuencia, para que proceda la imputación, uno de los elementos a considerar

es si el médico actuó conforme a las reglas de la *praxis* según la norma de cuidado, lo que implica que el juez valore los supuestos de culpa sin que la inobservancia de reglas o la acusación del daño basten por sí solas para establecer el reproche, pues priva la observancia de lo adecuado como debido en la situación concreta de que se trate, o dicho en palabras de Roxin: “Cómo de grande deba ser el peligro para ser jurídico-penalmente relevante y por tanto fundamento de la imputación imprudente, depende en primer término de la relevancia social de la conducta generadora de riesgo” (21).

Es innegable que el ejercicio de la actividad es de gran relevancia social; por lo tanto, exige al profesional de la salud la máxima diligencia posible según el contexto en el que se encuentre.

De la Previsibilidad

Aun cuando teorías jurídicas más modernas asumen el aspecto subjetivo del delito culposos con otros criterios de sistematización y terminología, a nuestros fines introductorios el término es válido, sobre todo si lo asimilamos a la conciencia del deber.

Bustos Ramírez nos enseña que se trata del deber de prever los riesgos o peligros propios de la conducta realizada, es decir, de la exigencia de previsibilidad, imposición del Derecho asociada a las condiciones personales y contextuales: “... lo primero que hay que determinar en los comportamientos altamente peligrosos y antes de la constatación de que el peligro no se ha realizado, es si había o no previsibilidad. Si se determina que no había, entonces no vale la pena seguir adelante, pues habrá que determinar que falta el comportamiento típico, esto es, la acción imprudente” (22).

El juicio de previsibilidad continúa, es valorativo y constituye un pronóstico de un observador objetivo en el momento de la acción, de lo que va a suceder, es decir, del resultado lesivo al bien jurídico y acto seguido, verificar la concurrencia de las medidas de precaución y

si al agente según las circunstancias en que se encontraba, le era exigible su adopción en razón del caso y situación concreta en que actuó: “Se trata, en consecuencia, de determinar con precisión las medidas de prudencia que objetivamente debían exigirse al sujeto concreto frente a la previsibilidad de los riesgos o peligros” (22).

Establecida la exigencia normativa de la previsión en atención a las circunstancias personales y fácticas que rodean el hecho concreto, y si de dicho análisis se desprende dicha exigencia, se aborda el tema de la previsión o su ausencia, lo que da lugar a la clasificación de la culpa en consciente e inconsciente. La primera ocurre cuando, aun no queriendo el resultado, el sujeto advierte su posibilidad y, sin embargo, actúa confiando en que no ocurrirá; la segunda, cuando el agente ni quiere ni prevé la posibilidad del resultado lesivo finalmente ocurrido (17).

Muchas dificultades conllevan esta última especie, pues cada vez son más los casos en los que se condena por dolo eventual, sobre todo en materia de actividad médica y vehicular.

Lo cierto es que la estructura del dolo y de la culpa, aun la consciente, difiere; más aún, lo que ha venido ocurriendo es que, por razones político-criminales, las decisiones judiciales agravan la pena del autor culposos, porque consideran que la pena por el tipo culposos es muy leve ante la gravedad del hecho, o por la relevancia de la víctima o por el clamor social.

Con su modélico estilo, Bustos Ramírez asevera que no hay duda de que en el dolo eventual hay mayor gravedad, lo que permite su asimilación en la pena, con el hecho doloso propiamente tal: “La asimilación del dolo eventual a los delitos dolosos a efectos de la pena, el (sic) Código Penal es sólo una conclusión de carácter interpretativo, que se hace posible, conforme al principio de proporcionalidad, por su mayor gravedad dadas las penas más bajas de los delitos culposos”. Y continúa: “Esta gravedad de los delitos con dolo eventual que viene dada por la mayor intensidad de los elementos subjetivos que predominan sobre los objetivos, obliga en el momento de la

determinación de la pena a aplicar, una pena más grave que la que le correspondería si fuera un mero delito culposos” (22).

En síntesis, la mayor lesividad del hecho llevó a la asimilación del dolo eventual al dolo propiamente dicho, lo que, de suyo, indica que pareciera haber alguna diferencia entre ambos y que comportamientos culposos con efectos muy graves se califiquen como dolosos —dolo eventual—, lo que sólo es posible forzando la estructura del tipo culposos y así transformarlo en doloso.

Mientras los legisladores no procedan a reformular los tipos culposos en aquellos casos en los que se desempeñan papeles o funciones potencialmente muy peligrosas por la intensidad del daño, tanto por la gravedad de la lesión al bien jurídico como por la gravedad material del resultado, el recurso interpretativo de trasladar la culpa consciente al dolo no responde a una técnica bien estructurada.

Los esfuerzos dogmáticos para definir el elemento subjetivo del delito culposos, de por sí evasivo a la comprobación y, por ello, proclive a la arbitrariedad judicial en desmedro de la seguridad jurídica, no han resultado satisfactorios, lo que tampoco debe llevar a un normativismo absoluto que sustituya la conciencia del agente por la exigencia del deber. Un prudente y justo equilibrio entre ambos es una tarea ímproba que aún no se ha logrado.

Vista como ha sido, aunque someramente, la estructura del tipo culposos, resta abordar su atribución, es decir, la imputación al autor de este.

De la Imputación

La teoría de la imputación objetiva, aun cuando su ubicación sistemática no es del todo pacífica, goza de una importante acogida en la dogmática contemporánea para resolver problemas de atribución del hecho, especialmente en delitos culposos, sin descartar su aplicación a delitos dolosos y de omisión.

El ámbito de la responsabilidad penal médica corresponde fundamentalmente a delitos culposos, por lo que es necesario dedicarle algunas líneas introductorias.

El tipo culposo tiene la siguiente estructura: a) conducta violatoria de un deber de cuidado especial; b) nexo causal con el resultado; c) imputación objetiva del resultado a la conducta infractora (18).

El primer elemento, la conducta culposa, se configura —también en el derecho patrimonial - por imprudencia, negligencia, impericia o inobservancia de reglamentos, órdenes o instrucciones, modos todos de infracción del deber objetivo de cuidado.

En cuanto al deber infringido y al criterio a seguir para determinar su infracción, Modolell González resalta que el deber de cuidado opera como un estándar cuyo análisis no recae en la actitud subjetiva del agente respecto de dicho deber, sino que se corresponde con la del “hombre medio” en su ámbito de relación. Este estándar, sin embargo, abre la compuerta para analizar dos situaciones complejas: una, cuando el sujeto activo dispone de conocimientos especiales que le permiten una previsibilidad que va más allá de la de quien carece de esos conocimientos, y la otra, cuando el agente cuenta con aún más elevados conocimientos, o “especiales superiores” o “capacidad superior”, como también se les conoce (18).

Varias son las definiciones que existen acerca del conocimiento especial: los que superan al ciudadano medio en la respectiva actividad; el que supera lo “exigido por el Ordenamiento para cualquiera que ocupe una determinada posición jurídica dentro del tráfico jurídico”; “los conocimientos que superan los propios del papel del autor” (23).

Estas y otras muchas definiciones revelan que no se trata solamente de tautologías, sino que influyen, de un modo más o menos acentuado, en la posición de cada autor o corriente acerca de la naturaleza y los fines del Derecho Penal.

Obviamente, en el presente trabajo no podemos ir más allá de presentar el problema de la vaguedad conceptual; no obstante, la importancia radical del tema radica en determinar el grado de reproche al autor e incluso en la no punición de su conducta.

Por otra parte, cuando se trata del ejercicio médico, sería necesario establecer un supuesto de profesional medio, referencia que resulta complicada en razón de las diversas especialidades, a lo que se suman las diferentes competencias y capacidades que pueden encontrarse en una misma especialidad, según la experiencia del especialista en particular de que se trate.

En lo que se refiere al nexo causal, la doctrina mayoritaria acoge la teoría de la equivalencia de las condiciones, pese a las críticas que, sobre todo en Ataño, se le hicieron. Sobre la misma se elaboró la fórmula de la *conditio sine qua non*, según la cual, si se suprime mentalmente una condición, el resultado desaparece, se considera causa (24).

A esta teoría se le han añadido algunos elementos con el fin de evitar una dilatación excesiva de su alcance en la determinación de la responsabilidad penal. Así tenemos la teoría de la imputación objetiva, según la cual la atribución del resultado material se establece mediante un juicio valorativo basado en el concepto de riesgo, entendido como *posibilidad de menoscabo del bien jurídico*, criterio que gira en torno a su creación —incluso cuando se trate de un riesgo distinto al previo—, aumento y no disminución, para la imputación. *Ergo*, es la aptitud de la conducta sobre el riesgo la que determina la atribución o no del resultado en razón del respectivo juicio valorativo (18), por lo que no basta la causación material del resultado para la imputación, aunque sea necesaria.

En síntesis, el delito culposo requiere una conducta infractora del deber objetivo de cuidado, bien sea a consecuencia de negligencia, imprudencia, impericia o inobservancia de reglamentos, órdenes o instrucciones; un nexo causal que se establece por la teoría de la equivalencia de condiciones, al menos según la

doctrina prevaleciente y, por último, la imputación del resultado material, según los criterios de la teoría de la imputación objetiva.

De los Tipos Penales

Establecido que la responsabilidad penal del médico corresponde por excelencia a la modalidad culposa, hemos de concluir que se configura en los delitos de homicidio culposo, tipificado en el artículo 409 del Código Penal, por la causación de la muerte a consecuencia de la conducta imprudente, negligente o imperita en la profesión, arte o industria, o “por inobservancia de los reglamentos, órdenes o instrucciones”. El mismo se sanciona con prisión de entre seis meses y cinco años, cuantía que el juez medirá en función del grado de culpabilidad del agente. Esta última previsión significa que la pena no se calcula según el término medio previsto en el artículo 37 del mismo Código, sino que el juez debe apreciar la intensidad de la infracción del deber y sus efectos para aplicar la pena que corresponda. O sea, ¿qué tan reprochable es el hecho para el autor?

Las otras figuras son las de lesiones en sus diferentes grados —menos graves, gravísimas y levísimas—, previstas en el artículo 420 del Código Penal, con diferentes tipos de pena: a) arresto y multa, lesiones culposas menos graves; b) prisión o multa, lesiones culposas gravísimas; c) arresto o multa, lesiones culposas levísimas.

Como hemos visto, en el ejercicio del acto médico, el profesional puede, por un obrar culposo, causar la muerte o una lesión al paciente. Sin embargo, por un desempeño profesional ilegal, puede estar incurso en responsabilidad penal, pues así lo prevé el Decreto Constituyente de Reforma de la Ley Ejercicio de la Medicina (10), cuyo análisis detallado no es propio de un trabajo como el presente; no obstante, por el tema abordado, se requiere que anotemos algunas ideas básicas.

El Título destinado al régimen sancionatorio se divide en dos capítulos. El primero prevé las “infracciones” y el “ejercicio ilegal de la

medicina”, con dos artículos: los 102 y 103. El 102 define los supuestos de infracción de la ley por parte de los médicos, y el 103 estatuye los del ejercicio de la medicina sin titulación, es decir, sin autorización legal. Aunque uno de los supuestos plantea, en teoría, dudas sobre si también puede ser cometido por médicos, me refiero al de incitación a la automedicación.

El capítulo que se refiere a las sanciones clasifica estas en disciplinarias, administrativas y penales. Estas últimas consisten en prisión, en distintas escalas, especificadas para cada tipo. La pena puede ir de un mes a cinco años de prisión si la consideramos en su generalidad.

Los tipos son dolosos y, en su inmensa mayoría, de mera actividad; mas no se puede dejar de lado que la pena por homicidio culposo oscila entre seis meses y cinco años de prisión, según el grado de reproche. Ahora, según el numeral 1º del artículo 121, el forjamiento total o parcial de los títulos profesionales de medicina, o su alteración, puede ser sancionado con una pena de entre dieciocho meses y cinco años de prisión, al igual que la suplantación del profesional en la oferta o prestación de servicios de atención médica.

Es justo y razonable que esta conducta sea penalmente sancionada, pero el bien jurídico afectado no alcanza la importancia del resultado muerte e incluso lesión, sobre todo si es gravísima, por lo que no hay equilibrio en la reacción punitiva del sistema jurídico entre uno y otro caso, pues puede darse el caso que un homicidio culposo sea sancionado con igual o menor pena que un atentado a la fe pública o una puesta en peligro de la vida o salud de las personas, que son los bienes sobre cuya indebida afectación prevé el mencionado numeral 1º del artículo 121.

REFERENCIAS

1. De Larrañaga Monjaraz P. La responsabilidad en el derecho: una aproximación sistémica. UNAM. 2025. Disponible en: <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/8/3796/20.pdf>.
2. Hernández N. De la responsabilidad jurídica del médico (Teoría General de la *Praxis* Médica)

- Doctrina-Legislación-Jurisprudencia. Editorial Ateproca. Caracas. 1999.
3. Meincke MJ. La mala *praxis* médica. Relaciones entre ética, derecho y medicina. Consecuencias penales e imputación objetiva. Ad-Hoc. Buenos Aires. 2001.
4. Goic G A. El fin de la medicina. Mediterráneo. Santiago de Chile. 2000.
5. Carvallo PI. Ser Médico. Gaceta Médica Caracas. 2009;117(4): 273-273.
6. Yungano AR. Cuestiones Civiles. En: Yungano, Arturo Ricardo; López Bolado, Jorge; Poggi, Víctor Luis; Bruno, Antonio Horacio, Responsabilidad Profesional de los Médicos. Cuestiones civiles, penales, médico-legales, deontológicas. 1986. Segunda edición. Editorial Universidad. Buenos Aires.
7. Kerdel-Vegas F. Paradojas Médicas. Las contradicciones de la medicina actual. La Hoja del Norte. ISBN 978-0-9915219-5-1 (ebook). 2014.
8. López O. Naturaleza jurídica de la relación médico-paciente. Responsabilidades que genera. En Derecho Médico. II Simposio Iberoamericano. IV Jornadas Uruguayas de Responsabilidad Médica. I Taller de Responsabilidad en Enfermería.
9. República Bolivariana de Venezuela. Ley de Ejercicio de la Medicina. Gaceta Oficial No. 41 984, del 13-10-2020.
10. Federación Médica Venezolana. Código de Deontología Médica. <https://www.studocu.com/latam/document/universidad-nacional-experimental-de-los-llanos-centrales-romulo-gallegos/bioetica-i/codigo-etica-y-deontologia-medica-venezolano/81509419>.
11. Voltaire. Obras Escogidas. El ingenuo. Pérez del Hoyo J, editor. Madrid. 1975.
12. Urdaneta Fontiveros E. El error, el dolo y la violencia en la formación de los contratos. Academia de Ciencias Política y Sociales, Serie Estudios, Caracas. 2009;83.
13. República de Venezuela. Código Civil. Gaceta Oficial Extraordinaria No 2 990, de fecha 26-7-1982.
14. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Informe. Responsabilidad civil extracontractual: doctrinas derivadas del daño resultado del tabaco. P. 4 *passim*. Disponible en: https://www.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/20347/5/Informe_%20Responsabilidad%20civil%20Tabacaleras_v5.pdf.
15. Bello Janeiro D. La responsabilidad médica. Pontificia Universidad Javeriana. Temis. Universidad de la Coruña. Colección Internacional. 2011; (3): 16-17.
16. Mir Puig S. Derecho Penal. Parte General. 7a edición. B def. Julio César Faira. Editor. Buenos Aires-Montevideo. 2004.
17. Modolell González JL. Derecho Penal. Teoría del delito. Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, 2004.
18. Anaya-Prado R, Aguila-socho-Gaxiola C, Schadeegg-Peña D, Arreola-Valles A, Pérez-Ávila CE, Medina-Portillo JB. *Praxis Médica*. Cirujano General (Asociación Mexicana de Cirugía General). 2013;35(Suplemento 2):164-166.
19. Molina Arrubla, CM. Responsabilidad penal en el ejercicio de la actividad médica. Parte General. Biblioteca Jurídica Dike, Medellín. 1994.
20. Roxin C. Derecho Penal. Parte General. Tomo I. Fundamentos de la estructura del delito. Civitas, Madrid. 1997.
21. Bustos Ramírez J. Derecho Penal. Tomo I. Fundamentos del Derecho Penal y Teoría del delito y el sujeto responsable. Segunda edición. Leyer, Bogotá. 2008; p. 680.
22. Arana AFD. La relevancia de los llamados conocimientos especiales en la determinación de la violación al deber objetivo de cuidado. Cuadernos De Derecho Penal. 2014; 11:113-168. Disponible en: <https://doi.org/10.22518/20271743.312>.
23. Reyes Alvarado Y. Imputación Objetiva. Editorial Temis S.A. Santa Fe de Bogotá. 1994: 10-11.

Intrusismo médico: entre lo ético y lo legal

Medical intrusion: Between ethical and legal

Germán Rojas Loyola^{1a*}, Ana Suniaga Farías^{2b}

RESUMEN

El intrusismo médico es un delito basado en el elemento falseador de una figura médica, que se comete independientemente del peligro, daño o beneficio que pudiera o no producirse a las personas o a la profesión médica. En este ensayo se exponen y analizan las variedades de intrusismo médico señaladas en el artículo 23 del Código de Deontología Médica de la Federación Médica Venezolana. Algunas variedades no se consideran constitutivas del delito de intrusismo médico en el ordenamiento jurídico venezolano, por lo que se propone deliberarlas individualmente con fundamento en los valores de la ética de las profesiones sanitarias, de la praxis médica y de la lex artis.

Palabras clave: intrusismo médico, ética médica, responsabilidad profesional, praxis médica, lex artis

SUMMARY

Medical intrusion is a crime based on the distortion of a medical concept, committed regardless of the danger, harm, or benefit it may or may not cause to individuals or the medical profession. This essay presents and analyzes the varieties of medical intrusion outlined in Article 23 of the Code of Medical Ethics of

the Venezuelan Medical Federation. Some varieties do not constitute the crime of medical intrusion in the Venezuelan legal system; therefore, they should be deliberated individually based on the values of health profession ethics, medical praxis, and lex artis.

Keywords: medical intrusion, medical ethics, professional responsibility, medical praxis, lex artis

INTRODUCCIÓN

El Código de Deontología Médica (CDM) de la Federación Médica Venezolana (FMV) (1) señala que “El intrusismo es el ejercicio de la medicina por personas no autorizadas legalmente para ello”. Se entiende por ejercicio de la medicina la prestación de servicios encaminados a la conservación, fomento, restitución de la salud y rehabilitación física o psico-social de los individuos y de la colectividad, la prevención, diagnóstico y asesoramiento médico-forense, así como la investigación y docencia clínica en seres humanos, de acuerdo con lo establecido en el artículo N°2 de la Ley de Ejercicio de la Medicina” (2). En el Diccionario Panhispánico de Términos Médicos (DPTM) se define el intrusismo como el “ejercicio ilegal de la

ORCID:

¹ [0000-0003-2681-7871](https://orcid.org/0000-0003-2681-7871)

² [0009-0008-0548-3407](https://orcid.org/0009-0008-0548-3407)

***Autor de correspondencia:** Germán Rojas Loyola, Calle Doctor Muñoz Urra 22, Talavera de la Reina, Toledo, España. CP 45600, Cel: +34 613183766, E-mail: grojasloyola@gmail.com

Recibido: 31 de julio 2026

Aceptado: 03 de septiembre 2026

- Médico Cirujano. Especialista en Pediatría y Puericultura, MSc. en Bioética, Maestría en Gestión de la Seguridad Clínica del Paciente y Calidad de la Atención Sanitaria, Centro Nacional de Bioética (CENABI). Caracas - Venezuela
- Licenciada en Enfermería. Especialista en Cuidados Intensivos Pediátricos, Abogada (Universidad Santa María). Diplomada en Derecho Médico (UCAB). Centro Nacional de Bioética (CENABI). Caracas - Venezuela

medicina por parte de una persona que carece de la titulación oficial requerida para ello” (3). El CDM (Artículo 23) señala las variedades de intrusismo (1).

En Venezuela, siempre han existido individuos que sin titulación, legalización o autorización ejercen la profesión y ejecutan actos propios de los médicos, comprometiendo no solo el bienestar y la salud de los pacientes, sino modificando el curso natural de las enfermedades, lo que dificulta o retrasa el diagnóstico y tratamiento oportunos por parte de los verdaderos médicos certificados y legalmente autorizados para ello; son una peligrosa noxa para la sociedad porque producen más enfermedad, discapacidad y muerte con su catastrófico desempeño (3).

Ossorio (1974) ha señalado que la intrusión corresponde al ejercicio espontáneo y sin derecho de un cargo, profesión o dignidad, y que el intrusismo es la acción de introducirse sin derecho en una dignidad, jurisdicción, oficio, etc., lo que puede configurar determinados delitos (4). De conformidad con esta definición, el intrusismo en el ámbito de la medicina comprendería no solo a quienes ejercen la profesión sin el título legal correspondiente, sino también a quienes, aun ostentando el título de médico, se anuncian o ejercen una especialidad médica sin poseer la acreditación, el título o el derecho legalmente exigidos para ello.

Por ello que el intrusismo médico requiere nuestro estudio y revisión. Su análisis debe abordarse desde dos vertientes: la jurídica y la ética (5). No existe unanimidad en la doctrina sobre el bien jurídico comprometido en el delito de intrusismo. Sus preceptos han fijado el objeto de tutela en el llamado “tríptico de intereses” donde confluyen: el interés de los particulares que solicitan el servicio médico, el interés de los diferentes grupos profesionales en que no se invada la esfera de sus competencias y el interés del Estado, que tiene la potestad exclusiva para emitir o expedir títulos en determinadas profesiones. Sin embargo, como se ha mencionado, el delito de intrusismo se comete al ejercer actos propios de una profesión sin poseer el título académico

correspondiente, por lo que ninguno de los preceptos mencionados constituiría propiamente el bien jurídico protegido (6).

Algunas legislaciones, como la venezolana, consideran que sólo hay un bien jurídico afectado: la potestad exclusiva y excluyente del Estado de expedir títulos que capacitan para el ejercicio de determinadas profesiones, concedidos con las garantías indispensables; de esta manera, el sujeto pasivo del delito es el interés público (6,7), si bien con tales títulos también se satisfacen las necesidades sociales (7).

El “elemento falseador” otorga al intrusismo su figura jurídico-penal más importante. Se trata de una falsedad sancionable, a saber: la invención o creación de una figura médica que se detenta, pero que no existe en realidad y que se espera que sea considerada en las relaciones jurídicas y personales (7).

El delito de intrusismo existe con independencia del peligro, daño o beneficio que pudiera o no producirse a las personas o a la profesión médica; no obstante, la consumación del delito de intrusismo puede dar lugar a la comisión de otros delitos. En estos casos, deberá plantearse el correspondiente “concurso de delitos” (7). En principio, puede afirmarse que la realización de un solo acto propio de la profesión usurpada es suficiente para haber consumado el delito, pero lo usual es que haya alguna habitualidad, alguna “profesionalización” por parte del intruso, no sólo porque sería más fácil de detectar si no la hubiera, sino también porque parece requerido para demostrarla (intrusismo continuado) (7,8).

De manera que el intrusismo se considera, en el derecho penal y, en particular, en la aplicación del derecho médico, un delito doloso que genera responsabilidad penal médica. Para esto, se hace referencia a la forma de obrar del médico (intencional, consciente y voluntaria) que lo pudiera involucrar en situaciones tipificadas en el Código Penal (CP) y en leyes conexas, las cuales constituyen delitos que pueden ser sancionados (9,10).

La ignorancia de la situación real o la creencia de actuar con ánimo de ayudar no exime al profesional de responsabilidad; la buena intención no justifica la conducta ni sus consecuencias, conforme al principio de que la ignorancia de la ley no excusa del cumplimiento de la ley (Código Civil, Artículo 2). Asimismo, en determinados supuestos la conducta puede concurrir con agravantes genéricas previstas en el CP (Artículo 77), como la alevosía, la comisión por precio, recompensa o promesa, o la premeditación (10,11).

Curanderismo y Charlatanería

En el DPTM la palabra “curanderismo” se usa como sinónimo de intrusismo (3). Se identifica a los curanderos (brujo, adivino, chamán, piache) de las culturas ancestrales que, sin poseer el título oficial de médico, diagnostican y tratan a pacientes mediante prácticas curativas empíricas o rituales y remedios no reconocidos por la medicina científica; en la cosmovisión de estas culturas, practican una medicina tradicional, popular o indígena. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023) señaló que la medicina tradicional tiene una larga historia y que es la suma de los conocimientos, habilidades y prácticas basados en las creencias y experiencias indígenas de diferentes etnias, razonables o no, que se utilizan para el mantenimiento de la salud, la prevención, el diagnóstico, la mejora o el tratamiento de enfermedades físicas y mentales (12).

La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (CRBV) (Artículo 122) reza: “Los pueblos indígenas tienen derecho a una salud integral que considere sus prácticas y culturas. El Estado reconocerá su medicina tradicional y las terapias complementarias, con sujeción a principios bioéticos” (13). La Ley Orgánica de Pueblos y Comunidades Indígenas (LOPCI) establece que estos grupos poblacionales tienen derecho al uso de su medicina tradicional y de sus prácticas terapéuticas para la protección, el fomento y la restitución de su salud integral (Artículo 111). También se hace referencia a la incorporación de la medicina tradicional indígena

al Sistema Nacional de Salud (Artículo 112), a la participación indígena en los programas y servicios de salud (Artículo 113) y a que el Estado, con la participación de éstos, garantizará la capacitación del personal encargado de su atención en salud y promoverá la incorporación en los programas de formación de contenidos sobre medicina indígena, respetando su cosmovisión, conocimientos, prácticas, usos, costumbres y tradiciones (Artículo 115) (14).

En la estructura del Ministerio Popular para la Salud (MPPS) existe la Dirección de Salud Indígena, Intercultural y Terapias Complementarias, dependiente del Viceministerio de Salud Integral (15), que sigue la estrategia de la OMS de aprovechar el potencial de la medicina tradicional a través del lente de la ciencia y lograr su integración en los sistemas nacionales de salud. Esto quedó plasmado en la primera cumbre de Medicina Tradicional y en la Declaración de Gujarat (agosto de 2023), así como mediante la fundación del Primer Centro Mundial de Medicina Tradicional de la OMS (16).

En estos ambientes culturales, el curandero se considera un “intrusista empírico”, pero, como se ha señalado, su práctica es reconocida por el Estado. Su actividad debe estar sujeta a los principios bioéticos y regulada por la justicia, en especial la penal. Fuera de estos ambientes, el “curanderismo” se considera un remanente y una “versión moderna” de estas prácticas ancestrales. Se trata de individuos que poseen un gran poder de sugestión y se aprovechan de la pérdida de fe en los médicos y en el sistema de salud de quienes atienden, y, además, de la común predisposición de quienes atienden hacia lo mágico y de su falta de educación y cultura (7). Clemente (2001) señaló que los elementos constituyentes de esta conducta delictiva son: a) No tener título ni autorización para el ejercicio de un arte de curar o excederse en los límites de una autorización, b) Anunciar, prescribir, administrar o aplicar medicamentos, aguas, electricidad, hipnotismo o cualquier medio destinado al tratamiento de las enfermedades de las personas, c) Realizar estas acciones en forma habitual y d) Es indistinto que haya gratuidad o no de las acciones (17).

Por otro lado, la “charlatanería” se refiere a individuos considerados “profesionales de la mentira” que explotan la buena fe y la ingenuidad de la gente. Los componentes caracterizantes de esta figura delictiva son: a) el autor posee título universitario o autorización para ejercer un arte de curar, b) anuncia o promete la cura de enfermedades a término fijo, c) la cura se obtiene por medios secretos e infalibles (7, 16). Se entiende por “término fijo” cuando se anuncia o se promete fijar un plazo improrrogable para la enfermedad. Los “medios secretos” se refieren a conocimientos de carácter exclusivo de la persona o del instituto que no han sido expuestos ni probados públicamente en publicaciones o en eventos científicos. Lo de “infalible” implica una seguridad absoluta en el diagnóstico o en el tratamiento de una enfermedad (17).

Las prácticas del “curanderismo” y la “charlatanería” suponen un riesgo de daño a la salud individual o pública. Desde el punto de vista jurídico, constituyen un ejercicio ilegal de la profesión sanitaria y pueden implicar responsabilidad penal por intrusismo y por delitos culposos. Para la procedencia de la acción penal, serán necesarias la denuncia formal de la víctima o de sus representantes, la acreditación de la habitualidad de la conducta y la demostración del nexo causal entre la sustancia o el procedimiento empleado y el daño físico. No obstante, el mero ejercicio de actos propios de la medicina sin la titulación exigida por la ley constituye, en sí mismo, responsabilidad penal por intrusismo, sin perjuicio de las agravantes que pudieran concurrir y de las responsabilidades civiles y disciplinarias que correspondan.

Medicina complementaria y alternativa

La Academia Nacional de Medicina (ANM) señaló en una resolución del año 2000 que (18):

1. La medicina complementaria no se sustenta en bases científicas sólidas.
2. Las universidades nacionales, así como sus facultades y escuelas de medicina, deben

abrir un proceso de discusión y evaluación sobre la medicina complementaria o alternativa.

3. Solicita a la Federación Médica Venezolana y a los Colegios de Médicos que hagan cumplir la Ley de Ejercicio de la Medicina (LEM) y el Código de Deontología Médica (CDM) vigentes.
4. Solicita al Ministerio de Salud y Desarrollo Social (actual MPPS) la activación de la “Comisión para regular y supervisar la práctica de las llamadas medicinas complementarias”.
5. Alerta a la población sobre el uso de esta terapia no aprobada por el ordenamiento vigente.
6. Condena sustituir la terapia de comprobada eficacia y base científica por otras que pueden retrasar el diagnóstico, el tratamiento y la curación de la enfermedad.

El Instituto Nacional del Cáncer de los Estados Unidos de América (NCI, por sus siglas en inglés) define la “medicina complementaria” como aquel tratamiento que se usa junto con el tratamiento estándar, pero que no se considera tal, y la “medicina alternativa” como el tratamiento que se usa en lugar del tratamiento médico estándar. Para ambos “tipos” de medicina no existe un fundamento científico suficiente (19).

De acuerdo con lo dicho anteriormente, con la excepción de las medicinas ancestrales, tradicionales o indígenas que se encuentran firmemente arraigadas en pueblos y naciones y forman parte intrínseca de su cultura, ritos, tradiciones e historia, el ejercicio médico responsable requiere, como fundamento de sus tratamientos, la mejor evidencia científica probada, disponible y actualizada. Las diferencias entre la medicina convencional y otras prácticas no basadas en evidencia científica configuran el complejo universo de las “pseudociencias” y “pseudoterapias” (19).

Estas últimas se basan en un sistema complejo de teorías, suposiciones, afirmaciones y métodos considerados erróneamente científicos, que pueden hacer que algunos pacientes perciban una relación de causa-efecto entre las pseudoterapias, su utilización y la percepción de mejoría, por lo que resultan muy peligrosas y, además, poco éticas. Cabe señalar que existen terapias y técnicas aceptadas por la comunidad científica que, cuando se emplean de forma “complementaria”, aportan beneficios a la terapia médica estándar (18).

La mayoría de los países no cuentan con un marco regulatorio para estas pseudoterapias, lo que ha permitido su proliferación. En el pasado, la profesión médica las consideraba inofensivas debido a su supuesta ausencia de efectos secundarios, pero actualmente ya existen suficientes pruebas que sugieren que sí pueden representar un peligro para la seguridad del paciente (18).

La Declaración de Córdoba (2020) en el marco de la 1ra Asamblea General de la Asociación Médica Mundial (AMM), las definió como (18):

- Pseudociencia (falsa ciencia): conjunto de declaraciones, supuestos, métodos, creencias o prácticas que, sin seguir un método científico reconocido y validado, se presentan falsamente como científicas o basadas en evidencia.
- Pseudoterapias (falsas terapias): aquellas prácticas cuya finalidad pretendida es curar enfermedades, aliviar síntomas o mejorar la salud, basadas en criterios sin respaldo de la evidencia científica disponible y actualizada, y que pueden conllevar riesgos y daños potenciales significativos.

El “Observatorio OMC (Organización Médica Colegial) de España contra las Pseudociencias, Pseudoterapias, Intrusismo y Sectas Sanitarias” (2019) publicó en su página web el “Plan de Protección de la Salud de las Personas frente a las Pseudoterapias”, una iniciativa conjunta de los Ministerios de Sanidad y de Ciencia e Innovación. Su objetivo fue ofrecer a la ciudadanía información veraz y rigurosa que permitiera

distinguir las prácticas cuya eficacia para tratar o curar enfermedades haya sido científicamente contrastada de aquellas que no han demostrado dicha eficacia. De esta manera, se buscó promover decisiones informadas y responsables en materia de salud (20, 21).

Las terapias sin aval científico implican riesgos para el propio paciente y su familia, como ser víctimas de estafa, desinformación, intrusismo o mala praxis. Adicionalmente, suele ocasionar la pérdida de la oportunidad terapéutica adecuada, problemas de salud adicionales y afectación económica. Con razón se ha señalado que la comunicación veraz es el antídoto frente a las pseudociencias (21).

Actos propios de la profesión

En el Derecho se habla de los actos propios de una profesión. Se describen “actos comunes” para varias profesiones de la salud (por ejemplo, médicos, enfermeros y paramédicos), pero también existen “actos propios de una profesión” atribuidos por el derecho y la jurisprudencia a profesiones concretas, generalmente a una y, en ocasiones, a más de una, con carácter de exclusividad. Para saber qué actos son propios de una profesión, se necesita acudir a normas extrapenales y buscar la atribución y la reserva de determinados actos acordes y privativos de esa profesión, considerándose intrusos a quienes los realicen sin pertenecer a la misma. De manera que sólo puede hablarse del delito de intrusismo en las profesiones reglamentadas (8).

Los problemas se plantean no solo con la precisión de los límites entre las especialidades, sino también entre los médicos especialistas y otras profesiones, que presentan límites de importancia delimitativa (7). Si el médico se aventurara en un área que en principio no le es familiar, y su actuación resultara desafortunada o deficiente, podría juzgársele bien por falta de título, bien por falta de competencia. En cualquiera de estos casos, su actuación deficiente podría ser atribuida a una acción intencional, imprudente o negligente, pero sería inmune al delito de intrusismo, tal como ha sido señalado previamente (5).

Por otro lado, podría resultar lógico considerar que existen actos propios y exclusivos de una especialidad o una superespecialidad médica, en los que no basta el título de médico (en cualquiera de sus modalidades) para realizar actos médicos que requieren una capacidad técnica necesaria y certificada (postgrado), y que, por esta razón, el médico, si causara daño al paciente, podría incurrir en impericia (2), que corresponde a la responsabilidad profesional.

No existe una definición de cuáles son los actos propios de las especialidades/superespecialidades médicas, y la jurisprudencia está dispersa. Esta es una situación problemática que solamente puede resolver la “praxis médica” y se debe dejar claro que no tiene trascendencia para el intrusismo, tal que hoy se comprende. Sin embargo, existe un amplio campo de fronteras imprecisas sobre las cuales los médicos siguen discutiendo quién es el especialista competente, lo que imposibilita que el ordenamiento legal otorgue relevancia a dichas actuaciones y las considere constitutivas de intrusismo (7).

Prácticas y pasantías clínicas

La LEM (Ley del Ejercicio de la Medicina) describe, en términos generales, el ejercicio médico (Artículo 2) (2). No obstante, las actividades realizadas por estudiantes de medicina en rotaciones de práctica y pasantías clínicas, así como las efectuadas por médicos cirujanos en programas de residencia asistencial o académica para la obtención de una especialidad, no constituyen intrusismo cuando se desarrollan en el marco de programas formativos autorizados, bajo supervisión competente, con finalidad estrictamente docente y conforme a los requisitos, límites y protocolos establecidos por la normativa vigente (22,23,24). Araujo-Cuauro (2020) ha señalado que existe un vacío legal y una desprotección total desde el punto de vista jurídico en relación con las prácticas o pasantías académicas realizadas por estudiantes de medicina (8,25).

En este sentido, en bioética y en derecho se define la “responsabilidad vicariante”, que impone a quien tiene una relación de control o dependencia la obligación de responder por el hecho ilícito de otro; el Código Civil (CC) se refiere a ello. En el ámbito sanitario, esto permite reclamar civilmente contra docentes (CC, Artículo 1190), empleadores o instituciones (CC, Artículo 1191) por actos de intrusismo médico cometidos por sus supervisados (estudiantes, residentes) (11).

Praxis médica y *lex artis*

La praxis médica se refiere a la actuación médica basada en los conocimientos de las ciencias médicas. Sí, como consecuencia de la actuación médica realizada con imprudencia, negligencia o impericia en su profesión o arte de curar, o por inobservancia de la *lex artis* o de los deberes a su cargo, se produce daño al cuerpo o a la salud; este daño, parcial o total, limitado en el tiempo o permanente, se considera una mala praxis (11).

La *lex artis* es el criterio que el Derecho utiliza para determinar la corrección de la praxis médica. Se trata, por tanto, de un factor decisivo para determinar el alcance de los deberes, responsabilidades y derechos de los profesionales y los usuarios, ya sea como expresión del cumplimiento básico del deber profesional o de cuidado, o como causa de exclusión de su responsabilidad (24).

Se considera un estándar, esto es, un tipo de norma que no exige un resultado ni indica qué se debe hacer, sino que prescribe cómo debería actuar el profesional: un ejercicio diligente, prudente y razonable, que ha de definirse en cada caso y para cada paciente. En otras palabras, la *lex artis* es un saber cómo que confirma que el ejercicio profesional y el razonamiento médico son ejemplos de razonabilidad y sabiduría práctica (24).

La naturaleza normativa de la *lex artis*, en cuanto estándar, reafirma el carácter esencial de la

libertad profesional enmarcada por conocimientos científicos, normas diversas y fines profesionales, que se traducen en una decisión y una actuación individualizadas para un caso concreto, fruto de un juicio prudencial (24).

Para valorar la *lex artis* en un caso se requiere:

- Un punto de partida técnico: las guías de práctica clínica.
- Un razonamiento prudente.
- Una actuación ajustada al caso y a las circunstancias particulares.

Se define así un “modo de conducta” que consiste en un ejercicio profesional diligente, prudente y razonable. Una conducta obligatoria cuyo alcance normativo no se conoce antes de la actuación individual y que únicamente puede confirmarse *ex post facto*, pues el estándar solo adquiere contenido definitivo cuando se analiza el escenario de aplicación en el caso concreto (25).

La práctica de un acto médico debe estar respaldada por el ejercicio legítimo de un derecho y el cumplimiento de un deber por parte del profesional médico debidamente graduado y habilitado conforme a la legislación nacional, en beneficio del paciente (26).

El intrusismo y la responsabilidad profesional en la Ley

La LEM (Artículo 103) señala que ejerce ilegalmente quien, sin poseer el título requerido por la ley, se anuncie, se atribuya el carácter, se exhiba como tal, utilice elementos exclusivos de los médicos, practique exámenes o tratamientos médicos o realice actos propios de los profesionales de la medicina (2). Como hemos señalado, el delito de intrusismo es una modalidad de la “falsedad personal” y, en el CP, está regulado como delito de usurpación de funciones, títulos u honores (Artículos 213 y 214). Tras la “falsedad real”, que incide en el ejercicio médico, puede producirse daño al paciente, lo que sumaría otros delitos

concurrentes con la obligación de responsabilidad en el ámbito penal. Nos referimos al delito culposo de lesiones o de homicidio, producto de la imprudencia o negligencia, de la impericia o inobservancia de los reglamentos, órdenes o disciplinas, el cual es tipificado y sancionado en el CP (Artículos 411 y 422) (9).

El CP señala que la obligación de responsabilidad profesional también se extiende al ámbito civil (Artículo 113). La responsabilidad civil es la obligación legal de una persona de pagar o reparar cualquier daño o perjuicio causado al paciente por culpa o negligencia. Los daños comprenden: el daño emergente o valorable como ya producido (secuelas), el lucro cesante o perjuicio económico que se ocasiona, teniendo en cuenta lo dejado de percibir en el futuro por los daños causados, y el daño moral por los sufrimientos o padecimientos que la víctima experimenta. El CC establece la obligación de reparar el daño producido por negligencia o imprudencia (Artículo 1185), la cual se extiende a los daños materiales o morales causados por el acto ilícito (Artículo 1196) (10).

La ética profesional

El ejercicio médico nos impone un deber de responsabilidad en la relación clínica. En ella, el médico debe gestionar su propia ética y sus valores. ¿Cuáles son las normas que han de regir el ejercicio profesional? Hacemos mención a lo señalado por Diego Gracia (2004): “La respuesta tiene que darse a dos niveles: al nivel público o de la ética de mínimos y al nivel privado o de la ética de máximos. Son los dos niveles de la vida moral de todas las personas y, por tanto, también los dos niveles de la ética profesional” (27).

En el ámbito público (ética de mínimos), regido por los principios de no maleficencia y justicia, se está obligado a cumplir ciertos requisitos. Uno, primero, fundamental, es la responsabilidad jurídica por nuestras acciones en tanto que médicos. La profesión médica tiene que responder ante la justicia por casos de ignorancia, impericia, imprudencia o negligencia (27).

En el ámbito privado (ética de máximos), regido por los principios morales de autonomía y beneficencia, se adopta una relación que respeta la autonomía de los pacientes, permitiendo que sean ellos quienes definan su propio beneficio. Es el tema del consentimiento informado (27) y de la relación clínica deliberativa.

En consecuencia, la ética profesional tiene un nivel de mínimos y otro de máximos, y de este último surge la consigna moral del deber y la obligación por la “excelencia” y la “diligencia”, y no sólo por la “no negligencia” (27).

El deber de responsabilidad nos lleva a objetivar en nuestros actos el valor de la “excelencia”, que nos exige hacer las cosas bien, y el valor de la “diligencia”, que nos exige cumplir con los deberes de nuestra profesión médica. Estos son los valores que reflejarán la calidad de nuestra beneficencia. La gestión de la ética profesional y sus valores debe partir de la deliberación como método adecuado para la remoralización de las profesiones y el resurgimiento de las éticas profesionales. Nada más, pero también nada menos (27).

El deber de responsabilidad profesional también es valorado por la norma deontológica. En el CDM, el artículo 242 señala como infracción, que será sancionada conforme a las normas disciplinarias del mismo, el ejercicio del médico con título no revalidado, el médico no matriculado en el Colegio Médico de la jurisdicción donde ejerce, y toda persona que, sin tener título que lo acredite, ejerza funciones o actividades de médico, sea en el trato directo con pacientes o en calidad de funcionario. Asimismo, se indica que, sin perjuicio de lo que se establezca en la LEM y la CP, es el Tribunal Disciplinario correspondiente quien debe sancionar las violaciones del CDM (Artículo 245) (1).

Variedades del Intrusismo Médico (Figura 1) y sus sanciones (1)

1. Intrusismo médico propiamente dicho:

- *Intrusismo académico*: se refiere al médico que pretende ejercer en el ámbito académico

sin estar capacitado ni reconocido para ello. Ejercer “académicamente” podría definirse como la ejecución o transmisión de actos médicos (diagnóstico, prescripción, procedimientos invasivos o terapéuticos) en un contexto formativo, realizados por médicos que carecen de titulación, habilitación o autorización legal, o cuando residentes actúan más allá de las funciones y la supervisión previstas por el programa docente. La sanción es legal con peritaje médico.

- *Intrusismo en el ejercicio médico*: se define como el que de una especialidad para la cual el médico no está debidamente preparado ni reconocido. La conducta del médico se valora desde la ética profesional: en el ámbito público (no maleficencia y justicia) y en el ámbito privado (autonomía y beneficencia), y desde la responsabilidad jurídica (*lex artis*), en la que la deliberación sobre la ética médica puede acarrear sanciones.
- *Intrusismo del médico no revalidado*: señala al médico graduado de universidades extranjeras que, sin haber realizado la respectiva revalidación o convalidación de su título con una universidad venezolana, pretende ejercer la medicina en nuestro país, y al médico venezolano que, con un título de especialidad de una universidad extranjera, ejerce en el país sin el reconocimiento de la FMV (2). Esta variedad combina medidas administrativas, disciplinarias, civiles y penales. La responsabilidad vicariante permite que, además del autor material, respondan quienes tenían la obligación de control y supervisión cuando su omisión haya causado el daño; simultáneamente, la persecución penal se dirige a la conducta culposa del individuo que ejerció sin habilitación. La prevención institucional y la verificación rigurosa de títulos son las herramientas más eficaces para proteger a los pacientes y reducir la exposición legal.

2. Intrusismo de médicos en otras especialidades no médicas: consiste en invadir

campos legalmente consagrados a otras profesiones (1). Se produce cuando el médico, no habiendo recibido la formación certificada, convierte los actos propios en comunes con otra profesión sanitaria; por ejemplo, psiquiatras que realizan psicoterapia (propia de la psicología) (28). Esta situación también se observa entre nutrólogos y nutricionistas, o entre fisiatras y fisioterapeutas, entre otros.

El intrusismo médico en campos reservados a otras profesiones vulnera la seguridad del paciente y el ordenamiento profesional; su abordaje exige medidas preventivas institucionales, actuación disciplinaria y, cuando proceda, reclamaciones civiles o penales, además de la posible imputación de responsabilidad vicaria a los empleadores o instituciones.

3. Intrusismo paramédico: definido en el CDM como la práctica de actos médicos por profesionales no médicos (1). En líneas generales son aquellos profesionales que exceden los límites de su título: los farmacéuticos acreditados para la preparación, tenencia, comercialización y dispensación de medicamentos, más no para indicarlos (16, 29); el odontólogo que aconseja o prescribe medicinas fuera del ámbito de su especialidad; la enfermera, quien está capacitada y habilitada para suministrar medicamentos por vía parenteral, pero de ninguna manera para indicarlos; el optometrista que indica fórmulas de lentes; el técnico fisioterapeuta, quien ejecuta tratamientos pero que no los puede indicar ni aconsejar; la partera o comadrona que asiste partos complicados o el psicólogo que prescribe medicamentos (16). También se observan profesionales no médicos (enfermeras, fisioterapeutas, odontólogos, esteticistas) recibiendo cursos y realizando algunos tratamientos de medicina estética (infiltración de toxina botulínica o de ácido hialurónico) que, en nuestro país, deben ser realizados por un médico (30, 31). Se deben observar los cambios evolutivos y las resistencias surgidas en algunos países, como señal de lo que podría ocurrir en Venezuela.

Como hecho comparativo, en España se han regulado la indicación, el uso y la autorización de dispensación de medicamentos y productos

sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros, incluso la prescripción de antibióticos para infección urinaria inferior no complicada en mujeres adultas (32, 33); también se defiende la autonomía técnica y diagnóstica en fisioterapia, diferenciándola del diagnóstico médico (34).

4. Intrusismo empírico: El CDM describe las variedades (1):

- Medicina Tradicional o Popular: son personas no médicas que realizan actos médicos (brujos, chamanes, curanderos, etc.).
- Uso de criterios diagnósticos y métodos terapéuticos pseudocientíficos
- Personas no profesionales que realizan actos médicos: son personas no médicas quienes realizan procedimientos, invasivos o no, que deben ser realizados por el especialista correspondiente.

Las dos primeras variedades llevarían desde la ética profesional, en los niveles público y privado, a investigar las conductas de “curanderismo” y “charlatanería” descritas. La tercera variante describe claramente el delito de intrusismo.

5. Intrusismo político administrativo:

El CDM describe el uso de personal no médico en la administración de programas médico-asistenciales y sanitarios que deben estar bajo la coordinación de personal médico (1). La mayoría de los países cuentan con regulaciones y leyes que definen con claridad qué papeles y funciones pueden desempeñar los distintos niveles profesionales en el sistema de salud. Al permitir que personal no médico participe de manera significativa en la administración de programas de salud, como, por ejemplo, una “maestra como directora de un hospital tipo III” (35), se infringen estas normativas, lo que podría acarrear consecuencias legales tanto para las entidades sanitarias como para los individuos involucrados. Estas decisiones suelen ser tomadas por autoridades políticas que tienen injerencia en la administración sanitaria. Como señala el MPPS

en el “Manual Descriptivo de Cargos de Carreras por Competencias en el Sector Salud” (2019) (36), los requisitos mínimos para ser director de hospital III son: “Educación: Graduado en una universidad con el título de doctor en y/o doctora en ciencias médicas, médico cirujano y/o médica cirujana, médico integral comunitario y/o médica integral comunitario, registrado en el Ministerio del Poder Popular para la Salud, más de diez (10) años de experiencia profesional, incluyendo seis (6) años de supervisión y administración de hospitales. Licencias o Certificados: estar inscrito en el colegio médico u otra organización médico-gremial”.

El CDM señala algunas variedades que el ordenamiento legal no considera constitutivas de intrusismo y que se encuentran en un amplio campo de fronteras imprecisas. Estas deben ser deliberadas individualmente con fundamento en los valores de la ética de las profesiones sanitarias, de la praxis médica y de la *lex artis*.

Como señala Gracia (2009), los profesionales de la salud debemos actuar en un “nivel de máximos”, de donde derivan las obligaciones de los valores de la “excelencia”, que nos exige hacer las cosas bien, y de la “diligencia”, que nos exige cumplir con los deberes de la profesión médica, mostrando así la calidad de nuestra beneficencia.

La gestión de la ética profesional y sus valores debe partir de la deliberación como método adecuado para la remoralización de las profesiones y el resurgimiento de las éticas profesionales. “Nada más, pero también nada menos” (26).



Figura 1. Variedades de Intrusismo de acuerdo con el Artículo 23 del Código de Deontología Médica (Artículo 23)(1). Fuente. Elaboración propia

CONCLUSIONES

El intrusismo médico es un delito basado en el elemento falseador de una figura médica, que se comete independientemente del peligro, daño o beneficio que pudiera o no producirse a las personas o a la profesión médica. Es una grave amenaza para la integridad del sistema de salud y el bienestar de la población. No solo afecta a los profesionales legítimamente habilitados, sino que también compromete la seguridad del paciente. La comisión de este delito suele darse en concurso con otros delitos. La legislación venezolana busca salvaguardar el interés público, asegurando que solo quienes hayan cumplido con los requisitos académicos y legales puedan ejercer la profesión médica.

AGRADECIMIENTOS

Al CENABI por su participación en la revisión y sus sugerencias para este manuscrito.

REFERENCIAS

1. Federación Médica Venezolana. Código de Deontología Médica. Venezuela: FMV. 2004; p. 36. Disponible en: <https://n9.cl/3jgut>
2. Ley de Ejercicio de la Medicina. Gaceta Oficial N° 39.823 del 19 de diciembre de 2011. Disponible en: <https://n9.cl/35ola>
3. Diccionario panhispánico de términos médicos. España: RANME; 2023. Disponible en: <https://dptm.es/>
4. Ossorio M. Diccionario de Ciencias Jurídicas, Políticas y Sociales. Guatemala: Datascan. 1ra

- ed. 1974. p. 1007. Disponible en: <https://goo.su/v74Lti8>
5. Bello Rodríguez FA. Intrusismo médico y ejercicio ilegal de la medicina. Rev Obstet Ginecol Venez. 2022; 82(4): 478-486.
6. Rodríguez E. La usurpación profesional en la práctica médica de especialidad. En: Ramos A, Beas J, Suro G, Vázquez F, Machuca L, de Alba P, et al. (eds). El conflicto en la práctica profesional de la atención a la salud: Dimensión disciplinar y soluciones potenciales. 1.^a edición. México: Universidad de Guadalajara, 2008. p. 271-284. Disponible en: <https://n9.cl/6b7v4>
7. Machado Rodríguez C. La adecuación típica del ejercicio ilegal de la actividad médica en España y Colombia. Derecho Penal y Criminología. 2009;30(88):61-92.
8. Araujo-Cuauro JC. El intrusismo punible en las distintas especialidades médicas un problema de grave riesgo para la salud pública. Situación actual en Venezuela. Gaceta Internacional de Ciencias Forenses. 2022; 44:16-35.
9. Boix Reig F, Orts Berenguer E. Sobre algunos aspectos del delito de intrusismo. Estudios Penales y Criminológicos. 1988; 21:7-38.
10. República Bolivariana de Venezuela. Ley de Reforma Parcial del Código Penal. Gaceta Oficial N° 5.768 Extraordinario, del 13 de abril de 2005. Disponible en: <https://goo.su/1byzR>
11. República Bolivariana de Venezuela. Ley de Reforma Parcial del Código Civil. Gaceta Oficial N° 2.990 Extraordinario, 1982. Disponible en: <https://goo.su/CJCvi>
12. Organización Mundial de la Salud. Ginebra: Medicina tradicional; 2023. Preguntas y respuestas. Disponible en: <https://n9.cl/4i72f>
13. República Bolivariana de Venezuela. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Gaceta Oficial No. 36.860, del 30 de diciembre de 1999. Disponible en: <https://goo.su/hRIUIV>
14. Ley Orgánica de Pueblos y Comunidades Indígenas. Gaceta Oficial N° 38.344 del 27 de diciembre de 2005. Disponible en: <https://goo.su/zIyW>
15. Ministerio Popular para la Salud. Venezuela: Viceministerio de Salud Integral; 2024. Dirección de Salud Indígena, Intercultural y Terapias Complementarias. Disponible en: <https://n9.cl/lfg9p>
16. World Health Organization. WHO Traditional Medicine Global Summit 2023: Towards health and well-being for all. India: WHO; 2023, p. 4. Disponible en: <https://n9.cl/epye2>
17. Clemente Heimerdinger A. Intrusismo y ejercicio de la medicina. Gaceta Médica de Caracas. 2001; 109(4):541-545.
18. Asociación Médica Mundial. Francia: Declaración de la AMM sobre Pseudociencias y Pseudoterapias en el campo de la salud; 2020. Disponible en: <https://n9.cl/z1rer>
19. Instituto Nacional del Cáncer. EE.UU.: Medicina complementaria y alternativa; 2022. Disponible en: <https://n9.cl/z8sa>
20. Organización Médica Colegial de España. Madrid: Observatorio OMC contra las Pseudociencias, Pseudoterapias, Intrusismo y Sectas Sanitarias; 2019. Observatorios. Disponible en: <https://n9.cl/2l0gq>
21. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Plan para la protección de la salud frente a las pseudoterapias. Madrid: Gabinete de Prensa MSPSI. 2018; p. 13. Disponible en: <https://n9.cl/gvzyv>
22. Organización Médica Colegial de España. Madrid: Rigor en la información y velar por la seguridad del paciente, claves en la lucha contra el intrusismo y las pseudoterapias; 2021. Disponible en: <https://n9.cl/ajozkj>
23. Choclán Montalvo J. Intrusismo en las especialidades médicas. Revista Derecho y Salud. 2000;8(1):59-64.
24. Seoane JA. *Lex artis*. Anuario de Filosofía del Derecho. 2022;38:275-300.
25. Araujo-Cuauro JC. La responsabilidad legal del estudiante de medicina en la práctica médica: Implicaciones según el ordenamiento jurídico venezolano. Rev Mex Med Forense. 2020;5(1):11-23.
26. Rogers R. Valor médico-legal de la historia clínica e implicaciones legales del ejercicio de la medicina. Revista GICOS. 2019;4(2):19-32.
27. Gracia D. Como arqueros al blanco. Estudios de bioética. Madrid: Triacastela, 2004.
28. Astorga C. Formación y ejercicio de la psicoterapia en Venezuela: coincidencias y divergencias con la psicología clínica [Tesis Doctoral]. Caracas: Universidad Central de Venezuela. 2024. Disponible: <https://n9.cl/cet64>
29. Ley de Colegiación Farmacéutica. Gaceta Oficial N° 2.146 del 28 de enero de 1978. Disponible en: <https://n9.cl/aatni>
30. Sociedad Científica Venezolana de Estética Médica. Caracas: Código ético de SOCIVEM; 2023. Código ético. Disponible en: <https://n9.cl/zc0cad>
31. Sociedad Española de Medicina Estética. Barcelona: El intrusismo en el sector de la medicina estética

- no cesa; 2020. Artículo [aprox. 4 pantallas]. Disponible en: <https://n9.cl/occm8>
32. Real Decreto 954/2015, de 23 de octubre, por el que se regula la indicación, el uso y la autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros. Boletín Oficial del Estado, 306, de 23 de diciembre julio de 2018. Disponible en: <https://n9.cl/e42a2>
 33. Dirección General de Salud Pública y Equidad en Salud. Resolución de 9 de agosto de 2024, por la que se valida la Guía para la indicación, uso y autorización de la dispensación de medicamentos sujetos a prescripción médica por parte de las/ los enfermeras/os: infección del tracto urinario inferior no complicada en mujeres adultas. Boletín Oficial del Estado, 200, de 19 de agosto de 2024. Disponible en: <https://n9.cl/ukpcnk>
 34. Ilustre Colegio Oficial de Fisioterapeutas de la Comunidad Valenciana. El diagnóstico en fisioterapia. Fisioterapia. 2024;20(1):6-41.
 35. Efecto Cocuyo. Venezuela: Médicos del Luis Ortega de Porlamar evalúan acciones por designación de maestra como nueva directora del hospital; 2015. Disponible en: <https://n9.cl/mmdkh8>
 36. Ministerio del Poder Popular para la Salud. Asistenciales y Administrativas Manual Descriptivo de Cargos de Carrera por Competencias del Sector Salud. Series. Caracas: MPPS. 2019. Disponible en: <https://n9.cl/e08uo>

Consideraciones bioéticas sobre la terapia génica

Bioethical considerations regarding gene therapy

Isis Nezer de Landaeta

RESUMEN

En este trabajo se plantea la necesidad de nuevas respuestas éticas a situaciones que se generan de la aplicación de las nuevas tecnologías biomédicas a los seres humanos, en especial de la medicina genética, que se deriva del llamado “Proyecto Genoma” y a la preocupación por las objeciones éticas que de él se originan. Se mencionan sus beneficios, así como los interrogantes éticos y las consecuencias de su uso. También se consideran las posibilidades que ofrece la medicina genómica para las enfermedades de base genética, así como la perspectiva de futuro en su diagnóstico y tratamiento. Se señala la terapia perfectiva y la eugénica, así como sus consecuencias para la identidad y la integridad de la especie humana. Se enumeran los Premios Nobel y sus ganadores en la segunda década de este siglo, todos referidos a la genética y a sus posibles aplicaciones en medicina. Concluye con la mención de la técnica CRISPR/Cas9 para la edición del genoma y con recomendaciones para aprovechar los beneficios de la tecnología en el marco de la equidad y la solidaridad.

Palabras clave: terapia génica, proyecto genoma, bioética

SUMMARY

This work highlights the need for new ethical responses to situations arising from the application of new biomedical technologies to human beings, especially genetic medicine, which derives from the so-called “Genome Project” and the ethical objections it raises. It discusses the benefits, as well as the ethical questions and consequences, of its use. It also considers the possibilities genomic medicine offers for genetically based diseases and the future of their diagnosis and treatment. It mentions perfective and eugenic therapy and their consequences for the identity and integrity of the human species. The Nobel Prizes and their winners in the second decade of this century are listed, all related to genetics and its potential applications to medicine. It concludes by mentioning the CRISPR/Cas9 technique for genome editing and recommending ways to harness this technology within a framework of equity and solidarity.

Keywords: gene therapy, genome project, bioethics

ORCID:

[0000-0002-9449-7067](https://orcid.org/0000-0002-9449-7067)

***Autor:** Isis Nezer de Landaeta. E-mail: landaetanezer@yahoo.com. Teléfono: +584126276077

MD, MSc. Médico Cirujano, UCV. Maestría en Bioquímica. Doctorado en Ciencias Médicas. Profesor Titular jubilado de la Universidad Central de Venezuela, Centro Nacional de Bioética (CENABI). Individuo de Número de la Academia Nacional de Medicina. Caracas - Venezuela

Recibido: 31 de julio 2026

Aceptado: 04 de septiembre 2026

INTRODUCCIÓN

Una visión somera de los hechos científicos que han caracterizado el siglo XX y lo que ha transcurrido del XXI, no solo en lo que respecta al progreso técnico, sino más bien a la nueva visión que se ha creado de nuestro propio planeta, del cosmos en general y de la existencia del hombre, nos muestra como se ha modificado la filosofía y se ha cambiado el enfoque de la medicina, no siempre para producir resultados positivos. Si recapitulamos la gigantesca revolución ocurrida en el ámbito de la Medicina a consecuencia de las metas espectaculares alcanzadas por la ciencia a partir

de la segunda mitad del siglo XX, nos daremos cuenta de que la aplicación de los conocimientos y de la tecnología se ha realizado con la mayor audacia para intervenir en la vida humana. Esta intervención ha dado origen a la Bioética como respuesta a los problemas éticos que surgen de la aplicación de la tecnología biomédica en el ser humano.

El avasallante progreso científico de los últimos años, sobre todo en el campo biomédico, ha superado las posibilidades de la ética tradicional para responder a las necesidades derivadas del conocimiento. Hoy en día nos enfrentamos a situaciones que hasta ayer eran de ciencia ficción y que se han vuelto reales, para las cuales debemos crear nuevas respuestas.

La nueva genética

La “nueva genética”, como tecnología aplicada al material genético, nos ha conducido, en la expresión de Lacadena (1), a los “genes tangibles”, que pueden ser aislados, analizados, transferidos, modificados; en una palabra, manipulados por el hombre. La biología en general y la medicina en particular se han transformado de ciencias descriptivas y curativas, como las habíamos conocido, en poderosas herramientas de control del ambiente vital y de manipulación de la vida humana.

Casi hasta mediados del siglo XX, el positivismo que desde los últimos años del s. XIX dominaba el horizonte de las ciencias; había excluido a la biología y la medicina y a la biotecnología de la discusión intelectual seria; la alejaron de la ética y ésta última quedó relegada al campo filosófico (2); no obstante, para este momento comienza a surgir entre los científicos una seria preocupación por los problemas que, tanto para el presente como para el futuro, pudiera generar la aplicación indiscriminada de las nuevas tecnologías.

Tal como señala Kahn en su libro “*The Year 2000*” (3), “prácticamente todos los cambios tecnológicos introducidos... han tenido consecuencias imprevistas”. Nuestro propio poder

sobre la naturaleza amenaza con convertirse en un poder que no podamos controlar. Se presentan alternativas colosales, demasiado complejas, demasiado importantes y vastas para confiarlas sin riesgo al arbitrio de seres humanos falibles”.

Los científicos han elegido la vida humana como tema central de sus investigaciones. Entre los problemas que en opinión de la autora (4,5) despiertan mayor interés, se deben mencionar: las nuevas formas de generar vida con el uso de las técnicas de la reproducción asistida, el diagnóstico prenatal cada vez más precoz, dando lugar al recrudecimiento de la perenne discusión entre el aborto y el derecho a la vida del *nasciturus*, la manipulación genética y sus consecuencias, la terapia génica, el proyecto genoma y la clonación. También debe considerarse el uso de las “células madre embrionarias”, y se ha intensificado la discusión sobre el estatuto del embrión humano. Las posibilidades de selección biológica, hasta el llamado por el profesor Lejeune “racismo cromosómico”, hacen reaparecer, en perspectiva, el temido fantasma de la eugenesia.

El Proyecto Genoma genera una amplia discusión genética, basada en la voluntariedad y la confidencialidad de los análisis de ADN, en la agudización de las situaciones de desigualdad relacionadas con la distribución equitativa de los servicios (justicia distributiva) y en la posibilidad de una nueva forma de colonización del tercer mundo por parte de aquellos países poseedores de la tecnología.

La nueva tecnología incide en todos los procesos y situaciones vitales: el nacimiento, la identidad personal, la integridad corporal, el matrimonio, la familia y la procreación, la dignidad en el morir, afectando además la autonomía, la responsabilidad y el respeto por la vida.

Por ello, en 1998 se reunió en París la Asamblea de la UNESCO para la firma de la Declaración Universal sobre los Derechos Humanos y el Genoma Humano, un documento de particular importancia que conmemora el 50° aniversario de la Declaración Universal sobre los Derechos Humanos. En ella se menciona por primera vez, en el derecho internacional, el

genoma humano como “patrimonio común de la humanidad”, y el documento se estructura en torno a los principios fundamentales de la dignidad de la persona humana, la libertad de investigación y la solidaridad entre los seres humanos (6).

El impresionante poder que el científico tiene hoy en día en sus manos posee un rostro jánico: así como representa grandes beneficios para la humanidad, también encierra amenazas importantes.

En cualquier caso, la reflexión ética es indispensable y necesaria para incorporar valores que, como la dignidad de la persona, el respeto a la vida humana, la búsqueda del bien común, dejen de ser simples enunciados y puedan aplicarse a la realidad, tomando en cuenta la rapidez con que avanza la ciencia y la tecnología y la urgencia de encauzar el progreso, a fin de evitar un “progreso aparente” que termine atentando contra el hombre mismo (7).

La revolución del ADN recombinante, al permitir el surgimiento de la nueva genética, ha introducido al científico en los complejos y misteriosos fenómenos que rigen la vida humana. La ingeniería genética y las técnicas de reproducción asistida significan extraordinarias posibilidades y, a la vez, plantean innumerables problemas en los que la dimensión ética debe estar presente, más aún cuando están en juego el bienestar y la dignidad de las personas.

La preocupación por las implicaciones éticas, manifestada desde el primer momento por los mismos científicos, ha conducido a la creación de un grupo de trabajo en el caso del Proyecto Genoma, con el objeto de identificar los problemas emergentes en el campo de la bioética y dar forma a las políticas públicas, teniendo en cuenta los siguientes postulados:

1. El desarrollo de la investigación científica ocurre a un ritmo tan acelerado que genera nuevos hechos que requieren una respuesta rápida.
2. La expansión del potencial de la tecnología genómica requiere una investigación que se

anticipe, más que responda, a los problemas éticos emergentes.

3. En el ámbito de la genética aplicada y de la medicina molecular, la investigación biomédica seguirá creciendo, lo que podría generar una nueva serie de problemas sustantivos.
4. Los organismos estatales se verán cada vez más involucrados en la responsabilidad de regular e implementar políticas relacionadas con la genética humana.

A pesar de estas preocupaciones, el nacimiento de la llamada “nueva genética”, originado en los sucesivos e importantes descubrimientos que siguieron a la dilucidación de la estructura tridimensional de los ácidos nucleicos por Watson y Crick en 1953 y el establecimiento de su función en la transmisión de los caracteres hereditarios, nos promete milagros y nos muestra hechos significativos en un espectacular avance que nos sorprende cada día.

Las técnicas del ADN recombinante surgidas entre los años 60 y 70, que permitieron la extracción y purificación de los ácidos nucleicos, el descubrimiento de las enzimas para copiarlos, fragmentarlos y unir nuevamente los fragmentos y la utilización de virus, fagos y plásmidos para transportarlos al interior de otras células, abrieron los caminos a la experimentación genética conocida como la “revolución del ADN recombinante”, que junto con la revolución atómica y la electrónica, caracterizaron la ciencia del siglo XX.

A los grandes beneficios que podrían derivarse de esta tecnología, se añaden diversos interrogantes éticos, algunos de los cuales, extraídos del texto “*New goals for the U.S. Human Genome Project*” (1998) (8) serían:

1. ¿Cómo afectaría la información genética a la persona y a la percepción que de ella tiene la sociedad? Es necesario calibrar la estigmatización y el impacto psicológico debido a las diferencias genéticas.

2. ¿Se deben realizar estas búsquedas de enfermedades hereditarias, aun cuando no se disponga de recursos terapéuticos?
3. ¿Estará el personal de salud capacitado para orientar a los padres sobre los riesgos y las limitaciones de la tecnología genética?
4. ¿Cuán confiables y útiles serían los exámenes genéticos fetales?
5. ¿Cuáles serían los criterios de normalidad para el uso de la terapia génica y quién decidiría al respecto?
6. ¿Cómo afectaría al patrimonio genético humano la aplicación de una terapia de mejoramiento genético?
7. ¿Quién tendría acceso a esas costosas tecnologías y quién las financiaría?
8. ¿Qué se consideraría diversidad aceptable?

Algunas de estas preguntas se relacionan con los aspectos filosóficos y conceptuales de la responsabilidad, con la discusión entre libre arbitrio y determinismo genético, y con definiciones claras y la comprensión de los conceptos de enfermedad y de salud.

Durante el desarrollo de toda esta tecnología, se han formulado normas y regulaciones en respuesta a la preocupación de muchos científicos por la capacidad técnica que se va adquiriendo mediante la metodología del ADN recombinante. Entre otros, se pueden citar: la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, el Parlamento Europeo, la Asamblea de la Asociación Médica Mundial. Varios países han promulgado leyes al respecto y sus opiniones han sido recogidas en importantes convenios, que reconocen la importancia de la educación para divulgar los avances científicos e intentan fomentar la reflexión bioética sobre sus repercusiones.

Algunas de las consecuencias de la secuenciación del ADN se refieren a la comprensión del funcionamiento de los organismos sanos, al permitir conocer las últimas respuestas a los

procesos químicos de la vida. ¿Será posible explicar el papel de los factores genéticos en muchas enfermedades, entre ellas, el cáncer, la enfermedad de Alzheimer, el alcoholismo, la esquizofrenia y otras?

Las decisiones sobre los derechos reproductivos se verán influidas en gran medida por los estudios genómicos. Se agudizará el problema del diagnóstico prenatal, ya que podrá realizarse en etapas muy tempranas del desarrollo embrionario, lo que dará lugar a un recrudecimiento de la discusión ética sobre el aborto y el derecho a la vida del no nacido. La realidad de padecer alguna enfermedad será mucho más tangible, y los posibles pacientes serán diagnosticados en el futuro. Se menciona también la posibilidad de alargar la vida en un gran número de años, actuando sobre los telómeros, responsables de los ciclos de vida celular.

El efecto sobre la producción de medicamentos conducirá a la elaboración de fármacos específicos para cada individuo y, por supuesto, supondrá un gran impulso para la terapia génica humana. Sin embargo, todavía se sabe poco sobre los complejos mecanismos de control de la expresión de esos genes, pues todas las células de un organismo poseen la misma carga genética. Los procesos mediante los cuales se producen la diferenciación celular y la expresión de determinados genes a lo largo de las diferentes etapas de la vida son complejos y escasamente conocidos.

La medicina genómica

El gran interés que este campo del saber ha despertado en los científicos se debe a que, además de permitir el conocimiento teórico de los fundamentos biológicos del ser humano, también daría lugar a sus posibles aplicaciones en el tratamiento de los pacientes.

En líneas generales, será posible conocer los procesos y mecanismos que regulan el desarrollo del embrión y aquellos que desencadenan enfermedades como el cáncer y, además, actuar sobre las más de 4500 enfermedades hereditarias,

cuya resistencia a la terapéutica ha constituido un reto importante para la medicina de todos los tiempos (9).

Entre las características de esta medicina del s. XXI, que la diferencia de la que hasta ahora hemos conocido puede mencionarse, en primer lugar, como una transición conceptual hacia la base genética como fundamento etiopatogénico. Ya es posible el conocimiento profundo de las enfermedades monogénicas, es decir, aquellas determinadas por el defecto de un solo gen, y se avanza cada día en las llamadas enfermedades poligénicas.

Otra característica se refiere al papel predictivo y preventivo de la medicina (10). Todos los seres humanos, en este caso particular, presentan una predisposición genética a padecer determinadas enfermedades. El mapa genético permite identificar los genes responsables de esta especial susceptibilidad. Sin embargo, es necesario tener en cuenta que no solo la herencia es determinante para la aparición de la enfermedad.

La medicina genómica, sin perder de vista el presente, deberá considerar la perspectiva del futuro en el diagnóstico de la enfermedad. Para quien consulta en buen estado de salud, enterarse de que existe una posibilidad importante de verse afectado por una enfermedad grave puede constituir una carga psicológica excesiva. La información, en este caso, adquiere una dimensión distinta al proyectarse hacia el futuro.

Es necesario considerar también la afectación a la familia y la posibilidad de transmisión de defectos genéticos a las generaciones futuras.

A comienzos de los años noventa, la terapia génica se consideraba solo en el campo de la teoría, pero muy pronto pudo ser llevada a la práctica en algunos casos de enfermedades monogénicas tales como la deficiencia de la enzima adenosina deaminasa (ADA), responsable de una severa inmunodeficiencia que da lugar a los llamados “niños burbuja” por tener que vivir en un ambiente totalmente estéril, ya que carecen de defensas contra bacterias que serían inocuas para niños normales.

El Congreso de los Estados Unidos, a través del *Office of Technology Assessment*, presentó en 1984 un informe en el cual concluye que “grupos civiles, religiosos, científicos y médicos han aceptado todos, en principio, la legitimidad de la terapia génica de las células somáticas en el ser humano para tratar enfermedades genéticas específicas”. Se considera la terapia de células somáticas como una extensión de los métodos actuales de terapia, que podría ser preferible a otras tecnologías”.

Una vez comprobado que es posible transferir genes en seres humanos, que los genes transferidos conservan su actividad y que no producen efectos secundarios perjudiciales, se comenzó a emplear la terapia génica. Se ha utilizado, además, en cánceres como el melanoma, en el hipercolesterolemia familiar y en la hemofilia. Se han logrado avances importantes en el tratamiento de la fibrosis quística. En todo caso, es necesario tomar previsiones para evitar efectos no deseados al utilizar retrovirus para transportar fragmentos de ADN e insertarlos en el genoma deficiente.

El abordaje de las enfermedades multigénicas presenta una mayor dificultad y, más aún, las alteraciones del número o de la estructura cromosómica. Sin embargo, la terapia génica de células somáticas ha abierto posibilidades que ya tienen repercusiones impresionantes en la medicina. No existen objeciones éticas absolutas contra su aplicación y, más bien, es asimilable a los trasplantes de órganos.

Cuando se trata de la terapia génica aplicada a las células de la línea germinal, que conduciría a la curación definitiva y, mejor aún, a impedir la transmisión hereditaria de la enfermedad, se requiere la modificación genética de los gametos, lo que conlleva consecuencias imprevisibles. Hasta hace poco, existía un consenso internacional en torno a la consideración de esta intervención como éticamente inaceptable. Una recomendación de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa (1982) propone que los derechos de tercera generación incluyan el derecho a heredar un patrimonio genético no manipulado. Sin embargo, también recomienda elaborar una lista

de enfermedades graves que podrían tratarse en la línea germinal mediante terapia génica.

Está claro que todavía se encuentra técnicamente fuera de nuestro alcance, pero si algún día se garantiza la seguridad y la técnica utilizada no plantea objeciones éticas, podría ser lícito intentar su aplicación para tratar de erradicar enfermedades como la diabetes u otras dolencias hereditarias que hoy afligen a la especie humana, con poca o ninguna esperanza de curación.

Los otros dos niveles de manipulación genética, la terapia perfectiva y la terapia eugénica, se refieren a la posibilidad de lograr cambios en el fenotipo: en el caso de la terapia perfectiva, no se intenta curar una enfermedad, sino más bien añadir un gen para incluir características inexistentes o acentuar las que sean deficitarias, pero deseables; la eugénica, pretende además mejorar comportamientos complejos dependientes de varios genes, como la inteligencia, el carácter o la personalidad, en general, aquellos que tienen que ver con el psiquismo. Por el momento, esta tecnología, que implica no solo el conocimiento de los genes responsables, sino también su localización y función, así como sus mecanismos reguladores, no se ha desarrollado suficientemente, pero en el caso de que se llegará a hacerlo, se deberá considerar el peligro de la tentación eugénica de la especie, con todas las objeciones éticas sobre la discriminación y la opresión y sobre las distinciones de clase ofensivas a la igualdad de los seres humanos (11,12).

Esta técnica otorgaría un poder exorbitante para predeterminar los rasgos que deben tener los niños del futuro. Estarían en juego la identidad y la integridad de la especie, que correrían el riesgo de sufrir modificaciones irreversibles en su patrimonio genético (13).

La medicina genómica producirá un cúmulo de conocimientos que permitirán comprender lo que ocurre a nivel molecular en cada célula cuando el organismo no funciona bien y darán a conocer las últimas respuestas sobre los procesos bioquímicos de la vida. En palabras de Francis Collins, “si se comprenden las bases genéticas de la enfermedad,

es posible predecir la proteína que se produce y desarrollar un fármaco para bloquearla”. Esto significa que será posible sustituir la terapéutica que actúa sobre los síntomas de la enfermedad y se valida mediante el método de ensayo y error por el uso de medicamentos diseñados específicamente para cada individuo, de acuerdo con la alteración genética detectada.

Las novedosas y sofisticadas técnicas de secuenciación muestran hoy en día que el concepto tradicional de determinismo genético, incluido el de gen, está siendo fuertemente cuestionado y en vías de una revisión radical. Es así como se cuestiona el dogma central de la biología molecular y su consecuencia “un gen, una enzima”, sobre todo luego de establecer el número de cromosomas presentes en la especie humana. Asimismo, se evidencia que el proceso de síntesis de proteínas aumenta su complejidad a medida que nos adentramos en el estudio de los organismos superiores.

La diferenciación celular a través de la expresión genética encuentra una primera explicación en la proposición de Jacob y Monod, en la década de los sesenta, sobre genes estructurales y reguladores; las nuevas investigaciones sitúan el programa de activación de los genes no en el genoma, sino en la compleja red epigenética de la célula.

Las estructuras celulares que intervienen en la regulación de la expresión genética conforman una red altamente integrada cuya complejidad se ha ampliado con la incorporación de enfoques ómicos contemporáneos. Al concepto moderno de proteoma se suma el de metaboloma, lo que ha dado origen a campos de investigación cada vez más sofisticados y de expansión prácticamente ilimitada. Tal como plantea Capra (13), esta dinámica se inscribe en la perspectiva de la teoría de la complejidad, en la que los sistemas biológicos se entienden como entidades emergentes, no lineales y profundamente interdependientes.

Adicionalmente, el paso del tiempo y la evolución de las sociedades humanas tienden a modificar la apreciación y las consideraciones que, en un momento dado, se originan del surgimiento

de nuevas tecnologías, sobre todo aquellas que inciden de alguna manera en la concepción del hombre, su vida y sus circunstancias.

Tomando en cuenta lo anterior, es necesario reflexionar sobre lo ocurrido con la ciencia y la biotecnología en lo referente a la vida humana durante los años transcurridos desde el comienzo del siglo XXI, en su primera década, 2001-2010, período que Juan Ramón Lacadena ha denominado “la década prodigiosa de la genética y los premios Nobel: posibles aplicaciones a la medicina” en el discurso pronunciado ante la Real Academia de Farmacia de España (14,15) y luego, considerar algunos de los avances más importantes ocurridos también en este campo durante lo que va de la segunda década, hasta el momento actual:

Sobre los premios Nobel, el autor registra 9 premios otorgados en esa década a investigadores de genética, enumerados a continuación. Es importante señalar que desde el año 2009 al 2024, se han sumado otros 4 investigadores a la lista:

- 2001 (Fisiología o Medicina), Hartwell, Hunt y Nurse, “por sus descubrimientos sobre los reguladores clave del ciclo celular”.
- 2002 (Fisiología o Medicina), Brenner, Horvitz y Sulston, “por sus descubrimientos sobre la regulación genética del desarrollo de los órganos y de la muerte celular programada”.
- 2004 (Fisiología o Medicina): Axel y Buck, por sus descubrimientos sobre los receptores odorantes y la organización del sistema olfativo”.
- 2006 (Fisiología o Medicina), Fire y Mello, “por su descubrimiento de la interferencia por ARN: silenciamiento de genes por ARN de doble cadena”.
- 2006 (Química), Kornberg, “por sus estudios sobre la base molecular de la transcripción eucariótica”.
- 2007 (Fisiología o Medicina) Capecchi, Evans y Smithies, “por su descubrimiento de los principios para introducir modificaciones genéticas específicas en ratones mediante el uso de células troncales embrionarias”.
- 2008 (Fisiología o Medicina): Zur Hausen, “por su descubrimiento de los virus del papiloma humano causantes del cáncer cervical”; Barré-Sinoussi y Montagnier, “por su descubrimiento del virus de la inmunodeficiencia humana”.
- 2008 (Química), Shimomura, Chalfie y Tsien “por el descubrimiento y desarrollo de la proteína fluorescente verde, GFP”.
- 2009 (Fisiología o Medicina), Blackburn, Greider y Szostack, “por el descubrimiento de cómo los cromosomas son protegidos por los telómeros y la enzima telomerasa”.

Lacadena pone en evidencia la posible aplicación de algunas de estas investigaciones en medicina, mencionando el control del ciclo celular y el cáncer, en enfermedades virales como el papiloma humano y el SIDA, el uso de células madre en la medicina regenerativa, ratones knockout como modelo experimental de enfermedades humanas, marcadores celulares, actividad de la enzima telomerasa en el envejecimiento y el cáncer, la estructura del ribosoma y el papel de los antibióticos, la fecundación *in vitro* y muchos más (14).

La terapia génica, ya definida antes (16) como la inserción deliberada de un gen normal en el genoma de un organismo que posee un gen anómalo, con el objeto de reforzar o sustituir su función, ofrecía convertirse en un prometedor recurso para el tratamiento o la curación de las llamadas enfermedades monogénicas. Sin embargo, durante el proyecto de investigación se presentaron situaciones de diferentes niveles de gravedad, algunas de las cuales condujeron a la muerte del paciente, lo que llevó a adoptar precauciones especiales en su uso.

En 2009, se evidenció su éxito en algunos niños con inmunodeficiencia combinada grave, llamados “niños burbuja”, mencionados anteriormente, de los que 8 de cada 10 sobrevivieron sin tratamiento. También la revista Science dedica su editorial al regreso de la terapia génica y menciona algunos éxitos en el tratamiento de enfermedades como la amaurosis congénita de Leber (16).

A pesar de que la esperanza de terapias futuras para enfermedades genéticas se mantiene y se fundamenta en la experimentación que aún se lleva a cabo, como lo expresan Collins y col. (8), las consideraciones bioéticas sobre su utilización se mantienen vigentes y surgen cada vez más disposiciones legales y declaraciones internacionales que objetan, desde el punto de vista ético, la terapia génica en células germinales y la de mejora o eugénica.

A esto se ha unido el recurso del estudio cromosómico, como resultado del cual se ha establecido el cariotipo y se han diagnosticado las aberraciones cromosómicas subyacentes a distintas entidades nosológicas.

La primera de estas alteraciones fue descrita en 1959 por Lejeune y col. (17), demostrándose así la relación entre la trisomía del cromosoma 21 y el desarrollo de la enfermedad conocida como síndrome de Down o mongolismo, a la cual siguieron muchas otras descripciones.

En julio de 2013 fue publicado en Nature (18) el trabajo de un grupo de investigadores basado en el concepto que el desbalance de genes por la existencia de un cromosoma extra, podría ser de facto corregido manipulando un simple gen; se insertó un transgen inducible, el XIST (el gen de inactivación del cromosoma X) en un locus específico del cromosoma 21 (Dyrk 1A locus), de células madre pluripotentes de una persona con síndrome de Down, produciendo varios efectos: modificaciones de la heterocromatina, silencio transcripcional y metilación del ADN, el cual se transformó en un corpúsculo de Barr. El experimento provee un modelo para el estudio de la inactivación de cromosomas y permite, además, el análisis de los cambios en la expresión de genes

y de las patologías celulares de la trisomía 21, libre de ruido genético y epigenético. El éxito en silenciar la trisomía *in vitro* podría constituir uno de los primeros pasos hacia el desarrollo de una posible terapia cromosómica.

El desarrollo de esta ciencia puede efectivamente introducir recursos terapéuticos para la prevención y corrección de taras hereditarias que hasta ahora constituían barreras infranqueables para la medicina, pero también introduciría dimensiones biológicas totalmente nuevas tanto en la medicina como en la sociedad. La edición del genoma humano en células germinales provocaría cambios genéticos que se transmitirían a las generaciones siguientes, lo que generaría preocupación por posibles efectos no previstos. Se considera que este grado de control sobre la reproducción humana cruza una línea éticamente inviolable. Esta discusión debe ir más allá de los niveles individuales de riesgos y beneficios, hacia deliberaciones mucho más complejas que abarquen aspectos técnicos, sociales y religiosos sobre la pertinencia de este grado de intervención.

Sin embargo, en 2012 se desarrolló en Estados Unidos una técnica de edición del genoma humano denominada *CRISPR/Cas9*, acrónimo de *Clustered Regularly Interspaced Short Palindromic Repeats*. Su aparición motivó una declaración conjunta de la Academia Nacional de Ciencias y la Academia Nacional de Medicina, cuyas recomendaciones fueron difundidas en un *Report Highlights* (19) que sintetiza los aspectos científicos, éticos y sociales asociados al uso de esta tecnología, así como la capacidad de los marcos regulatorios para garantizar su aplicación responsable.

En términos generales, *CRISPR/Cas9* constituye una herramienta de edición genética de alta precisión que actúa como “tijeras moleculares”, permitiendo cortar y modificar secuencias de ADN de manera rápida, eficiente y relativamente económica. Sus aplicaciones se agrupan en tres ámbitos principales: la investigación básica, orientada a comprender los mecanismos de las enfermedades y sus posibles abordajes terapéuticos; la intervención clínica en células somáticas, destinada al tratamiento o a la

prevención de patologías adquiridas; y la edición de células germinales, cuyo objetivo es corregir o evitar la transmisión de trastornos hereditarios.

El Comité responsable de este reporte ha desarrollado una serie de principios para guiar el uso de esta técnica: promoción del bienestar, transparencia, cuidado debido, ciencia responsable, respeto a las personas y cooperación internacional.

En marzo de 2017, Li Chun Tang y su equipo del Centro de Investigación del Proteoma de Pekín emplearon la técnica *CRISPR/Cas9* para corregir mutaciones en embriones viables, un hito que la revista *Science* calificó como el segundo avance científico más relevante del año. No obstante, en 2018 la comunidad científica internacional se vio profundamente conmocionada por el anuncio del investigador He Jiankui, quien reveló el nacimiento de dos niñas cuyos genomas habían sido modificados artificialmente con el propósito de aumentar su resistencia a la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. Este procedimiento se llevó a cabo sin un análisis exhaustivo de sus consecuencias biológicas ni una evaluación ética rigurosa de la legitimidad de intervenir en la línea germinal humana en ausencia de consenso científico. El caso reavivó el debate sobre los límites de la edición genética y planteó interrogantes de gran trascendencia, entre ellos la posibilidad —todavía inadmisible desde la perspectiva bioética— de avanzar hacia la creación de “niños a la carta”.

Poco antes de morir, en el año 2002, Chargaff, que siempre fue un científico muy crítico, dijo: “Hay dos núcleos que el hombre no debió haber tocado jamás: el núcleo atómico y el núcleo celular, y la ingeniería genética va a traer consecuencias mucho peores que la energía atómica”. Lacadena (20) reconoce que la potencialidad de la genética es enorme, aunque algunos, ante el mal uso que pudiera hacerse de las técnicas genéticas, lleguen a considerar la doble hélice del ADN como una molécula de “doble filo”.

El futuro predicho hace unos 15 o 20 años para la medicina y la ciencia en general ya está aquí. Se evidencia en las expectativas indescriptibles que

se desprenden de lo expuesto, que no abarca sino una pequeña muestra de lo que está ocurriendo en la realidad. El lenguaje de la medicina es otro, al igual que el abordaje patogénico y terapéutico de muchas enfermedades, y estamos sólo al inicio.

Es de esperar que la reflexión bioética se introduzca con fuerza en la consideración de las situaciones que se originan con la aplicación de esta tecnología, para permitir su uso solo cuando se oriente al bienestar del hombre y resguarde el futuro de la humanidad, el cual se encuentra, por primera vez, en manos del hombre, no ya para destruirla, sino para modificarla. ¿Tendrá el hombre, en su falibilidad, el derecho a modificar su propia especie? ¿O más bien el deber de preservarla?

Hans Jonas (21) afirma en su nuevo imperativo ético, o principio de la responsabilidad: “obra de tal modo que los efectos de tu acción sean compatibles con la permanencia de una vida auténticamente humana sobre la tierra”, y sostiene que tenemos la responsabilidad ontológica de preservar la humanidad. El respeto a las generaciones futuras exige una extrema prudencia en el ejercicio de este nuevo poder.

CONCLUSIÓN

Es en nuestra época cuando se ha adquirido la mayor conciencia sobre la dignidad del ser humano y la injusticia de la discriminación, el esfuerzo debe estar orientado a aprovechar los beneficios que se derivan de este avasallante progreso tecnológico, en el marco de la solidaridad y la equidad para todos los pueblos del mundo.

REFERENCIAS

1. Lacadena JR. El Proyecto Genoma Humano y sus derivaciones. En *Ética y Biotecnología*. Javier Gafo, editor. Fundación Humanismo y Decadencia. Fundación Konrad Adenauer, Universidad Pontificia Comillas, Madrid. 1993.
2. Llano EA. Apuntes para una historia de la bioética. ¿Qué es bioética? 3R Editores, Bogotá. 2000: 1-3.

3. Kahn H, Wiener AJ. The year 2000: A framework for speculation on the next thirty-three years, The Macmillan Company, New York. 1967.
4. Nezer de Landaeta I. La investigación biomédica: incertidumbres médicas, morales y legales. Conferencia dictada en la Universidad del Zulia. Maracaibo, Venezuela. 1990.
5. Nezer de Landaeta I. Trascendencia jurídica de las nuevas tecnologías de reproducción humana y de investigación genética. Memorias del VIII Congreso Mundial sobre Derecho de familia. Recopiladora Dra. Lourdes Wills. 1996; Tomo I: 183-197. Caracas.
6. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). Declaración Universal sobre el genoma humano y los derechos humanos. Conferencia general. París. 1997.
7. Elizari Basterra F. Bioética. Editorial San Pablo. Madrid. 1991.
8. Collins FS, Patrino A, Jordan E, Chakravarti A, Gesteland R, Walters L. New goals for the US Human Genome Project: 1998-2003. Science. 1998;282(5389):682-9.
9. Mendible JC. El impacto del Proyecto genoma en la medicina. Infor Méd. 2001; 3:117-120.
10. Gafo J. Problemas éticos de la manipulación genética. Ed. Paulinass. Madrid. 1992.
11. De Siqueira JE. Desafíos éticos de la medicina de alta tecnología. Cuadernos del Programa Regional de Bioética No. 4 OPS. 1997:103-121.
12. Archer I Terapia génica humana. En Ética y Biotecnología. Javier Gafo, editor. Fundación Humanismo y Democracia. Fundación Konrad Adenauer. Universidad Pontificia Comillas. Madrid. 1993.
13. Capra F. The hidden connections. A science for sustainable living. First Anchor Books Edition. 2004.
14. Lacadena JR. Genética y sociedad. Discurso leído en la Solemne Sesión Inaugural del Curso de la Real Academia de Farmacia. Madrid, 2011.
15. Nezer de Landaeta I. La biotecnología, la bioquímica y la medicina actuales: aspectos históricos, consecuencias e implicaciones éticas. Tesis Doctoral, Universidad del Zulia. 2007:113.
16. Alberts B. Editorial. Breakthrough of the year: Gene therapy returns. Science. 2009; 323:1604.
17. Lejeune J. Le mongolisme. Premier exemple d'aberration autosomique humain. Genet. 1959; 1:41-49.
18. Jiang J, Jing Y, Cost GJ, Chiang J-CH, Kolpa HJ, Cotton Am, et al. Translating dosage compensation to trisomy 21. Nature. 2013; 500:296-300.
19. National Academy of Sciences and National Academy of Medicine. Report Highlights: Human genome editing science, ethics and governance. 2017.
20. Lacadena JR. El ADN, la molécula de doble filo. III Curso universitario de verano. Universidad Santa Catalina (1550/1841). El Burgo de Osma. 1990.
21. Jonas H. El principio de responsabilidad. Ensayo de una ética para la civilización tecnológica. Barcelona. Herder. 1995.

La niñez desde la perspectiva bioética

Childhood from a bioethical perspective

Gladys Velázquez Díaz

RESUMEN

La niñez es una etapa de la vida caracterizada por su alto potencial de desarrollo, pero también por su dependencia y vulnerabilidad. El desarrollo temprano del sistema nervioso y, con él, las habilidades cognitivas para tomar decisiones se encuentran desfasados respecto del desarrollo emocional y social, por lo que el ejercicio de la autonomía en los niños y adolescentes debe ser progresivo. El ambiente, en el sentido amplio de la palabra, modula el potencial genético del niño; el ambiente inicial corresponde a la propia madre, quien desempeña un papel primordial en los primeros 1000 días; luego se amplía a la familia, la escuela y la comunidad. Las condiciones socioeconómicas y culturales desfavorables que sufren los niños perdedores de la "lotería de la vida", en los estratos más bajos de la población y, especialmente, en países subdesarrollados, los condenan a perpetuarse en la pobreza. Cuando un Estado no garantiza la satisfacción de las necesidades de sus niños y adolescentes que la familia no puede cubrir, tal y como lo estipulan los convenios internacionales y sus leyes nacionales, viola los derechos humanos y, por ende, la dignidad del menor e igualmente transgrede los principios bioéticos fundamentales, especialmente el de justicia.

Palabras clave: niñez y adolescencia, capacidad para decidir, vulnerabilidad, derechos del niño, bioética

ORCID:

[0000-0003-4836-3612](https://orcid.org/0000-0003-4836-3612)

***Autor:** Gladys Velázquez Díaz. Teléfono: 0414-2570065. E-mail: gladysvelazquez502@gmail.com

Médico Cirujano. Especialista en Pediatría y Puericultura. MSc. en Bioética, Profesor Titular de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela. Centro Nacional de Bioética (CENABI). Caracas - Venezuela

Recibido: 31 de julio 2026

Aceptado: 06 de septiembre 2026

SUMMARY

Childhood is a stage of life characterized by high developmental potential, but also by dependency and vulnerability. The early development of the nervous system and, with it, the cognitive skills for decision-making, are out of sync with emotional and social development; therefore, the exercise of autonomy in children and adolescents must be progressive. The environment, in the broad sense of the word, modulates the child's genetic potential; the initial environment is the mother herself, who plays the primary role in the first 1,000 days, and then it expands to the family, school, and community. Unfavorable socioeconomic and cultural conditions, suffered by children who are "losers of life's lottery" in the lowest strata of the population and especially in underdeveloped countries, condemn them to perpetual poverty. When a State fails to guarantee satisfaction of the needs of its children and adolescents that the family cannot cover, as stipulated by international conventions and national laws, it violates human rights and, in turn, the minor's dignity. Likewise, it transgresses fundamental bioethical principles, especially justice.

Keywords: childhood and adolescence, capacity to decide, vulnerability. children's rights, bioethics

INTRODUCCIÓN

La niñez es una etapa de la vida por la que transitamos inevitablemente todos los seres humanos y durante la cual se presentan características somáticas y psíquicas muy diferentes a las del adulto, que además evolucionan de forma permanente. La complejidad de nuestra especie requiere un largo proceso de maduración, lo que genera dependencia y, como consecuencia de esta, vulnerabilidad.

Esta vulnerabilidad es la condición antropológica y bioética más destacada de la niñez y tiene componentes biológicos y psicoemocionales, modulados por el entorno sociocultural en el que, “por azar”, le corresponde vivir al niño, como parte de la llamada “Lotería de la Vida”.

En este artículo se tratarán algunos aspectos de la niñez de importancia bioética, como el desarrollo moral, la capacidad del menor para tomar decisiones, su condición de vulnerabilidad y los derechos que la protegen, elementos que deben considerarse para un trato adecuado y respetuoso de su dignidad.

El concepto de “niño” es claro en su inicio: el momento del nacimiento, pero no en su final. La Convención sobre los Derechos del Niño entiende por “niño” *todo ser humano menor de dieciocho (18) años, salvo que, en virtud de la ley aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad* (1). La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (2) y la Ley Orgánica de Protección de Niños, Niñas y Adolescentes (conocida como LOPNNA) (3) establecen igualmente el límite superior en los 18 años, pero diferencian dos etapas: la de niño y la de adolescente, fijando como límite entre ambas el día en que cumple 12 años. La Organización Mundial de la Salud (OMS) fija el inicio de la adolescencia a los 10 años y su final a los 20 años (4). La tendencia actual, basada en investigaciones recientes sobre el neurodesarrollo, es extender la adolescencia hasta los 25 años.

El niño a lo largo de la historia

La niñez fue considerada durante muchos siglos una etapa gris del ser humano, que se esperaba que durara el menor tiempo posible. Los niños eran vistos como seres imperfectos y moralmente malos, propiedad de sus padres o guardianes, sin acceso a la educación ni a derechos. Eran incorporados al trabajo desde temprana edad y, con frecuencia, abandonados. Las familias tenían muchos hijos, pero solo una parte de ellos alcanzaba la edad adulta debido a su vulnerabilidad, especialmente en tiempos de epidemias.

Esto comenzó a cambiar en el siglo XVII con el surgimiento de la Ilustración, cuando importantes pensadores europeos, en especial Jean-Jacques Rousseau, “descubrieron al niño” como un ser puro, diferenciado del adulto, al que se debía proteger de la civilización. La niñez empezó a considerarse una etapa natural y apreciada de la vida (5).

En el siglo XIX se ampliaron las oportunidades educativas con la notable expansión de las escuelas públicas, pero los mayores cambios se dieron en el siglo XX, cuando el niño comenzó a ser considerado “persona” en proceso de desarrollo. El 20 de noviembre de 1959 se firmó la “Declaración de los Derechos del Niño”, aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en Nueva York, y ratificada por esta misma Asamblea en la “Convención sobre los Derechos del Niño” del 20 de noviembre de 1989 (1). Esto constituye un hito en la concepción de la niñez. El niño pasó de ser un “sujeto tutelado con necesidades” a una “persona en desarrollo con derechos y responsabilidades”.

En Venezuela, el Congreso de la República ratificó la convención mediante la “Ley Aprobatoria de la Convención sobre los Derechos del Niño” el 28 de agosto de 1990 y, posteriormente, elaboró la “LOPNNA” en octubre de 1998 (3), la cual fue reformada en el año 2007 y parcialmente en el 2015. Esta ley sustituyó a la Ley Tutelar del Menor, que solo se ocupaba de los menores en situación irregular por haber incurrido en hechos antisociales, por encontrarse en peligro de abandono, por padecer un déficit físico o mental, o por no recibir la educación o los cuidados que correspondían a sus necesidades. La doctrina de protección integral, que es el nuevo paradigma promueve “todos los derechos para todos los niños”, y está fundamentada en unos principios rectores: “el niño como sujeto de derechos”, “el interés superior del niño” y “el niño prioridad absoluta”, resaltando el papel fundamental de la familia y la sociedad y la responsabilidad del estado como garante de su cumplimiento, mediante un sistema de protección que incluye órganos administrativos, judiciales y del Ministerio Público.

Un ser en cambio permanente

El cuerpo del niño crece y se modifica continuamente, pero con mayor celeridad durante sus primeros dos años de vida y en la etapa puberal. El desarrollo es un proceso continuo de maduración, paralelo al crecimiento, pero más cualitativo que cuantitativo, que se extiende hasta la adultez y es igualmente más acelerado en los primeros años. Las funciones de todos los órganos y sistemas están involucradas en este proceso, que requiere condiciones ambientales favorables.

El sistema que madura más temprano y rápidamente es el sistema nervioso, lo cual se evidencia en los avances de su motricidad gruesa y fina, así como en la creciente capacidad del niño para aprender, razonar, memorizar, comunicarse e interactuar socialmente. La neuroplasticidad, evidenciada por la cantidad y la velocidad de las conexiones neuronales, es de tal magnitud que, a los 12 meses, puede casi duplicar las conexiones presentes en el adulto, lo cual coincide con la etapa de máxima actividad del proceso de mielinización neuronal (6). La velocidad y complejidad del proceso tienen como contrapartida su alta vulnerabilidad a los factores ambientales; como ejemplo, se pueden mencionar la encefalopatía hipóxica, consecuencia de una hipoxia algo más prolongada de la habitual al momento del nacimiento, o los efectos un poco menos dramáticos, aunque igualmente importantes, de déficit intelectual y retraso escolar, debidos a la carencia tanto alimentaria como afectiva en los primeros años de la vida.

El desarrollo cognitivo del niño se va diferenciando progresivamente de los demás componentes del desarrollo neurológico. El primer científico en dedicarse al estudio sistemático de este proceso fue Jean Piaget (1923-1983), quien identificó 4 etapas en el desarrollo cognitivo: la etapa Sensorio-Motriz de los primeros 2 años, caracterizada por la imitación de las personas, el comienzo de la memoria e incluso del pensamiento, que, aunque ya existe, no puede evidenciarse por la incapacidad de expresarlo. Le sigue la etapa Preoperacional, que corresponde a la edad preescolar, en la que se desarrollan gradualmente el lenguaje y la capacidad de pensar de forma

simbólica, y se inicia el pensamiento lógico en operaciones sencillas. La tercera etapa es la de Operaciones Concretas, en la que el niño adquiere la capacidad de resolver problemas concretos de manera lógica, de entender la existencia de normas y su posible reversibilidad; ésta se alcanza entre los 7 y 11 años. La cuarta etapa de las Operaciones Formales se extiende desde los 12 años hasta la edad adulta; en ella se adquiere la capacidad de resolver problemas abstractos de manera lógica, el pensamiento se vuelve más científico y surge el interés por los temas sociales (7).

Desarrollo moral del niño

El desarrollo moral del niño está estrechamente vinculado al desarrollo cognitivo. La simple aplicación de la “regla de oro”, “No hagas a otros lo que no quieres que te hagan a ti”, o el juicio moral de cualquier acción, requiere de la capacidad de situarse en el lugar de las personas afectadas por la acción que se juzga, incluyendo al que la ejecuta (8). Esto es imposible para un niño en sus primeros años, caracterizados por el egocentrismo.

Lawrence Kohlberg, discípulo de Piaget, partiendo de los postulados de su maestro y de sus propios estudios, concibió un sistema de la evolución de la moralidad basado en la relación entre el yo y las reglas y expectativas de la sociedad. Él consideraba el desarrollo moral como el proceso que conduce a alcanzar un sentido individual de la justicia.

El sistema de Kohlberg comprende tres niveles, cada uno de los cuales se subdivide en dos estadios, que se presentan siempre en la misma secuencia. Este autor confiere gran importancia al carácter de la persona y a su interacción con el ambiente, en especial el educativo, sobre todo en los estadios superiores, a diferencia de Piaget, quien solo da importancia al desarrollo biológico e intelectual (5). Selman, también discípulo de Piaget, se enfoca en el desarrollo de las relaciones interpersonales y considera la moralidad como la capacidad de considerar el bienestar de otras personas (8).

Los niveles del modelo de Kohlberg son los siguientes:

Nivel 1: Preconvencional, en el que se obedecen las normas impuestas por la sociedad.

Nivel 2: Convencional, en el que el yo se identifica con estas normas y las cumple por convicción.

Nivel 3: Postconvencional, en el que las personas distinguen los valores propios de las normas sociales y adquieren un sentido individual de la justicia, que Kohlberg considera la meta del proceso.

No existen límites de edad precisos para cada estadio, ya que el desarrollo intelectual y moral tiene variaciones individuales y, como se mencionó anteriormente, está muy influenciado por el ambiente que rodea al niño; no obstante, pueden hacerse algunas aproximaciones. El estadio 1 suele coincidir con la etapa preescolar (2 a 6 años), el estadio 2 con el inicio de la edad escolar (7 a 10 años), el estadio 3 con el final de la edad escolar y la adolescencia temprana (10 a 15 años), el estadio 4 podría alcanzarse en la adolescencia tardía (mayores de 16 años), pero se da el caso de adultos que apenas alcanzan el nivel 3 y en edades relativamente tardías (9).

En el Cuadro 1 se muestran los tres niveles con sus características fundamentales y los seis estadios, con los intereses y el sentido de lo justo de los individuos en cada estadio, así como las edades aproximadas en las que se alcanzan.

Este modelo clásico del desarrollo moral ha sido objeto de discrepancias, entre ellas las de Carol Gilligan (1978-1982), quien lo critica por haber realizado sus experiencias únicamente con varones, lo que limita su aplicabilidad. Los varones consideran la moralidad en términos abstractos, como la justicia y la honradez, y suelen tener conflictos con el poder y la competitividad; por el contrario, las mujeres están más enfocadas en las relaciones interpersonales y definen la moralidad como la capacidad de ponerse en el lugar de la otra persona o de sacrificarse para asegurar su bienestar (10). Las críticas

más recientes se relacionan con los nuevos conocimientos aportados por la neurobiología, la sociobiología y otras disciplinas. Parece claro que en el desarrollo del razonamiento moral intervienen numerosos factores no considerados previamente, entre ellos las emociones, en especial el afecto, y el cuidado. El desarrollo moral es un componente fundamental de la formación personal y social del individuo y de su capacidad para tomar decisiones. Esta capacidad se modula por el contexto cultural, social y simbólico en el que se toman estas decisiones (11).

Capacidad para tomar decisiones

Durante muchos siglos se consideró al menor un ser incompetente, incapaz de tomar decisiones sobre su cuerpo y su vida de manera racional y prudente. Las decisiones eran tomadas por sus representantes o cuidadores sin su participación, incluidas las relacionadas con su salud; el modelo de la relación filial y con el médico era el denominado “paternalista”. Esto ha cambiado en los últimos años, con el surgimiento de los derechos del niño, pero no de manera uniforme. El paternalismo sigue siendo predominante en países y comunidades de menor desarrollo sociocultural.

La capacidad para tomar decisiones es fruto de un proceso evolutivo muy ligado a la capacidad cognitiva y al desarrollo moral, pero también depende de otras habilidades neurológicas cuya maduración ocurre en los primeros años de la vida (12). Este proceso no es totalmente sincrónico, lo que explica la existencia de diferencias individuales y de fluctuaciones en una misma persona. La etapa de mayor inestabilidad es la adolescencia, en la que se produce un desequilibrio en la velocidad de maduración de algunas áreas del cerebro, lo que afecta de manera importante esta capacidad.

En el campo de la salud, y especialmente cuando existen implicaciones legales, se suele utilizar el término “competencia”, que se refiere al grado de capacidad del paciente para tomar decisiones de manera autónoma (13). Appelbaum y Grisso (14), estudiosos de este tema, establecen 4 condiciones para considerar a una persona

Cuadro 1. Desarrollo Moral según Kohlberg (8)

NIVELES	Características	ESTADIOS	Intereses	Criterio de lo justo
I PRE CONVEN CIONAL	Obediencia de normas impuestas por la sociedad	1. Moral Heterónoma (2-6 años)	Compartidos con la autoridad	Obediencia ciega para evitar castigos
		2. Individualismo (7-10 años)	-Conciencia propia -Reconoce intereses y necesidades diferentes a los propios	Relativo: Sigue la norma si satisface sus necesidades
II CONVEN CIONAL	Identificación por convicción con las normas que cumple	3. Expectativas Interpersonales (10-15 años)	-Comparte sentimientos, acuerdos y expectativas -Acepta y respeta otras opiniones -Admite excepciones	-Tener buen comportamiento -Ser considerado bueno
		4. Sistema Social y conciencia (> 16 años)	Acepta el sistema social y sus normas para mantener el orden y convivir, pero con excepciones	Cumplimiento de deberes y leyes, excepto que estén en conflicto con otros imperativos de conciencia y autorrespeto
III POST-CONVEN CIONAL	-Decisiones morales fundamentadas en principios, derechos y valores -Distinción entre normas sociales y valores propios	5. Contrato Social o utilidad y derechos individuales	Integra perspectivas individuales mediante acuerdos y procedimientos legales	-Respeto a la diversidad y reglas para mantener pacto social. -Reconocimiento de valores y derechos absolutos, como la vida y la libertad.
		6. Principios éticos universales	-Autonomía moral. -Compromiso racional con principios éticos universales, aun siendo contrarios a las leyes y acuerdos sociales en su aplicación.	Trato de las personas como fines en sí mismos y no como medios

Fuente: Elaboración propia

competente para tomar decisiones terapéuticas o para participar en proyectos de investigación; el desarrollo de estas capacidades se inicia en la infancia:

1. *Comprensión de la información*, tanto la relativa al tratamiento propuesto o a la naturaleza de la investigación como la relativa a la necesidad de tomar una decisión. Requiere una combinación de habilidades

neurológicas: enfocar la atención en el problema y procesar la información, que puede lograrse entre los 7 y 10 años; y usar la memoria para relacionar lo actual con hechos anteriores, que entre los 10 y 12 años alcanza niveles cercanos a los del adulto.

2. *Razonamiento sobre los riesgos y beneficios de las opciones presentadas, así como sobre sus posibles consecuencias*. Requiere

habilidades de pensamiento lógico presentes a partir de los 6 años, pero con mayor desarrollo entre los 8 y los 11 años. La identificación de riesgos alcanza su punto máximo entre los 6 y 10 años, pero se ralentiza durante la adolescencia, cuando, por el contrario, se identifican más fácilmente los beneficios inmediatos. También, requiere de razonamiento complejo para establecer relaciones causales, el cual se desarrolla más lentamente y se acelera en la adolescencia, pero puede fallar incluso en los adultos

a partir de los 11,2 años y para tomar decisiones terapéuticas a partir de los 12 años, siempre que el ambiente que rodea la decisión sea favorable (13).

En cuanto al desarrollo moral, se considera que en el estadio 3 de Kohlberg, cuando se ha comenzado a desarrollar una conciencia propia, a aceptar y respetar las opiniones de otros y reconocer que puede haber excepciones a las normas, el menor habrá alcanzado la madurez moral para tomar decisiones y esto ocurre generalmente al inicio de la adolescencia.

3. *Apreciación de la naturaleza de la situación.* Es el criterio más estricto. Implica que el sujeto deberá entender no solo las opciones que se le plantean, sino también su relevancia para su situación personal. Requiere poseer la habilidad del pensamiento abstracto, que, según Piaget, se desarrolla a partir de los 11 años; no obstante, se sabe que niños de 3 a 4 años ya comienzan a reconocer sus propios pensamientos y deseos y van creando un sistema propio de valores que influye en sus acciones.
4. *Habilidad para expresar su elección:* se refiere a la capacidad de comunicación, tanto verbal como no verbal. En los niños, el desarrollo del lenguaje es muy variable: aunque en algunos es muy temprano, la mayoría tiene un lenguaje inteligible entre los 5 y los 9 años, que se sigue refinando durante el resto de la niñez y la adolescencia.

De lo expuesto anteriormente se puede inferir que las habilidades intelectuales necesarias para tomar decisiones pueden alcanzarse alrededor de los 12 años. Estos mismos autores, Appelbaum y Grisso, desarrollaron una prueba para determinar la competencia para decidir basada en estos 4 criterios: la prueba de MacArthur (MacCAT), considerada el estándar de oro para esta evaluación en adultos. Posteriormente, esta prueba fue adaptada para niños mayores de 6 años. Los estudios realizados con este método han determinado que el menor tiene competencia para decidir su participación en una investigación

Con base en los criterios antes mencionados y en las investigaciones realizadas, se podría estimar que alrededor de los 12 años el niño posee las habilidades intelectuales y morales para tomar decisiones autónomas, pero esto coincide con el inicio de la adolescencia, cuando se presentan desequilibrios madurativos que ralentizan su capacidad para decidir.

Los elementos más resaltantes de los mismos son: a) hiperreactividad del sistema límbico y en especial de la amígdala, donde se procesan las emociones y la percepción de riesgos, b) hiperreactividad del cuerpo estriado, del cual depende el sistema de recompensas, c) maduración más lenta de la corteza prefrontal, responsable del control de las emociones, la valoración de riesgos y beneficios y la planificación a largo plazo. Esto tiene como consecuencias: decisiones impulsivas y riesgosas, especialmente en situaciones cargadas de emotividad o en presencia de pares, y la búsqueda de recompensas a corto plazo, aunque estas sean menores que las de largo plazo. El equilibrio entre los sistemas de control y recompensa y la regulación emocional asociada se alcanza en la adultez temprana.

La capacidad de tomar decisiones no es absoluta: se tiene o no se tiene; por el contrario, posee grados o matices relacionados con decisiones específicas en contextos específicos. Miller ha propuesto un modelo de capacidad de decisión en los niños que reconoce 4 grupos de factores que influyen en esta capacidad, a los cuales denomina: predisponentes, del niño, de los padres y médicos y situacionales (12).

Factores predisponentes o de base son el grado de desarrollo cognitivo y la experiencia del menor en la toma de decisiones.

Factores relacionados con el niño: personalidad, estado emocional y severidad de la enfermedad, que pueden afectar la comprensión, el ocultamiento de información y las razones para consentir.

Factores relacionados con los padres y los médicos: sus actitudes hacia el niño y la atención y el soporte que estos le brinden en el proceso de decisión.

Factores situacionales (Entorno): El tipo y la complejidad de las decisiones, el lugar y el ambiente en que se toman, y el tiempo disponible para decidir. En algunas decisiones denominadas “decisiones en caliente” confluyen estos factores en negativo: situaciones de alto riesgo, poco tiempo disponible para decidir y presencia de pares, que pudieran limitar la libertad de decisión, etc.

Concluyendo, la capacidad del niño para decidir se desarrolla en forma temprana y progresiva, por lo que se le debe dar oportunidad de ejercitarla también progresivamente en todos los ámbitos, para potenciar habilidades intelectuales, morales y emocionales, importantes para su formación personal y ciudadana. El modelo de relación paternalista absoluto tradicional, debe ir mutando hacia el de una autonomía progresiva con el apoyo de los adultos. En la etapa de la adolescencia, se deben considerar las limitaciones derivadas de su menor madurez emocional y social, así como de la percepción inadecuada de riesgos y recompensas, en especial en las llamadas “decisiones en caliente”. Se debe tratar de mantener un equilibrio entre el respeto a la autonomía y la protección, pero en algunas circunstancias, como los trastornos psiquiátricos o las adicciones, es necesario imponer el paternalismo para preservar la integridad y el interés superior del menor.

Niveles de participación en las decisiones

Con base en el desarrollo progresivo de la autonomía del niño, Weithorn (15) propuso tres

grados de participación en la toma de decisiones: información, decisiones compartidas y decisiones autónomas.

Nivel 1. De información. En este nivel, el médico y el personal de salud deben explicar al niño, de forma sencilla y directa, con un lenguaje apropiado, cualquier procedimiento que le vaya a realizar y la razón que lo justifica; se le deben aclarar sus dudas y aliviar sus temores, pero siempre con la verdad. Se le pueden incluso permitir decisiones sencillas, como el lugar de aplicación de una inyección. Esto se comienza a practicar alrededor de los 2 años, con una amplitud y complejidad crecientes.

Nivel 2. De opinión. El médico debe mantener informado al niño sobre su enfermedad, los procedimientos y tratamientos que le va a practicar y lo que se puede esperar de ellos, cada vez que se planteen, con una profundidad acorde con su capacidad de comprensión y siempre con la verdad. Si se trata de una condición del paciente o de una enfermedad crónica, la información debe ir fluyendo a lo largo de las consultas, incorporando cada vez nuevos elementos, de manera que el paciente y la familia logren asimilarlos y adaptarse a nuevas situaciones. Debe verificar la comprensión de lo informado, reforzar la información si es necesario y, además, evaluar la conciencia que el niño tiene de su propia situación, que, como se mencionó anteriormente, es determinante para su capacidad de decisión. Luego de aclarar sus dudas y temores, debe solicitarle su opinión, que puede ser de aceptación de lo propuesto (ASENTIMIENTO) o de rechazo (DISENTIMIENTO). La base legal de esta obligación se encuentra en el derecho a ser informado, a expresar su opinión y a que esta sea tomada en cuenta en función de su desarrollo, consagrados en la Convención sobre los Derechos del Niño y en la LOPNNA.

El producto de este nivel de participación, sustentado en la información, se denomina “Asentimiento Informado”, el cual suele obtenerse en forma verbal, como parte de la comunicación médico-paciente-familia; solo requiere ser escrito en circunstancias clínicas muy especiales, como

la práctica de procedimientos de alto riesgo o que puedan tener graves consecuencias para el menor, o para participar en un proyecto de investigación.

El Asentimiento Informado debe cumplir con requisitos similares a los del consentimiento informado (16):

- El menor debe recibir y comprender la información pertinente
- El médico debe asegurarse de que haya comprendido la información y reforzarla en caso necesario.
- El médico debe procurar que la respuesta del menor sea lo más libre posible, evitando interferencias por parte de los padres e incluso del propio personal sanitario.
- El paciente debe expresar su voluntad de aceptar o rechazar lo que se le propone.

Tradicionalmente se solicitaba el asentimiento del menor a partir de los 12 años, pero las evidencias de desarrollo temprano de la capacidad de decisión llevaron a la Academia Americana de Pediatría (AAP) en el año 2016, a recomendar su obtención en edades tan tempranas como los 7 años, cuando se presume que el niño podrá manifestar su acuerdo con las intervenciones propuestas (17). Esta recomendación fue ratificada en el 2023 y aplica especialmente cuando se solicita participar en una investigación.

Solicitar la opinión del menor implica el compromiso de tratar de respetarla, total o parcialmente. Cuando la decisión se refiere a exploraciones o tratamientos considerados indispensables para la salud del menor y que hayan sido autorizados por sus representantes, se le debe advertir previamente que no se podrá respetar su opinión si es negativa, explicándole las razones. Cuando rehúsa asentir (o disiente) reiteradamente a la práctica de una exploración o tratamiento, debe sopesarse la importancia que esta tiene para su bienestar y diferirla si ello no representa un riesgo sustancial. En ocasiones, el diferimiento pone en evidencia que se trata de intervenciones gravosas o fútiles en pacientes

de mal pronóstico. En circunstancias especiales, como las emergencias o cuando existan evidencias razonables de la incapacidad del menor para tomar decisiones, como en los casos severos de anorexia nerviosa y de adicciones, puede estar justificado actuar de forma paternalista, sin contar con su asentimiento, como se mencionó anteriormente (18).

El Asentimiento Informado para participar en protocolos de investigación, aunque tiene elementos comunes al clínico, tiene contenidos y condiciones propios y más exigentes: debe obtenerse siempre por escrito, tiene carácter vinculante, es decir, la negativa del niño a participar debe ser respetada, a pesar de que sus representantes lo hayan autorizado, excepto cuando participar en la investigación esté en concordancia con su interés superior, por ejemplo, le da acceso a un tratamiento que no pueda obtener de otra forma.

En estos dos primeros niveles de participación, la decisión final corresponde a los representantes, bajo la orientación del médico, y se denomina “decisión subrogada” o “decisión en sustitución”.

Nivel 3. De decisión autónoma. Las decisiones autónomas corresponden a los mayores de edad, que de acuerdo a la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, son los mayores de 18 años; no obstante, si tomamos en cuenta la tendencia actual a prolongar el período de la adolescencia por las particularidades del neurodesarrollo, podría resultar imprudente que decisiones complejas o de alto riesgo no sean tomadas en forma autónoma por jóvenes de edades cercanas a los 18 años, más aun considerando que para entonces se suele mantener la dependencia económica de la familia.

La expresión de las decisiones autónomas es el “*Consentimiento Informado*”, que tiene tres requisitos: que el paciente reciba la información pertinente y la comprenda, que sea competente para decidir y que pueda hacerlo libremente.

Podrían plantearse situaciones sociales y legales en las que menores de 18 años tengan competencia legal, plena o parcial para decidir:

El *Menor Maduro* es aquel que posee las capacidades intelectuales, emocionales y morales para decidir, según el tipo de decisión. Se basa en la “doctrina del menor maduro”, que se originó en los Estados Unidos de América en los años 60, según la cual los derechos civiles o subjetivos existen en el individuo desde el mismo momento en que este es capaz de ejercerlos. Es una figura no prevista en nuestra legislación.

El *Menor Emancipado* es una figura legal que sí existe en el Código Civil venezolano (19) para quien contrae matrimonio, a partir de los 14 años en la mujer y de los 16 en el hombre, y en el artículo 356 de la LOPNNA, como causal de extinción de la Patria Potestad (3).

-Como competencia parcial se puede citar el derecho del menor a partir de los 14 años a solicitar por sí solo y recibir servicios y programas de salud sexual y reproductiva, establecido en el art. 50 de la LOPNNA. Se ha intentado extrapolar el contenido de este artículo a numerosas situaciones no contempladas en la ley e incluso ajenas a su espíritu (3).

Comunicación de la verdad

Cuando el niño está enfermo, hablarle con la verdad le genera confianza y fidelidad y le permite adaptarse positivamente a su realidad.

La comunicación efectiva y afectiva con el niño enfermo implica:

- Informarle de forma personalizada, porque no hay un paciente igual a otro ni las circunstancias son iguales, tratando de adaptarse a su realidad, a sus sesgos cognitivos, a sus miedos y a sus valores.
- Crear un ambiente de confianza en el que se pueda discutir la verdad sin temor y en el que el niño se sienta seguro para expresar sus miedos y sus preguntas.
- Ser prudente: dosificar la información, como los medicamentos, y respetar el deseo del paciente, ofreciendo solo la que él desea conocer.

- Evitar la “*Conspiración del Silencio*”, que consiste en un acuerdo implícito o explícito, por parte de familiares, amigos y/o profesionales, para alterar la información que se le da al paciente con el fin de ocultarle el diagnóstico, el pronóstico y la gravedad de su situación. Retener la información puede resultar contraproducente, ya que existe un lenguaje no verbal de los padres y señales en el entorno que hacen que el niño perciba la gravedad de su problema. Él podría reaccionar negativamente al sentirse engañado o simular que desconoce la verdad para evitar el sufrimiento de sus familiares, lo que le generaría una mayor carga emocional (20).

Decisiones en sustitución

La responsabilidad de las decisiones en los menores de edad la tienen los padres (o en su defecto los representantes), quienes son los que en principio mejor conocen las necesidades de sus hijos y ejercen sobre ellos la “patria potestad”; ésta es definida como el conjunto de deberes y derechos de los padres en relación con los hijos que no hayan alcanzado la mayoría, teniendo por objeto el cuidado, desarrollo y educación integral de los mismos (LOPNNA Cap. II, Art. 347). Cuando los hijos son concebidos durante el matrimonio o en una unión estable, se ejerce de manera conjunta por el padre y la madre. La patria potestad debe considerarse una responsabilidad más que un derecho legal absoluto, y el Estado puede desafiar esta autoridad cuando el menor esté expuesto a riesgos significativos de daño o de negligencia (3).

En materia de salud es importante considerar la complejidad de las decisiones subrogadas. Los profesionales sanitarios deben tener en cuenta la influencia del estrés y la incertidumbre en las decisiones autónomas de los padres y tienen la obligación ética de seleccionar estrategias comunicacionales adecuadas, brindarles apoyo emocional y ayudarles en el proceso de adaptación a condiciones de salud sobrevenidas. Tienen también el derecho y el deber de decidir sobre

los aspectos técnicos de lo que se propone y de recomendar a los padres la opción de tratamiento que consideren más adecuada, lo que se corresponde con el modelo de relación médico-paciente denominado “Decisiones compartidas”, considerado el ideal por ser un punto medio de equilibrio entre el paternalismo y el autonomismo. Esto ayuda a mitigar la sensación de responsabilidad abrumadora o la culpabilización derivada de los resultados de la decisión (14).

Estas decisiones se ven afectadas por la diversidad de valores culturales, sociales y religiosos de la familia, a los que se suman los del propio médico, por lo que se requiere utilizar un estándar o guía que, en este caso, es el principio del “Interés Superior del Niño”, consagrado en el artículo 3 de la Convención de los Derechos del Niño (1) y en el artículo 8 de la LOPNNA (3). Según este último, para determinar el Interés Superior del niño en una situación concreta, el primer elemento a tener en cuenta es la opinión del menor.

El **estándar del Interés Superior del Niño** exige a los responsables de la decisión, tratar de identificar los intereses inmediatos y a largo plazo de sus representados y evaluar la relación riesgo/beneficio de un procedimiento diagnóstico o terapéutico propuesto. Es un estándar de razonabilidad: no se aspira a que lo seleccionado sea absolutamente lo mejor, porque en medicina no hay certezas, sino lo mejor entre las opciones disponibles. En la deliberación también deben tomarse en cuenta los intereses de la familia, entre ellos su capacidad financiera.

Cuando la decisión de la familia no se corresponda con este principio, el médico debe hacer un balance entre: a) el respeto a la autonomía, a los valores culturales y religiosos, a la confianza y a la necesidad de un trabajo colaborativo con los padres y la familia; y b) la necesidad de proteger al niño de daños serios e inminentes o de no recibir lo más conveniente para su bienestar. Lo primero que debe intentar el médico es el diálogo abierto, para detectar las razones de la negativa, los miedos infundados por experiencias previas en el entorno familiar o social, la existencia de

personas que puedan estar influyendo en los padres para mantener la negativa, en cuyo caso puede dialogar directamente con ellas. Debe intentarse la persuasión mediante argumentos adecuados hasta donde sea posible, teniendo en cuenta la situación emocional de la familia.

De no lograr cambios con estas estrategias básicas, se puede solicitar la asesoría y ayuda del Comité de Bioética Asistencial de la institución sanitaria, que analizará el problema y recomendará soluciones, pero en ningún momento deberá asumir la responsabilidad de la decisión. Cuando no se dispone de este recurso, siempre resulta útil consultar la opinión de otros profesionales del área, que pueden aportar su experiencia.

Si se agotan los recursos de consulta y persuasión, como última opción podrá acudir a los órganos de protección del Estado, considerando que la falta de provisión de cuidados adecuados constituye una forma de abuso o negligencia hacia el menor. La primera instancia son los Consejos de Protección Municipal.

Cuando se trata de una situación de emergencia extrema, el médico puede aplicar el tratamiento que corresponda al principio de máximo interés del menor y, en caso de que haya oposición por parte de los padres, solicitar en paralelo la intervención del Estado.

Las decisiones tomadas por los padres o representantes no deberían denominarse consentimiento informado, sino “**permiso informado**”, pues la palabra consentir implica algo muy personal que corresponde sólo al paciente.

El niño y su ambiente

En este capítulo se considera el ambiente en su sentido amplio: físico, emocional, social, cultural y natural, cuyas dimensiones se amplían a medida que el niño crece y se desarrolla.

El ambiente que rodea al niño condiciona el desarrollo de su potencial genético; en consecuencia, ambos factores, genético y

ambiental, son determinantes de las capacidades que este logre alcanzar. El ambiente puede incluso modificar la expresión del material genético, como lo ha demostrado la epigenética, y sus efectos pueden ser mayores de lo previsto. Los resultados de investigaciones publicadas en el 2008 en la revista “The Lancet” evidenciaron que las bases de la salud a lo largo de toda la vida se consolidan en las primeras etapas de la misma, posiblemente debido a la mayor interacción epigenética. Se ha comprobado que los primeros 1000 días de la vida, que comprenden los 270 de la gestación y los 730 posteriores al nacimiento hasta cumplir 2 años, son un periodo crucial para el desarrollo humano, en el que la salud, el crecimiento y el desarrollo cognitivo, físico y emocional están fuertemente determinados por las condiciones nutricionales y ambientales. Las carencias durante este lapso pueden tener consecuencias irreversibles: algunas a corto plazo, como el bajo rendimiento intelectual, y otras a largo plazo, como un mayor riesgo de enfermedades crónicas en la adultez (21).

A partir de estos estudios, los primeros 1000 días se han convertido en un paradigma de la salud pública y en una ventana de oportunidades para prevenir enfermedades, optimizar el desarrollo y romper ciclos de pobreza y desnutrición desde los primeros momentos de la vida, lo que los califica como herramientas poderosas de justicia social.

En este lapso el niño se encuentra al cuidado de la familia, pero el papel preponderante corresponde a la madre: de ella depende totalmente la nutrición en la etapa intrauterina y en buena parte en los dos primeros años, en los cuales la leche materna es el alimento fundamental; si a esto sumamos que la madre es la principal proveedora de cuidado y afecto y que éste último, también es indispensable para el desarrollo psicoemocional del niño, podemos entender la importancia de priorizar la atención y el apoyo a las madres. Organizaciones internacionales como la OMS, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) han respondido desarrollando programas de promoción materno-infantil, y en Venezuela se

ha creado el proyecto “Nutrición temprana para la salud a corto y largo plazo” con la participación de diversas organizaciones no gubernamentales y sociedades científicas del campo de la salud (22).

El entorno familiar es determinante para el desarrollo emocional del niño, y las emociones influyen en los procesos cognitivos y en la conducta. Los niños criados en hogares donde existe buena comunicación, manifestaciones afectivas frecuentes y accesibilidad de los cuidadores, tienden a mostrar mayor estabilidad emocional, capacidad de resolución de conflictos y adaptación al entorno escolar; en el caso contrario, los niños suelen ser inseguros, emocionalmente dependientes o presentar conductas disruptivas (23).

La profesora Diana Baumrind, de la Universidad de California (EE. UU.) (24), describe 4 modelos parentales: autoritativo, autoritario, permisivo y negligente-rechazante. El estilo autoritativo combina el afecto con la responsabilidad mediante el establecimiento de límites o normas claras. En el autoritario hay exceso de control con poco afecto; en el permisivo se da más afecto, pero no se establecen límites; y en el negligente-rechazante se carece de afecto y de control. El modelo autoritativo ha demostrado ser el más favorable para un desarrollo emocional equilibrado, que promueva la autonomía, la autoestima y la empatía.

La influencia del entorno familiar no se limita a las relaciones afectivas; también inciden las condiciones materiales, sociales y culturales del grupo familiar. Numerosas investigaciones demuestran que los hogares con limitaciones económicas severas enfrentan mayores dificultades para brindar estabilidad emocional a los niños, debido al estrés parental, a la sobrecarga laboral o a la falta de recursos educativos y recreativos (25). Sin embargo, no todas las familias con recursos limitados generan entornos emocionales desfavorables. Según Meléndez y Ramírez, citados por Gavilanes y col. (23) el origen radica en la calidad de las relaciones intrafamiliares, más que en el nivel de ingresos. De este modo, se reconoce que un hogar pobre pero afectuoso

puede ser emocionalmente más saludable que uno con abundancia material, pero con escasa conexión emocional.

La escuela complementa la labor de la familia y, en algunos casos, puede ser la única fuente de apoyo emocional del niño, dependiendo de la sensibilidad y la vocación del maestro. Sin embargo, su efecto positivo suele verse limitado por la rotación necesaria generada por la progresión escolar.

Existen otros factores ambientales que afectan negativamente a los niños; algunos como la violencia son comunes a todos los niveles sociales y países, pero cobran mayor importancia en los estratos socioeconómicos bajos y países en desarrollo; otros son característicos de estos últimos escenarios, como la carencia de alimentos, las viviendas insalubres con ausencia de servicios públicos, el abandono parental, la deficiencias de las escuelas en cantidad y calidad, la carencia de opciones para la recreación, los depauperados servicios de salud curativos y preventivos, la falta de sistemas de transporte, factores que entre otros, configuran un entorno complejo y agresor. En estos escenarios se perpetúan cadenas viciosas como las de “desnutrición-infección” y “desnutrición-capacidad intelectual disminuida-fracaso escolar”, que limitan las posibilidades de movilidad social y condenan a estas personas a mantenerse en la pobreza. Estos niños son los perdedores de la llamada “Lotería de la vida”.

En Latinoamérica son frecuentes estos escenarios, por lo que Mainetti (26) afirmaba con razón que la bioética social constituye el principal reto bioético de la región. Los Estados tienen la responsabilidad de realizar los cambios ambientales (en el sentido amplio antes mencionado), más aún cuando se trata de poblaciones vulnerables. Un gran número de países en desarrollo carece de los recursos necesarios para realizar estos cambios; otros disponen de recursos, pero los mal administran o los desvían a otros fines, y las implicaciones bioéticas y legales son mayores.

Desde la perspectiva de la bioética principialista, esta situación transgrede los principios de

beneficencia y no maleficencia al no asegurar a los niños el acceso a recursos indispensables para su bienestar y supervivencia, tanto actuales como futuros: alimentación, ambiente físico saludable, educación, recreación y atención preventiva para evitar riesgos predecibles. Además, viola el principio de justicia en una medida que varía según la disponibilidad de recursos de los Estados.

Los derechos humanos, según Tealdi (27), son la norma de mayor universalidad en la moral del mundo actual. Su violación irrespeta la dignidad humana, en este caso, la del niño. A estos niños se les vulneran los derechos a la salud, a la vida, a un nivel de vida adecuado, a la educación, a la seguridad social, a la no discriminación, a que se respeten sus derechos y, muy especialmente, a que sus intereses sean prioritarios sobre todos los demás. Como si fuera poco, se les priva de la oportunidad de un futuro mejor.

Bien lo decía Kofi Annan, secretario general de las Naciones Unidas 1997-2006 y Premio Nobel de la Paz 2001 (28):

“No hay obligación más sagrada que la que el mundo tiene con los niños, No hay deber más importante que velar porque sus derechos sean respetados, su bienestar esté protegido, sus vidas estén libres de temores y necesidades, y puedan creer en la paz”

REFERENCIAS

1. Asamblea General de las Naciones Unidas. Convención sobre los Derechos del Niño, Nueva York, 1989. Disponible en: <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-child>.
2. República Bolivariana de Venezuela. Constitución. Gaceta Oficial N° 5.453 Extraordinario; marzo 2000).
3. Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela. Ley Orgánica de Protección de Niños, Niñas y Adolescentes. 2015. Disponible en: <https://www.asambleanacional.gob.ve/leyes/sancionadas/ley-de-reforma-parcial-de-la-ley-organica-para-la-proteccion-de-ninos-ninas-y-adolescentes>.

4. Organización Mundial de la Salud (OMS). Límites de la niñez. 2005. Disponible en: <https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health#tab=tab>
5. Gracia D. Bioética en Pediatría. *Rev Esp Pediatr*. 1997;53 (2): 99-106.
6. Kolb B, Gibb R. Plasticidad cerebral y comportamiento en el cerebro en desarrollo. *Rev Acad Can Psiquiatría Inf*. 201;20(4):265-276.
7. Teoría del desarrollo cognitivo de Piaget. (s.f.). En Wikipedia. Recuperado el 4 de abril de 2024, de wikipedia.org
8. Dörr A. Desarrollo Moral. *Psicología: general y evolutiva*. Mediterráneo; 2008. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/444974860/Dorr-2008-Desarrollo-moral-pdf>.
9. Gracia D, Jarabo Y, Martín N, Ríos J. Toma de decisiones en el paciente menor de edad. *Med Clin (Barc)*. 2001;117 (5):179-190.
10. Gilligan, C. In a different voice. *Psychological Theory and womens development*. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1982. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/109818618/Different>.
11. Pinto B, Gulfo R. Asentimiento y consentimiento informado en pediatría: aspectos bioéticos y jurídicos en el contexto colombiano. *Revista Colombiana de Bioética*. 2013; 8(1), 144-165.
12. Grootens-Wiegers P, Hein IM, van den Broek JM, de Vries MC. Medical decision-making in children and adolescents: developmental and neuroscientific aspects. *BMC Pediatr*. 2017;17(1):120.
13. Hein IM, De Vries MC, Troost PW, Meynen G, Van Goudoever JB, Lindauer RJ. Informed consent instead of assent inappropriate in children from the age of twelve: Policy implications of new findings on children's competence to consent to clinical research. *BMC Med Ethics*. 2015;16(1):76.
14. Appelbaum PS, Grisso T. Assessing patients' capacities to consent to treatment. *N Engl J Med*. 1988;319(25):1635-8.
15. Weithorn LA. Children's capacities to decide about participation in research. *IRB*. 1983; 5(2):1-5.
16. AAP. Committee on Bioethics. Informed Consent, Parenteral Permission, and Assent in Pediatric Practice. *Pediatrics*. 1995;95(2):314-317.
17. AAP. Committee on Bioethics. Informed Consent in Decision-Making in Pediatric Practice. 2016;138 (2).
18. Silber TJ. Justified paternalism in Adolescent Health Care. *J Adolescent Health Care*. 1989;10:449-453.
19. Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela. Código Civil. 1982. Disponible en: <https://www.asambleanacional.gob.ve/storage/documentos/leyes/ley-de-ref-20220406152223.pdf>.
20. Barbero J. El derecho del paciente a la información: el arte de comunicar. *An Sist Sanit Navar*. 2006;29(3).
21. Protocolos Nacionales de Atención Médica (PRONAM). Secretaría de Salud del Gobierno de México. Primeros 1000 días de la vida. 2023. Disponible en: <https://pronamsalud.csg.gob.mx/pronam-primeros-1000-dias.pdf>.
22. López ME. Iniciativas de los primeros 1000 días en Venezuela. *Anales Ven de Nutrición*. 2018; 31(2).
23. Gavilanes F, Meza D, Cedeño G, Huila ME. La influencia del entorno familiar en el desarrollo emocional de los niños en edad preescolar. *Sage Sphere International Journal*. 2025;2(3):1-10.
24. Baumrind D. The influence of parenting style on adolescent competence and substance use. *The Journal of Early Adolescence*. 1991; 11:56-95.
25. Conger M, Brendt D. An Interactionist Perspective on the Socioeconomic Context of Human Development. *Annu. Rev Psychol*. 2007; 58:175-99.
26. Mainetti JA. Bioética en América Latina. *Rev Selecciones de Bioética*. 2002; 1: 98-106.
27. Tealdi J. Bioética y Derechos Humanos. *Rev Brasileira de Bioética*. 2007;3(3):360-76.
28. Embracing commonwealth values in Youth Development. Disponible en: <http://www.colelearning.net/cyp/unit2/page4a5.html>.

Autonomía en la odontología pediátrica

Autonomy in paediatric dentistry

Gabriel Alejandro Zambrano Blondell

RESUMEN

La investigación en odontología pediátrica plantea exigencias éticas particulares, especialmente en lo concerniente al principio de autonomía. Este artículo de revisión analiza los fundamentos bioéticos que regulan la participación de niños y adolescentes en estudios científicos, destacando el papel del consentimiento y el asentimiento informados como expresiones complementarias del respeto al menor. Se aborda también la función de los comités de ética, la responsabilidad institucional y los factores socioculturales que influyen en la toma de decisiones. A partir de una revisión teórica, normativa y argumentativa, se reflexiona sobre la necesidad de interpretar la autonomía infantil como un proceso progresivo, adaptado a la edad y la madurez del menor. Se concluye que el respeto a este principio exige más que las formalidades legales y demanda una actitud ética orientada a la protección, la comprensión y la participación del niño en contextos de investigación. Una cultura institucional con base bioética es esencial para garantizar estudios socialmente responsables.

Palabras clave: bioética, autonomía, consentimiento informado, asentimiento informado, odontología pediátrica, comités de ética

SUMMARY

Research in pediatric dentistry presents specific ethical challenges, particularly regarding the principle of autonomy. This review article examines the bioethical foundations governing the participation of children and adolescents in scientific studies, emphasizing the roles of informed consent and assent as complementary expressions of respect for the minor. It also addresses ethics committees' responsibilities, institutional accountability, and sociocultural factors that shape decision-making. Through a theoretical, normative, and critical review, this paper reflects on the need to understand child autonomy as a progressive process adapted to age and maturity. It concludes that respecting this principle requires more than legal formalities; it demands an ethical attitude oriented toward protection, understanding, and the child's active participation in research contexts. An institutional culture grounded in bioethics is essential to ensure socially responsible and ethically sound research.

Keywords: bioethics, autonomy, informed consent, pediatric dentistry, ethics committees

ORCID:

[0000-0002-6200-7166](https://orcid.org/0000-0002-6200-7166)

***Autor:** Gabriel Alejandro Zambrano Blondell. Teléfono: 0412-2364248. E-mail: gazblondell@gmail.com

Odontólogo. Especialista en Odontología Infantil. MSc. en Odontología. MSc. en Bioética. Doctor en Odontología. Universidad Central de Venezuela. Facultad de Odontología. Atención a pacientes con enfermedades infectocontagiosas. CAPEI. Caracas - Venezuela

Recibido: 31 de julio 2026

Aceptado: 06 de septiembre 2026

INTRODUCCIÓN

Desde la perspectiva bioética, la autonomía del paciente se reconoce como uno de los principios fundamentales que rigen la práctica médica y odontológica moderna, junto con la beneficencia, la no maleficencia y la justicia (1). Históricamente, la relación clínica estuvo dominada por el paternalismo médico, en la que el profesional actuaba como el único garante del "bien" del paciente. Sin embargo, el paradigma contemporáneo exige una transición hacia la toma de decisiones compartidas, en la que el paciente es un agente moral activo. No

obstante, la aplicación concreta de este principio, especialmente en procesos como el consentimiento informado, enfrenta múltiples tensiones derivadas de factores socioculturales, emocionales y epistemológicos.

Estos desafíos adquieren una complejidad singular en la odontología aplicada a la población infantil y adolescente. En este grupo etario, la capacidad del menor para tomar decisiones informadas está condicionada por su desarrollo cognitivo y emocional, así como por su natural dependencia de figuras adultas. La bioética pediátrica no puede limitarse a aplicar los mismos criterios que en adultos; requiere un marco teórico propio que reconozca al niño no como un "adulto en miniatura" ni como un mero objeto de protección, sino como un sujeto de derechos con una capacidad de agencia en desarrollo (2).

Este artículo busca revisar analíticamente los fundamentos teóricos del principio de autonomía, reflexionar sobre su operatividad en contextos clínicos reales y proponer una visión más dinámica y contextualizada del consentimiento y el asentimiento informados. Se aborda la importancia de la autonomía en la odontología infantil y adolescente, en la que la participación del menor, aunque limitada por su edad, es fundamental para garantizar una atención ética, humanizada y centrada en el paciente. Se examinan los retos específicos que enfrentan los profesionales al aplicar el principio de autonomía, incluyendo la influencia de la familia, la cultura, el contexto socioeconómico y la complejidad de los tratamientos dentales, y se proponen estrategias para mejorar la comunicación y la formación ética continua.

La autonomía en la odontología infantil y adolescentes

El concepto de autonomía tiene raíces profundas en la filosofía moral occidental. Para Immanuel Kant, la autonomía es inherente a la dignidad de la persona y se manifiesta en la capacidad del ser humano para darse leyes morales a sí mismo, actuando conforme a imperativos categóricos y

no determinada por impulsos subjetivos (3). En la bioética contemporánea, Beauchamp y Childress desarrollaron una interpretación de la autonomía en la que esta se convierte en un derecho fundamental del paciente a participar en decisiones relacionadas con su salud, basándose en la libertad (ausencia de control externo) y la intencionalidad (capacidad de comprender y actuar) (1).

En el ámbito de la odontología infantil, el concepto de autonomía adquiere una dimensión particular, pues requiere un equilibrio delicado entre la tutela parental (representación) y el respeto a la voz emergente del menor. Los niños y adolescentes no poseen una madurez cognitiva homogénea; por lo tanto, los profesionales deben adaptar los modelos de autonomía a sus capacidades evolutivas. La psicología del desarrollo demuestra que, mientras un niño de 6 años puede comprender conceptos básicos como el dolor o el alivio, un adolescente de 15 años tiene la capacidad cognitiva para comprender las consecuencias a largo plazo de un tratamiento ortodóntico o quirúrgico (4).

En este contexto, el enfoque de "autonomía diferenciada" o "capacidad progresiva" resulta crucial. Este principio, respaldado por la Convención sobre los Derechos del Niño de las Naciones Unidas (5), establece que, a medida que el menor adquiere mayor madurez y comprensión, su opinión debe tener un peso cada vez mayor en las decisiones relativas a su salud. El odontólogo debe evaluar no solo la edad cronológica, sino también la madurez psicológica y emocional del paciente para determinar el nivel de participación adecuado.

El consentimiento informado en esta población no debe limitarse a un trámite administrativo ni a la mera firma de un documento. Debe convertirse en un proceso de diálogo continuo y de construcción de confianza entre el profesional, el menor y su familia. Esto implica no solo la transmisión de información técnica, sino también el acompañamiento emocional. Es fundamental que los profesionales aseguren que el menor participe en el proceso de toma de decisiones, lo que implica un consentimiento progresivo a medida que el niño crece y el adolescente madura,

respetando siempre su autonomía en el contexto de su desarrollo evolutivo.

El consentimiento, asentimiento y disentimiento informado

En la práctica clínica pediátrica, la autonomía se gestiona a través de tres conceptos interrelacionados pero distintos: el consentimiento parental, el asentimiento del menor y el disentimiento (26).

El consentimiento informado (o permiso parental) es la autorización legal y ética otorgada por los padres o tutores legales. Requiere que los representantes comprendan el diagnóstico, las opciones de tratamiento (incluida la alternativa de no tratar), así como los riesgos, beneficios y costos. Sin embargo, el permiso de los padres no anula el derecho del niño a ser informado y a expresar su voluntad.

El asentimiento informado es el acuerdo afirmativo del niño para someterse a una intervención. No es un mero "sí" pasivo, sino una participación activa y consciente, adaptada a su nivel de comprensión. La Academia Americana de Odontología Pediátrica (AAPD) recomienda que, a partir de los 7 años, los niños sean incluidos en el proceso de toma de decisiones de manera acorde con su desarrollo cognitivo (7). Esto puede lograrse mediante el uso de lenguaje adaptado, ayudas visuales, modelado (técnica de "decir-mostrar-hacer") y fomentando la autonomía mediante la elección de opciones limitadas (por ejemplo, "¿prefieres el sabor a fresa o a menta del flúor?").

El disentimiento es la negativa del menor a participar en el tratamiento. Éticamente, el disentimiento de un niño no siempre debe respetarse si el tratamiento es vital o previene un daño grave (por ejemplo, tratar una infección grave). Sin embargo, en odontología, donde muchos tratamientos son electivos o preventivos, forzar a un niño que expresa un disentimiento claro y persistente puede generar un trauma psicológico, una fobia dental permanente y violar el principio de no maleficencia. En estos casos,

el odontólogo debe detener el procedimiento, reevaluar la estrategia de manejo de la conducta y buscar alternativas, como la sedación consciente o el tratamiento bajo anestesia general, siempre con el consentimiento de los padres (8).

Desafíos contemporáneos de la autonomía clínica

En la actualidad, hay cinco desafíos principales que ponen a prueba el modelo clásico de autonomía en la práctica odontológica con menores:

1. La persistencia del paternalismo y la jerarquía clínica: En muchas sociedades, la figura del odontólogo se percibe como una autoridad incuestionable, lo que inhibe la participación de los padres y, por extensión, la de los adolescentes. Romper esta barrera requiere que el profesional ceda parte de su "poder" para empoderar al paciente.
2. El impacto de la era digital en los adolescentes: Los adolescentes de hoy tienen acceso a internet y a las redes sociales, lo que modifica su autonomía. Aunque esto puede aumentar su alfabetización en salud, también los expone a la desinformación y a mitos sobre tratamientos odontológicos (p. ej., ortodoncia en redes sociales), lo que genera expectativas irreales o desconfianza hacia el profesional.
3. Los contextos de vulnerabilidad socioeconómica: Las familias en situación de pobreza o marginación pueden priorizar la inmediatez (aliviar el dolor) por encima de la prevención o de los tratamientos complejos. En estos casos, la autonomía se ve condicionada por la falta de recursos, y el profesional debe evitar juicios morales, facilitando un espacio de empatía y buscando opciones de tratamiento realistas y accesibles (9).
4. Las situaciones sanitarias urgentes y el trauma: En casos de trauma dental agudo, el estrés y el dolor reducen la capacidad

de procesamiento de la información. La autonomía debe ejercerse de manera rápida, priorizando la beneficencia y el alivio del sufrimiento, sin que ello implique anular la obligación de informar posteriormente.

5. El relativismo cultural y la diversidad: En diversas comunidades (indígenas, migrantes o con creencias religiosas específicas), la concepción de la infancia y la participación del menor en las decisiones médicas varían drásticamente. En algunas culturas, la idea de que un niño "elija" o "participe" puede ser vista como una falta de respeto hacia la autoridad de los ancianos o de los padres. La bioética intercultural exige que el profesional negocie estos conflictos sin imponer su propia cosmovisión, buscando el "interés superior del niño" en su contexto cultural (10).

Bioética en la toma de decisiones en odontología infantil

La bioética en la odontología infantil implica no solo una atención clínica técnicamente impecable, sino también la consideración de los derechos del niño, su bienestar emocional y su desarrollo integral. Un eje fundamental es el manejo de la ansiedad y el miedo dental. Muchos niños experimentan terror ante el entorno clínico, lo que puede derivar en resistencia física o en una negativa absoluta al tratamiento.

Éticamente, el odontólogo se enfrenta a un dilema: ¿Debe utilizar técnicas avanzadas de manejo de la conducta (como la sujeción protectora o la sedación) para completar un tratamiento necesario, o respetar la negativa del niño para evitar el trauma psicológico? La respuesta bioética se basa en el principio de proporcionalidad y en el interés superior del menor. La coerción física solo es justificable en situaciones extremas en las que no hay alternativa para evitar un daño mayor, y siempre con el consentimiento informado de los padres. En la mayoría de los casos, la bioética exige dedicar tiempo a técnicas de desensibilización, a la terapia conductual y a la creación de un entorno amigable (8).

Además, la toma de decisiones éticas implica el respeto a la diversidad familiar. En familias disfuncionales o en las que los padres tienen fobia dental y transmiten ese miedo a sus hijos, el odontólogo debe actuar como un defensor de la salud del niño (*child advocate*), asegurando que las decisiones de los padres no comprometan el bienestar físico y emocional del menor. La decisión médica debe tomarse con empatía, evitando la coerción y asegurando que el niño y su familia se sientan respetados, integrando la bioética no como una simple aplicación de reglas, sino como una práctica basada en el diálogo, la comprensión y el cuidado (11).

El papel de la educación en la bioética infantil

La formación en bioética en las facultades de odontología debe ser continua, transversal y adaptada a las necesidades reales de la práctica clínica con menores. Tradicionalmente, la enseñanza de la ética se ha centrado en los códigos deontológicos y las normas legales. Sin embargo, la bioética clínica exige ir más allá: requiere el desarrollo de habilidades comunicativas, empatía, escucha activa y razonamiento moral ante dilemas complejos (12).

Es fundamental que los estudiantes y profesionales reciban capacitación especializada en ética pediátrica, con énfasis en el consentimiento informado, el respeto a la dignidad del niño y la protección de sus derechos. La metodología de enseñanza debe incluir el análisis de casos clínicos reales, la simulación de situaciones de conflicto (como el disenso de un adolescente) y la reflexión narrativa, en la que el estudiante aprenda a escuchar la "historia" del paciente más allá de su radiografía.

Además, esta educación no debe limitarse al consultorio. El odontólogo tiene un papel educativo para las familias y la comunidad, promoviendo una cultura de respeto, prevención y participación en la toma de decisiones. Entender que la bioética guía la relación entre el profesional, el paciente y su entorno familiar es esencial para construir un sistema de salud verdaderamente humanizado (13).

Consideraciones sobre la investigación odontológica con menores

Si bien el enfoque principal de este artículo es la práctica clínica, es imperativo señalar que la participación de niños y adolescentes en estudios odontológicos requiere un marco ético aún más riguroso. La Declaración de Helsinki y las normativas internacionales establecen que la investigación en poblaciones vulnerables solo es justificable si los resultados no pueden obtenerse en personas con capacidad de dar consentimiento, y si el estudio ofrece un beneficio directo para el menor o para su grupo etario (14).

La evaluación de la calidad del consentimiento informado en investigación debe garantizar que el lenguaje sea claro, accesible y libre de tecnicismos. El principio de no maleficencia es central: ningún estudio debe causar daño innecesario. La normativa debe equilibrar la protección de los derechos del menor con la promoción de su participación consciente, garantizando que la compensación o los incentivos no resulten coercitivos para las familias vulnerables y que se respete su derecho a retirarse del estudio en cualquier momento sin represalias (15).

Reflexiones Finales

La autonomía del paciente y el consentimiento informado constituyen pilares fundamentales de la bioética moderna. En el ámbito de la odontología infantil y adolescente, esto implica promover una visión contextualizada, sensible a las realidades sociales, culturales, emocionales y evolutivas del paciente.

La autonomía en la infancia no se reduce a la toma de decisiones independientes por parte del menor, sino a su participación progresiva en el proceso terapéutico, incluso cuando su contribución es limitada. El asentimiento, como acto voluntario y consciente, es esencial: a diferencia del consentimiento formal de los padres, permite que el niño, según su madurez, exprese su acuerdo o desacuerdo, promoviendo

su crecimiento, su sentido de pertenencia al tratamiento y la construcción de su identidad como sujeto de derechos.

La responsabilidad de los clínicos radica en construir un entorno en el que los niños y adolescentes puedan participar en su propio cuidado sin sentirse presionados, manipulados ni invisibilizados. La autonomía en la odontología pediátrica no debe entenderse como una condición exclusiva del adulto, sino como un principio flexible, un continuum que evoluciona conforme el menor crece.

Solo mediante un compromiso inquebrantable con estos valores bioéticos podremos construir un sistema de salud que respete la dignidad, la libertad y la integridad de los pacientes más vulnerables. La odontología pediátrica del siglo XXI debe ser, por definición, una disciplina no solo técnica y científica, sino también profundamente ética, que garantice una atención integral, humanizada y centrada en el interés superior del niño.

REFERENCIAS

1. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. 8th ed. New York: Oxford University Press; 2019.
2. American Academy of Pediatrics Committee on Bioethics. Informed Consent, Parental Permission, and Assent in Pediatric Practice. *Pediatrics*. 1995;95(2):314-317.
3. Kant I. Fundamentación de la metafísica de las costumbres. Madrid: Alianza Editorial; 2012.
4. Kuther TL. Medical Decision-Making in Childhood and Adolescence. New York: Routledge; 2003.
5. UNICEF. Convención sobre los Derechos del Niño. Nueva York: Naciones Unidas; 1989.
6. Alderson P. Competent children? Minors' consent to health care treatment and research. *Child Soc*. 2007;21(5):373-384.
7. American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on informed consent, parental permission, and assent in pediatric dental practice. *Pediatr Dent*. 2020;42(4):55-58.
8. Royal College of Paediatrics and Child Health. Making Decisions to Treat Children in the Best Interests. London: RCPCH; 2021.

9. Garrafa V, Porto D. Uma intervenção bioética: a proteção dos vulneráveis. *Rev Bioética*. 2009;17(1):9-22.
10. López Moríñigo JJ. El consentimiento informado en pediatría. *An Pediatr (Barc)*. 2010;73(4):218-224.
11. Larcher V, Hutchinson A. Making decisions: the child's right to be heard. *Arch Dis Child*. 2010;95(10):765-766.
12. Gracia D. Fundamentos de bioética. Madrid: Eudema; 1989.
13. Puga M. El consentimiento informado en pediatría. *Rev Chil Pediatr*. 2018;89(1):12-18.
14. World Medical Association. Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. *JAMA*. 2013;310(20):2191-2194.
15. Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS). Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. Geneva: CIOMS; 2016.

Investigación odontológica en niños

Dental research in children

Gabriel Alejandro Zambrano Blondell

RESUMEN

La investigación científica en población pediátrica plantea retos bioéticos significativos debido a la vulnerabilidad inherente y la maduración progresiva de la capacidad de decisión de esta población. La odontología pediátrica no escapa a estos desafíos, por lo que resulta imprescindible garantizar la aplicación rigurosa de principios bioéticos universales, como el respeto a la autonomía, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia. La validación ética del conocimiento científico, la obtención adecuada del consentimiento informado, y la adherencia a normativas nacionales e internacionales son elementos esenciales para una práctica investigativa ética. Este artículo analiza los aspectos bioéticos fundamentales implicados en la investigación odontológica con niños y adolescentes, basándose en estudios recientes y en marcos normativos vigentes, para ofrecer un enfoque ético robusto que contribuya a una ciencia responsable y respetuosa con los derechos de los menores.

Palabras clave: *bioética, consentimiento informado, investigación pediátrica, odontología infantil, derechos del niño*

ORCID:

[0000-0002-6200-7166](https://orcid.org/0000-0002-6200-7166)

***Autor:** Gabriel Alejandro Zambrano Blondell. Teléfono: 0412-2364248. E-mail: gazblondell@gmail.com

Odontólogo. Especialista en Odontología Infantil. MSc. en Odontología. MSc. en Bioética. Doctor en Odontología. Universidad Central de Venezuela. Facultad de Odontología. Atención a pacientes con enfermedades infectocontagiosas. CAPEI. Caracas - Venezuela

Recibido: 31 de julio 2026

Aceptado: 06 de septiembre 2026

SUMMARY

Scientific research involving pediatric populations poses significant bioethical challenges due to their inherent vulnerability and the progressive development of decision-making capacity. Pediatric dentistry faces these same ethical issues, making it essential to rigorously apply universal bioethical principles such as respect for autonomy, beneficence, non-maleficence, and justice. Ethical validation of scientific knowledge, appropriate informed consent processes, and compliance with national and international regulations are essential elements for ethical research practices. This work analyzes the fundamental bioethical aspects of dental research involving children and adolescents, based on recent studies and current regulatory frameworks, and aims to offer a robust ethical approach that supports responsible science and respect for children's rights.

Keywords: *bioethics, informed consent, pediatric research, pediatric dentistry, children's rights*

INTRODUCCIÓN

La investigación científica constituye uno de los pilares fundamentales del desarrollo de la medicina y de las ciencias de la salud. Su legitimidad, sin embargo, no depende solo de su calidad metodológica, sino también de su coherencia ética. En particular, cuando los sujetos de investigación pertenecen a grupos en situación de vulnerabilidad, como es el caso de los niños y adolescentes, la responsabilidad ética de los investigadores se intensifica. En estos casos, el respeto del principio de autonomía ha sido reconocido por múltiples organismos internacionales, entre ellos la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1), que insiste en la necesidad de resguardar la dignidad, el

bienestar y los derechos de los menores en todos los escenarios de investigación científica.

contribuyendo al desarrollo de una ciencia más justa, transparente y humanista.

En el campo de la odontología pediátrica, la investigación clínica es necesaria para optimizar los protocolos terapéuticos, validar nuevas tecnologías y promover el bienestar bucodental desde etapas tempranas de la vida. No obstante, estas investigaciones deben realizarse con estricta vigilancia ética, dado que los participantes pediátricos no poseen la plena capacidad legal ni cognitiva para otorgar un consentimiento autónomo. Esta situación plantea un conflicto bioético central entre la necesidad de avanzar en el conocimiento científico y la obligación de proteger a los sujetos más vulnerables.

Los principios bioéticos propuestos por Beauchamp y Childress (2) —autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia— se convierten en herramientas indispensables para guiar el juicio moral en estos contextos. Sin embargo, su aplicación en el ámbito pediátrico presenta matices particulares que merecen una reflexión detallada. La autonomía, por ejemplo, debe interpretarse de manera evolutiva, reconociendo la capacidad progresiva del niño para participar en las decisiones que lo afectan. La beneficencia exige no solo procurar el beneficio individual del paciente, sino también ponderar el interés colectivo en el conocimiento generado. La no maleficencia obliga a minimizar los riesgos a niveles razonables, mientras que la justicia exige una distribución equitativa de cargas y beneficios, evitando la explotación de poblaciones vulnerables.

Este artículo tiene como objetivo examinar los principales aspectos bioéticos implicados en la investigación odontológica con niños y adolescentes, con especial énfasis en el consentimiento informado, el equilibrio riesgo-beneficio y el respeto a los derechos del niño. Se revisaron documentos normativos internacionales, estudios recientes en bioética aplicada y casos paradigmáticos que han marcado la evolución de la ética en investigación pediátrica. Asimismo, se proponen estrategias para fortalecer la ética investigativa en la odontopediatría contemporánea,

El niño como sujeto de derechos en la investigación científica

Durante gran parte del siglo XX, los niños fueron considerados objetos pasivos en los procesos clínicos e investigativos. No fue sino hasta finales del siglo pasado que comenzó a consolidarse una visión jurídica y bioética que reconoce al niño como sujeto de derechos. Esta transformación fue impulsada principalmente por instrumentos normativos internacionales como la Convención sobre los Derechos del Niño de 1989, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas (3), que proclamó que todo niño tiene derecho a expresar libremente su opinión sobre los asuntos que le afectan y a que esta sea debidamente tenida en cuenta según su edad y madurez.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (1) ha reiterado que la inclusión de menores en investigaciones clínicas es aceptable siempre que se cumplan rigurosamente los principios éticos de protección, consentimiento adecuado, evaluación proporcional de riesgos y beneficios, y revisión por comités de ética independientes. Esta perspectiva refuerza la noción de que los menores no deben ser protegidos mediante su exclusión sistemática de la investigación, sino mediante su participación ética, controlada y supervisada.

Desde la bioética, autores como Beauchamp y Childress (2) sostienen que los principios de respeto por la autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia deben aplicarse también a los niños, aunque adaptados a su condición evolutiva y jurídica. Esto implica considerar al menor no solo como alguien que debe ser protegido, sino también como un agente moral incipiente, con voz propia y una capacidad progresiva para comprender y opinar sobre los procedimientos a los que es sometido.

El Comité de Bioética de la UNESCO (4) ha afirmado que, al tratarse de seres en formación,

los menores requieren una protección especial en investigaciones biomédicas, pero ello no justifica privarlos del derecho a participar en la producción de conocimiento que puede beneficiarlos a ellos y a otros niños en el futuro. De allí que muchas normativas internacionales insistan en garantizar su participación ética y su consentimiento informado por representación, acompañado de su asentimiento personal cuando sea posible.

Al reconocer al niño como sujeto de derechos, también se transforma la función del investigador: ya no se trata solo de garantizar resultados válidos o reproducibles, sino de respetar la dignidad humana del participante infantil, quien debe ser tratado como fin en sí mismo y no como medio para fines científicos. Esta visión humanista está en consonancia con el enfoque de la ética del cuidado, que valora la empatía, la interdependencia y el reconocimiento del otro como fundamento de la acción moral (5).

Consentimiento informado y asentimiento en la investigación pediátrica

El consentimiento informado constituye un aspecto fundamental de la ética de la investigación biomédica, en particular como expresión del respeto a la autonomía personal. En adultos, este proceso implica proporcionar información suficiente, comprensible y oportuna, lo que permite que el individuo tome una decisión libre y voluntaria sobre su participación. No obstante, cuando se trata de población pediátrica, la capacidad para otorgar consentimiento está limitada por la edad y el nivel de desarrollo cognitivo, por lo que se recurre al consentimiento sustituto otorgado por los representantes legales, acompañado del asentimiento del menor cuando sea posible (2).

La OMS (1) advierte que, en investigaciones pediátricas, el consentimiento debe ser un proceso continuo que involucre al menor en la medida de su capacidad. Recomendamos emplear un lenguaje claro, ofrecer explicaciones adaptadas a la edad e insistir en que el menor tiene derecho a no participar o a retirarse de la investigación en cualquier momento,

sin represalias. Este enfoque es coherente con la perspectiva de respeto progresivo a la autonomía infantil promovida por la Convención sobre los Derechos del Niño (3). Bartholome (6), en su trabajo pionero, argumenta que “el asentimiento del niño es tanto un derecho como una oportunidad ética para que el investigador se comprometa con el menor como sujeto moral en desarrollo”. Esta afirmación ha sido clave para el diseño de directrices internacionales que enfatizan el papel activo del niño o del adolescente en el proceso de investigación.

Desde la ética médica contemporánea, se reconoce que la omisión del consentimiento constituye una forma de infantilización ética. Al respecto, Wendler (7) sostiene que incluso cuando el asentimiento no es legalmente exigible, su obtención constituye una buena práctica que fortalece la legitimidad moral de la investigación con menores.

Diversos estudios empíricos han demostrado que los niños pueden comprender, valorar y opinar sobre aspectos centrales del estudio, especialmente si se emplean herramientas comunicativas acordes con su nivel de madurez (8).

El Comité de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Salud Infantil y Desarrollo Humano de los Estados Unidos (9) propone que el asentimiento debe incluir, al menos, una explicación simple del procedimiento, su duración, los beneficios o riesgos previsibles y la posibilidad de negarse. Este protocolo ha servido de modelo para comités de ética en América Latina, especialmente en países donde se desarrolla investigación clínica pediátrica en contextos de vulnerabilidad social.

En síntesis, el consentimiento informado en investigación con menores no se agota en una autorización legal por parte de los padres, sino que implica el reconocimiento progresivo del niño como sujeto activo del proceso de investigación. Integrar el asentimiento no solo fortalece el carácter ético del estudio, sino que fomenta el respeto por la dignidad y la autonomía en desarrollo del participante pediátrico (2,4,6).

Ética del riesgo y proporcionalidad en la investigación odontológica pediátrica

En toda investigación científica, especialmente aquella que involucra a menores de edad, el principio de proporcionalidad entre riesgos y beneficios constituye un pilar ético irrenunciable. Este principio exige que la magnitud del riesgo al que el participante está expuesto sea justificable solo si los beneficios potenciales, tanto individuales como colectivos, son suficientemente significativos (10). En el contexto de la odontología pediátrica, esta evaluación cobra particular relevancia, dado que muchos de los procedimientos diagnósticos o terapéuticos utilizados con fines investigativos implican incomodidad, dolor o exposición a la radiación.

La Declaración de Helsinki (11), en su revisión de 2024, establece que cuando los participantes de un estudio no pueden otorgar consentimiento informado por sí mismos —como es el caso de los niños—, los riesgos deben ser mínimos y claramente superados por los beneficios esperados. Esto ha dado lugar a una clasificación más precisa de los estudios pediátricos según el nivel de riesgo: sin riesgo, con riesgo mínimo y con riesgo mayor que el mínimo, pero con posibilidad de beneficio directo. Rid y Wendler (12) han argumentado que incluso los estudios que no generan beneficios directos para el participante pueden ser éticamente aceptables si el riesgo es mínimo y el conocimiento que se obtenga tiene un valor social relevante. Este razonamiento se aplica especialmente a estudios observacionales, como los que emplean tomografías previamente realizadas, o a ensayos clínicos que evalúan técnicas preventivas no invasivas.

En odontología pediátrica, los procedimientos más controvertidos desde el punto de vista ético incluyen aquellos que requieren radiografías adicionales o intervenciones no esenciales. El Comité de Bioética de la Asociación Dental Americana (13) ha recomendado evitar exposiciones innecesarias a la radiación, y sólo aceptar procedimientos de este tipo si la información generada no puede obtenerse por otro modo menos invasivo. Asimismo, el uso de sedación o anestesia con fines exclusivamente

investigativos ha sido fuertemente cuestionado en términos de proporcionalidad ética.

Desde una perspectiva bioética, Beauchamp y Childress (2) advierten que la obligación de no maleficencia exige evitar la producción innecesaria de daño y que esta obligación se extiende incluso a los daños leves o transitorios que carezcan de justificación moral. Esta reflexión se conecta con la necesidad de que los comités de ética evalúen cuidadosamente los protocolos, considerando no sólo la metodología científica, sino también las condiciones del contexto en el que se realiza la investigación. Rossi y García (14) señalan que la evaluación del riesgo debe considerar factores contextuales como la edad del menor, la condición médica de base, la infraestructura del centro de investigación y el nivel socioeducativo de los padres. En países de ingresos medios y bajos, donde existen desigualdades en el acceso a los servicios de salud, es frecuente que los menores accedan a ciertos tratamientos únicamente mediante su participación en estudios clínicos, lo que introduce un elemento de coacción estructural que debe valorarse cuidadosamente.

En consecuencia, la ética del riesgo en investigaciones odontológicas pediátricas no puede basarse exclusivamente en criterios clínicos, sino que debe incorporar consideraciones ético-sociales. El principio de justicia distributiva exige que los menores no sean utilizados como medio para generar conocimiento si los beneficios derivados no serán accesibles para ellos ni para poblaciones similares (15). En este sentido, se refuerza la necesidad de que las investigaciones se diseñen con altos estándares científicos, pero también con un compromiso ético explícito con la protección de los menores y el equilibrio justo de intereses.

Vulnerabilidad estructural y justicia en la investigación con niños y adolescentes

El concepto de vulnerabilidad en investigación biomédica ha evolucionado desde una perspectiva centrada en características individuales —como la edad, la capacidad cognitiva o el estado de salud— hacia una comprensión más amplia que

incorpora determinantes estructurales y sociales. Esta evolución ha sido impulsada por la necesidad de comprender cómo ciertas poblaciones, como los niños y adolescentes, pueden estar expuestas a riesgos adicionales derivados de su entorno económico, político o cultural (16).

En el caso de la investigación odontológica pediátrica, la vulnerabilidad estructural se manifiesta en varios niveles. Por un lado, muchos menores provienen de contextos socioeconómicos desfavorables que limitan su acceso a servicios de salud, lo que puede llevar a sus padres o representantes a aceptar su inclusión en estudios clínicos como vía para acceder a la atención gratuita. Esta situación puede desdibujar la línea entre la participación voluntaria y la coacción, comprometiendo el principio ético de autonomía (17). Por otro lado, existen regiones donde la falta de una regulación ética robusta facilita prácticas de investigación que no siempre cumplen con los estándares internacionales de protección de sujetos vulnerables.

Kipnis (18) propuso una tipología de la vulnerabilidad infantil que la clasifica en siete dimensiones: incapacidad para dar consentimiento, susceptibilidad a la influencia, dependencia de los adultos, estigmatización, riesgo de explotación, daño psicosocial y afectación del desarrollo. Esta visión compleja exige que los investigadores reconozcan la multidimensionalidad de la infancia y diseñen estrategias de protección que aborden cada uno de estos aspectos, incluyendo evaluaciones éticas diferenciadas según la edad del participante.

El principio de justicia en bioética, según Rawls (19), exige una distribución equitativa de los beneficios y las cargas de la investigación, especialmente cuando se trata de poblaciones históricamente marginadas o subrepresentadas. En el ámbito pediátrico, esto implica no solo evitar la sobreutilización de menores como sujetos de estudio, sino también garantizar que los beneficios del conocimiento generado lleguen efectivamente a quienes participaron, ya sea en forma de intervenciones accesibles, mejoras en las políticas de salud pública o el fortalecimiento de los sistemas de atención odontológica infantil.

Además, la justicia investigativa implica seleccionar cuidadosamente a la población de estudio. Al respecto, el Informe Belmont (20) enfatiza que la inclusión de grupos vulnerables debe estar científicamente justificada y no depender únicamente de su disponibilidad ni de su accesibilidad. No basta con asegurar el consentimiento informado de los representantes legales; también se requiere un análisis ético que garantice que la participación de niños y adolescentes en la investigación no perpetúe relaciones de desigualdad, sino que contribuya al empoderamiento de estas poblaciones.

En Venezuela y en otros países de América Latina, los desafíos de justicia estructural en la investigación se agravan por las limitaciones institucionales, la precariedad de los sistemas de salud y la ausencia de mecanismos eficaces de vigilancia ética. Según Vásquez y col. (21) esta combinación de factores genera un terreno propicio para la “vulnerabilidad acumulada”, en la que se interceptan factores individuales, familiares, institucionales y normativos que afectan la capacidad de los menores para participar de forma segura y equitativa en la investigación.

Por ello, es necesario que todo protocolo de investigación odontológica pediátrica incorpore un análisis crítico del contexto socioestructural en el que se llevará a cabo. Esto incluye una revisión ética que contemple no solo la validez científica del estudio, sino también su pertinencia social, su impacto en los derechos de la infancia y su contribución a la equidad en salud.

Conflictos de interés y transparencia en la investigación con menores

La investigación científica, particularmente en contextos biomédicos y odontológicos, debe regirse por principios éticos que aseguren la protección de los participantes y la integridad de los resultados. Entre los desafíos más complejos que enfrenta esta actividad está la presencia de conflictos de interés, entendidos como situaciones en las que un juicio profesional respecto del interés primario —como el bienestar de los pacientes o la

validez científica— puede verse influido por un interés secundario, ya sea financiero, personal o institucional. Thompson (22) destaca que estos conflictos pueden socavar la confianza pública en la investigación y comprometer la objetividad científica.

En el ámbito de la investigación con niños y adolescentes, los conflictos de interés adquieren una dimensión especial, pues los menores no poseen plena autonomía para consentir y dependen de decisiones tomadas por adultos —investigadores, patrocinadores, padres o representantes— cuyos intereses pueden no estar alineados con los principios de protección del participante. Por ejemplo, un investigador que recibe financiamiento de una empresa fabricante de productos odontológicos podría verse tentado a diseñar un estudio que favorezca resultados positivos, minimizando riesgos o sobrestimando beneficios en una población pediátrica vulnerable. Lo y Field (23) advierten que los investigadores podrían priorizar beneficios económicos, académicos o personales por encima del bienestar infantil, especialmente cuando el financiamiento proviene de la industria con intereses en los resultados.

La transparencia, en este sentido, constituye un mecanismo esencial de control ético y social. Según Resnik (24), los investigadores están obligados a declarar cualquier relación o incentivo económico que pudiera afectar su imparcialidad científica, así como a divulgar de manera clara los objetivos, el financiamiento, la metodología y los posibles conflictos relacionados con sus estudios. En investigaciones con menores, esta transparencia debe extenderse también a los padres, representantes y comités de ética, quienes requieren información precisa y completa para tomar decisiones responsables.

Uno de los espacios clave en los que se manifiesta la transparencia es el proceso de revisión ética. Los comités de ética de la investigación (CEI) están facultados no solo para evaluar la validez metodológica de un protocolo, sino también para identificar posibles conflictos de interés. La OMS (1) recomienda que los CEI estén

conformados por profesionales con independencia funcional, sin vínculos financieros ni jerárquicos con el equipo investigador, a fin de garantizar una evaluación objetiva y libre de presiones.

Por otro lado, la difusión selectiva de los hallazgos representa una amenaza significativa para la integridad del proceso investigativo. El llamado sesgo de publicación, que ocurre cuando se divulgan únicamente los resultados positivos y se omiten los datos adversos o inconclusos, distorsiona la evidencia científica disponible y debilita la confianza del público en la investigación. Esta práctica, aunque menos visible que otras irregularidades, tiene consecuencias éticas profundas, especialmente en estudios con menores, donde la falta de transparencia puede ocultar riesgos reales a los que los participantes fueron expuestos. Chan y col. (25) han advertido que esta omisión sistemática no solo reduce el valor social de la investigación, sino que también contribuye al desperdicio de recursos y al debilitamiento de la toma de decisiones clínicas basadas en evidencia completa.

La ética de la investigación también exige que los investigadores se abstengan de reclutar participantes menores en contextos en los que se benefician personalmente —como clínicas privadas donde se cobra por tratamientos investigativos— o en instituciones donde no exista supervisión ética externa. La creación de registros públicos de estudios clínicos pediátricos, como sugiere la OMS, podría ser un recurso valioso para promover la transparencia y prevenir el ocultamiento de conflictos de interés (1).

Finalmente, una cultura de integridad científica debe promoverse desde la formación universitaria. Los programas de pregrado y posgrado en odontología deben incluir contenidos explícitos sobre conflictos de interés, ética de la investigación y derechos de los participantes, de manera que los futuros investigadores comprendan que la excelencia científica no puede estar dissociada de la responsabilidad ética y de la transparencia pública. Benavides (26) enfatiza la importancia de incluir estos contenidos en la formación universitaria para fomentar una cultura de integridad científica.

Consentimiento informado en poblaciones vulnerables

El consentimiento informado constituye un elemento esencial de la protección ética en la investigación con seres humanos, especialmente cuando se trata de poblaciones vulnerables como los niños. La Asociación Médica Mundial, en la Declaración de Helsinki (11), establece que, cuando el participante no tiene la capacidad legal para otorgar su consentimiento, este debe obtenerse de su representante legal, además del asentimiento del menor cuando esté en condiciones de proporcionarlo. Esta disposición, aunque clara, exige una interpretación y aplicación cuidadosas en entornos clínicos y odontológicos.

Por tanto, la Pauta 17 de las Directrices Éticas Internacionales para la Investigación en Seres Humanos del CIOMS (27), actualizadas en 2016, establece que los niños y adolescentes solo deben ser incluidos en investigaciones cuando el conocimiento buscado no pueda obtenerse mediante estudios con adultos, y cuando los riesgos sean mínimos o estén justificados por un beneficio potencial directo para el menor. Asimismo, exige que, además del consentimiento legal del representante, se obtenga el asentimiento del niño conforme a su capacidad de comprensión y que toda participación se realice en condiciones libres de coacción o de aprovechamiento de su vulnerabilidad. Esta normativa refuerza el principio de que la protección ética del menor no se limita a una formalidad jurídica, sino que requiere una evaluación contextual, sensible a factores sociales, cognitivos y culturales que inciden en su autonomía emergente.

En el campo de la investigación pediátrica, Wendler (7) ha señalado que el asentimiento debe entenderse no como una simple formalidad, sino como una herramienta de respeto progresivo a la autonomía en desarrollo, lo cual requiere adaptar la información a la edad y al nivel de madurez del menor. En odontología, esto resulta particularmente relevante, ya que muchos estudios implican procedimientos clínicos invasivos o

potencialmente dolorosos, cuya aceptación por parte del niño debe ser libre y genuina. Ondrusek y col. (28) evidenciaron que los niños, incluso en etapas escolares tempranas, pueden comprender aspectos fundamentales de una investigación si se les proporciona la información de manera clara y adaptada a su desarrollo cognitivo. Esta capacidad, sin embargo, es frecuentemente subestimada por los investigadores, quienes tienden a centrar el proceso informativo exclusivamente en los padres o representantes.

Por su parte, Geller y col. (29) destacan que el éxito del proceso de consentimiento en poblaciones pediátricas no solo depende de la redacción del documento, sino también de la competencia comunicativa del investigador. La formación ética y comunicacional de los profesionales que participan en estudios con menores debe incluir herramientas prácticas para explicar riesgos, beneficios y derechos de manera comprensible, empática y libre de coerción.

En América Latina, Cortés y col. (30) han advertido sobre la existencia de factores estructurales que comprometen el consentimiento informado, como la baja escolaridad de los representantes legales o su fuerte dependencia del sistema público de salud. En estos contextos, aceptar participar en una investigación puede percibirse como una forma de asegurar atención odontológica, lo que introduce elementos de presión indirecta que los comités de ética deben evaluar cuidadosamente.

Así, el consentimiento informado en investigación con menores no puede asumirse como un acto jurídico aislado, sino como un proceso dinámico, continuo y contextualizado. Para que cumpla su función ética, debe garantizar la comprensión real por parte de padres y niños, el respeto a la negativa del menor a participar y la ausencia de coerción económica, institucional o familiar. Esto exige tanto responsabilidad individual por parte de los investigadores como una supervisión rigurosa por parte de los comités de ética.

Capacitación ética de los investigadores en odontología pediátrica

El ejercicio de la investigación en odontología pediátrica implica una responsabilidad ética ampliada, dado el carácter vulnerable de la población infantil y la complejidad de las decisiones clínicas involucradas. En este contexto, la capacitación en bioética se presenta como un componente indispensable de la formación de los investigadores. La UNESCO (31) ha resaltado que la educación en bioética debe trascender los contenidos teóricos e incluir competencias para la deliberación moral y la toma de decisiones en escenarios reales, especialmente en investigaciones con niños, donde los dilemas suelen implicar tensiones entre beneficios terapéuticos, riesgos potenciales y los derechos del menor.

En diversas universidades latinoamericanas, la formación ética de los profesionales de la salud aún presenta limitaciones significativas. Al respecto, Gracia Guillén (32) ha advertido que en muchos programas académicos la bioética se reduce a una asignatura aislada, sin integración transversal en la práctica clínica y de investigación, lo que limita su impacto formativo real. Esta deficiencia se vuelve más crítica en el ámbito odontológico, donde las prácticas de investigación suelen implicar procedimientos invasivos y la toma de decisiones compartidas entre profesionales, padres y pacientes menores de edad. Garrafa y Porto (33) señalan que la formación ética en América Latina debe considerar las condiciones socioculturales de los países de la región, incluyendo el respeto a los saberes populares, la comprensión de las estructuras de inequidad y la incorporación de enfoques críticos que cuestionen los modelos biomédicos hegemónicos. Esto cobra especial relevancia en las investigaciones pediátricas, donde los patrones de autoridad, confianza y comunicación familiar pueden afectar el consentimiento y la participación de los menores.

Desde una perspectiva operativa, Luna (16) propone una ética de la responsabilidad que asuma las múltiples capas de vulnerabilidad en las que se encuentran los niños participantes, y demanda que los investigadores no solo conozcan las normativas internacionales, sino que estén capacitados para

interpretar críticamente su aplicación en cada contexto específico. Esto implica habilidades de comunicación empática, negociación ética y evaluación de riesgos desde la perspectiva del menor.

Finalmente, diversos estudios han demostrado que los investigadores con una formación sólida en ética tienden a elaborar protocolos más rigurosos, lo que facilita su aprobación por parte de los comités de ética y genera mayor confianza tanto en los padres como en los niños que participan en los estudios. Esta relación entre la capacitación ética y la calidad investigativa subraya la importancia de que las instituciones académicas, los comités de ética y los organismos financiadores impulsen programas de formación continua en bioética, específicamente orientados a la investigación en odontología pediátrica. Incluir esta dimensión ética como parte estructural del proceso investigativo no solo fortalece la validez científica, sino que también constituye una estrategia integral para proteger los derechos y el bienestar de los menores involucrados en los estudios (34).

Evaluación del riesgo y justificación científica en la investigación pediátrica odontológica

La evaluación ética de los protocolos de investigación que involucran a niños y adolescentes exige un análisis riguroso del equilibrio entre los posibles riesgos y beneficios. Este principio (Beneficencia) adquiere especial relevancia en el contexto de la odontología pediátrica, donde los procedimientos suelen implicar molestias, exposición a radiaciones o incluso intervenciones clínicas no necesariamente terapéuticas. En estos casos, la justificación científica debe sustentarse no solo en la búsqueda de conocimiento, sino también en el compromiso con el bienestar y la dignidad del menor como sujeto de derechos.

No se trata únicamente de cuantificar el riesgo físico inmediato, sino también de considerar los efectos psicoemocionales que pueden derivarse de participar en un estudio. El miedo al dolor, la ansiedad frente al entorno clínico o la presión para cooperar con adultos desconocidos pueden

tener un impacto significativo en la experiencia del niño, aun en investigaciones con un aparente bajo nivel de riesgo. Evaluar estos factores desde una perspectiva bioética implica reconocer que el sufrimiento no siempre es visible ni fácilmente medible, pero sí éticamente relevante.

Para la OMS (1), los riesgos en investigaciones pediátricas solo pueden ser aceptables si se minimizan al máximo y están acompañados de beneficios directos para el participante o de un conocimiento que beneficie de forma tangible a su grupo etario o a su comunidad. Este enfoque obliga a que los investigadores demuestren con claridad la necesidad del estudio y que el diseño metodológico esté ajustado a criterios de eficiencia, seguridad y pertinencia. Estudios redundantes o mal estructurados no solo son científicamente cuestionables, sino también moralmente inaceptables cuando comprometen la integridad de menores.

En el ámbito de la odontología, resulta esencial evaluar si los procedimientos aplicados tienen una indicación clínica real o si responden únicamente a intereses investigativos. La repetición innecesaria de radiografías o la aplicación de materiales experimentales sin beneficio directo deben ser cuidadosamente examinadas por los comités de ética. Como advierte Shah (35), uno de los errores frecuentes en la evaluación de estos estudios es la subestimación de riesgos que, aunque leves, pueden ser acumulativos o afectar la confianza del niño en los servicios de salud.

Asimismo, debe prestarse atención a la proporcionalidad entre la carga que asume el menor y la utilidad potencial del conocimiento generado. No toda innovación científica justifica el uso de una población vulnerable. El principio de justicia exige que los menores no sean seleccionados como sujetos de estudio por conveniencia, sino porque su participación sea imprescindible y porque el conocimiento que se obtenga de la investigación les sea accesible en su beneficio. En este sentido, la bioética debe actuar como límite frente al utilitarismo científico.

Por ello, la justificación científica en los estudios odontológicos pediátricos no puede

desligarse de una reflexión ética estructural. Como señalan Fernández y col. (36), en contextos con recursos limitados, el valor social de la investigación debe ser un criterio central para su aprobación, ya que expone a los menores a riesgos que solo deberían asumirse si existe una expectativa razonable de mejorar las condiciones de salud de su entorno. En consecuencia, tanto investigadores como comités de ética tienen la responsabilidad de sostener una cultura científica orientada no solo a producir resultados, sino también a generar bienestar real y equitativo para la niñez.

El papel de los comités de ética en la investigación odontológica pediátrica

Los comités de ética en investigación (CEI) desempeñan una función esencial como garantes de la integridad científica y de la protección de los derechos de los participantes, especialmente cuando estos son niños y adolescentes. En el ámbito odontológico pediátrico, donde se combinan aspectos clínicos, técnicos y emocionales, la revisión ética adquiere una complejidad particular. No se trata únicamente de verificar la legalidad del protocolo, sino de asegurar que respeto de los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, de manera contextualizada a la población infantil.

Una de las responsabilidades centrales de los comités de ética es verificar la pertinencia del estudio y la adecuación del diseño metodológico en relación con los riesgos a los que se expone a los menores. Según la OMS (1), los CEI deben incluir miembros con experiencia en ética, ciencia y, de ser posible, representantes de la comunidad, para asegurar una deliberación plural y equilibrada sobre la aceptabilidad del protocolo. En investigaciones odontológicas, además, es importante contar con profesionales que comprendan la naturaleza específica de los procedimientos clínicos a aplicar.

El trabajo de los comités de ética no se limita al momento de la aprobación inicial. Su función debe extenderse al seguimiento del estudio, a

la supervisión de modificaciones sustantivas y a la evaluación de los informes de avance y de resultados. Como señala Wendler (7), un comité de ética competente debe ser capaz de identificar prácticas que, aun cuando parezcan ajustadas a la normativa, impliquen una forma de explotación o una vulneración indirecta de los derechos del menor. Esto es especialmente importante en contextos donde existe escasa regulación institucional o escasa presión de patrocinadores externos.

En países con alta desigualdad social y sistemas de salud fragmentados, como muchos en América Latina, los comités de ética también deben evaluar los factores estructurales que pueden influir en la participación de los niños, tales como el acceso restringido a servicios odontológicos, la baja escolaridad de los padres y la dependencia económica. Como advierten Fernández y col. (36), en tales contextos la participación en una investigación puede representar la única vía para recibir atención odontológica, lo cual introduce un elemento de coacción que debe ponderarse éticamente.

La independencia funcional del comité de ética es otro aspecto crucial. Para garantizar su objetividad, sus miembros no deben tener vínculos financieros ni jerárquicos con los investigadores. Emanuel y Grady (37) subrayan que la legitimidad ética de los CEI depende en gran medida de su autonomía institucional y de la transparencia de sus procedimientos de evaluación. La ausencia de estos elementos puede convertir al comité en una instancia formal sin capacidad real para proteger a los participantes más vulnerables.

Por tanto, los comités de ética en odontología pediátrica deben consolidarse como espacios de reflexión bioética interdisciplinaria, sensibles a las particularidades del entorno local y comprometidos con la defensa activa de los derechos de los niños. Su actuación rigurosa, crítica y contextualizada representa una garantía de calidad ética en la investigación científica y un elemento indispensable para fortalecer la confianza social en las prácticas de investigación con menores de edad.

Responsabilidad institucional y publicación ética de resultados

La responsabilidad ética en la investigación pediátrica no recae únicamente en los investigadores, sino que también involucra directamente a las instituciones académicas, hospitalarias y financiadoras. Estas entidades son corresponsables de garantizar que los estudios con menores cumplan con las normativas éticas vigentes, que se desarrollen en entornos seguros y que los resultados obtenidos se comuniquen de manera transparente. Este compromiso institucional debe ir más allá de lo formal o lo administrativo y manifestarse en políticas claras para la protección de los participantes vulnerables.

Uno de los aspectos críticos de esta responsabilidad compartida es la supervisión activa del cumplimiento ético, más allá de la aprobación del comité de ética. Las universidades y hospitales deben establecer sistemas de monitoreo que aseguren el cumplimiento de los protocolos aprobados, que respeto de los procedimientos de consentimiento y la registración y análisis de cualquier desviación. Como sostiene Wendler (7), las instituciones que realizan investigaciones con niños deben asumir un papel proactivo en la vigilancia del entorno ético, ya que su neutralidad institucional podría implicar la omisión de sus deberes protectores.

En este mismo orden, la publicación de los resultados constituye una fase ética crucial. No publicar los hallazgos —especialmente aquellos que no confirman la hipótesis— constituye una forma de distorsión científica que afecta el valor social de la investigación. Chan y col. (25) han advertido que la omisión de resultados negativos no solo perjudica la literatura científica, sino que también constituye una falta ética hacia los participantes del estudio, quienes tienen derecho a que su contribución sea reconocida en el conocimiento colectivo.

Además, es deber de las instituciones promover la publicación en revistas científicas que cumplan con estándares éticos de acceso abierto, revisión por pares y transparencia editorial. En investigaciones

con niños, en las que los procedimientos implican una carga emocional y física para los participantes, la difusión de los resultados adquiere un carácter simbólico reparatorio. Tal como plantea Gracia (32), el compromiso ético no se agota en la obtención del consentimiento ni en la aprobación del comité, sino que se extiende al uso responsable de los datos y a su adecuada comunicación científica.

La creación de registros públicos de ensayos clínicos pediátricos es otra vía que fortalece la transparencia institucional. Estas plataformas permiten conocer qué estudios están en curso, qué instituciones los lideran y cuáles son sus resultados, lo que minimiza el sesgo de publicación. Emanuel y Grady (38) sostienen que el acceso abierto a los resultados es una dimensión de la justicia científica, especialmente cuando se trata de poblaciones vulnerables cuyas condiciones de participación ya implican un riesgo asumido.

Por tanto, las instituciones que promueven, financian o ejecutan investigaciones con niños deben concebir la ética como un proceso continuo, no como una etapa previa al inicio del estudio. Esta visión implica invertir en estructuras de gobernanza ética, capacitar a sus equipos, garantizar mecanismos de denuncia y de difusión, y asegurar que los resultados de las investigaciones se comuniquen con responsabilidad, precisión y respeto por la contribución de los menores y sus familias (38).

Reflexiones finales

La investigación en odontología pediátrica representa un terreno fértil para el avance científico, pero también un espacio de especial sensibilidad ética. Trabajar con niños y adolescentes exige algo más que la rigurosidad metodológica: requiere una actitud constante de respeto, prudencia y responsabilidad frente a seres humanos en desarrollo, cuyas voces, temores y derechos no siempre se visibilizan en el proceso investigativo. Por ello, toda aproximación científica en este campo debe estar mediada por una comprensión profunda de su dimensión moral.

A lo largo del presente análisis se ha evidenciado que los principios bioéticos fundamentales, si bien son universales en su formulación, deben interpretarse y aplicarse con criterios propios de cada situación cuando se trata de menores de edad. No basta con obtener el consentimiento de los padres ni con minimizar el riesgo clínico aparente.

La bioética, en este sentido, no se presenta como un obstáculo para la investigación, sino como su columna vertebral. En lugar de limitar el quehacer científico, le otorga legitimidad, sentido y dirección. Un estudio odontológico pediátrico éticamente estructurado no solo protege a sus participantes, sino que también enriquece la calidad del conocimiento generado y fortalece el vínculo de confianza entre las ciencias de la salud y la sociedad.

Las instituciones académicas, los comités de ética y los profesionales de la salud tienen una responsabilidad indelegable en la promoción de una cultura ética robusta y sostenida. Esta cultura debe nutrirse de la formación continua, la deliberación interdisciplinaria y el compromiso con la equidad, especialmente en contextos como el latinoamericano, donde las desigualdades estructurales amplifican las vulnerabilidades de los menores. La protección ética no puede depender de la buena voluntad individual, sino de sistemas organizados, vigilantes y éticamente cohesionados.

Por otra parte, la publicación responsable y transparente de los hallazgos, tanto positivos como negativos, constituye una forma de respeto hacia los niños y sus familias. Quienes participan en investigaciones —muchas veces sin entender del todo su alcance— merecen que su contribución tenga un impacto social, académico o clínico que justifique el esfuerzo realizado. Silenciar los resultados o manipular la interpretación de los datos no solo es anticientífico, sino también profundamente inmoral.

En definitiva, investigar en odontología pediátrica implica mucho más que aplicar protocolos. Implica escuchar, comprender, respetar y proteger. Es un ejercicio que exige

rigor científico, pero, sobre todo, conciencia ética. Solo bajo estas condiciones podrá afirmarse que la ciencia no ha sido realizada contra los niños, sino en favor de su salud, su dignidad y su futuro.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Normas y Guía Operativa para la Revisión Ética de la Investigación Relacionada con la Salud con Participantes Humanos. Ginebra: OMS; 2011.
2. Beauchamp TL, Childress JF. Principios de Ética Biomédica. 8ª ed. Nueva York: Oxford University Press; 2019.
3. Organización de las Naciones Unidas. Convención sobre los Derechos del Niño. Nueva York: Asamblea General de las Naciones Unidas, 1989.
4. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. Informe del Comité Internacional de Bioética (CIB) sobre los aspectos éticos de la investigación con niños. París: UNESCO; 2011.
5. Gilligan C. Con otra voz: Teoría psicológica y desarrollo de la mujer. Cambridge: Harvard University Press; 1982.
6. Bartolomé WG. Asentimiento pediátrico: respeto al niño como persona. En: Kopelman LM, Moskop JC, eds. Los niños y la atención médica: cuestiones morales y sociales. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers; 1989. P. 221-39.
7. Wendler D. Assent in paediatric research: theoretical and practical considerations. J Med Ética. 2006;32(4):229-34.
8. Ondrusek N, Abramovitch R, Pencharz P, Koren G. Examen empírico de la capacidad de los niños para dar su consentimiento a la investigación clínica. J Med Ética. 1998;24(3):158-65.
9. Institutos Nacionales de Salud. Directrices para la Conducta Ética de las Investigaciones con Niños. Bethesda: Institutos Nacionales de la Salud; año 2005.
10. Weijer C, Emanuel EJ. Protección de las comunidades en la investigación biomédica. Ciencias. 2000; 289(5482):1142-4.
11. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki: Principios éticos para la investigación médica con participantes humanos. 75ª Asamblea General. Helsinki. 2024.
12. Rid A, Wendler D. Evaluación de riesgo-beneficio en la investigación pediátrica. Crit Care Med. 2010; 38(9 Supl): S130-6.
13. Asociación Dental Americana. Directrices sobre la investigación en salud bucal pediátrica. Chicago: Consejo de Asuntos Científicos de la ADA, 2018.
14. Rossi J, García M. Evaluación del riesgo en investigaciones con menores en América Latina. Rev Bioética Latinoam. 2020; 25(2):55-64.
15. Benatar SR, Cantante PA. Responsabilidades en la investigación internacional: una nueva mirada revisada. J Med Ethics. 2010; 36(4):194-7.
16. Luna F. Elucidando el concepto de vulnerabilidad: capas, no etiquetas. Int J Fem se acerca a la Bioeth. 2009; 2(1):121-39.
17. Krugman SD, Lane DA. Poblaciones vulnerables en la investigación pediátrica. J Pediatr. 2014; 164(3):599-601.
18. Kipnis K. Siete vulnerabilidades en el sujeto de investigación pediátrica. Theor Med Bioeth. 2003; 24(2):107-20.
19. Rawls J. Una teoría de la justicia. Cambridge: Harvard University Press; 1971.
20. La Comisión Nacional para la Protección de los Sujetos Humanos de la Investigación Biomédica y del Comportamiento. El Informe Belmont. Washington: Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. 1979.
21. Vásquez S, Lugo M, Pineda Y. Ética estructural en investigaciones pediátricas: el caso venezolano. Rev Venez Salud Pública. 2022;13(2):45-53.
22. Thompson DF. Understanding financial conflicts of interest. N Engl J Med. 1993;329(8):573-6.
23. Lo B, Field MJ, eds. Conflict of Interest in Medical Research, Education, and Practice. Washington: National Academies Press; 2009.
24. Resnik DB. Disclosure of financial interests and conflicts of interest. Account Res. 2004;11(3):141-59.
25. Chan AW, Song F, Vickers A, Jefferson T, Dickersin K, Gøtzsche PC, et al. Increasing value and reducing waste: addressing inaccessible research. Lancet. 2014;383(9913):257-66.
26. Benavides JE. Ética, conflictos de interés y formación profesional. Rev Colomb Bioét. 2018;13(2):194-207.
27. Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS), World Health Organization. International Ethical Guidelines for Health-Related Research Involving Humans. Geneva: CIOMS; Guideline 17. 2016.
28. Ondrusek N, Abramovitch R, Pencharz P, Koren G. Empirical examination of the ability of children to consent to clinical research. J Med Ethics. 1998;24(3):158-65.

29. Geller G, Tambor ES, Bernhardt BA, Fraser G, Wissow LS. Informed consent in pediatric practice: implications for research and practice. *J Dev Behav Pediatr.* 2003;24(6):437-47.
30. Cortés AY, Ramírez MI, Vargas DA. Consideraciones éticas del consentimiento informado en investigación pediátrica en contextos de vulnerabilidad social en América Latina. *Rev Bioet.* 2021;29(2):252-9.
31. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. Plan de estudios básico de bioética. Sección 1: Programa y manual de enseñanza. París: UNESCO; 2008.
32. Gracia D. Fundamentos de bioética. 3.^a ed. Madrid: Editorial Triacastela; 2008.
33. Garrafa V, Porto D. Bioética, poder e injusticia: por una ética de la liberación. *Revista Red Bioética/ UNESCO.* 2003;1(1):6-15.
34. Zupancic JA, Gillie JC, Streiner DL, Watts JL, Schmidt LA. Factores que determinan el cumplimiento de los requisitos del comité de ética en la investigación pediátrica. *Revista Pediatría.* 2006;118(1): e138-e145.
35. Shah S, Whittle A, Wilfond BS, Gensler G, Wendler D. How do institutional review boards apply the federal risk and benefit standards for pediatric research? *JAMA.* 2004;291(4):476-82.
36. Fernández JC, Sánchez L, Aguirre B. Criterios de evaluación ética en investigaciones con niños en América Latina. *Rev Latinoam Bioética.* 2021;21(2):45-60.
37. Emanuel EJ, Grady C. La ética de la investigación en seres humanos: selección de los principios morales para la ética de la investigación. En: Emanuel EJ, Grady C, Crouch RA, Lie RK, Miller FG, Wendler D, editores. Libro de texto de Oxford de ética de la investigación clínica. Nueva York: Oxford University Press; 2008. p. 123-35.
38. Emanuel EJ, Grady C. Transparencia y rendición de cuentas en la investigación con participantes humanos. *JAMA.* 2007; 298(6):756-8.

Ética del Cuidado

Ethics of Care

Elizabeth Piña de V.^{1a*}, María Antonia Lombardi^{2b}

RESUMEN

Se aborda la ética del cuidado como una condición humana esencial basada en la interdependencia y la vulnerabilidad. Se analiza cómo el concepto ha evolucionado desde un papel tradicionalmente femenino hasta convertirse en un paradigma bioético y social que complementa la ética de la justicia. A través de la historia, diversas corrientes filosóficas han examinado el cuidado: Carol Gilligan cuestionó los modelos lógicos de justicia y propuso la ética del cuidado, enfocada en responsabilidades y conexiones concretas; los enfoques helénicos y Heidegger vinculan el cuidado (Sorge) con la existencia misma y el bienestar comunitario; Emmanuel Levinas destaca la alteridad, en la que el rostro del “Otro” exige una responsabilidad ética ineludible. En el ámbito de la salud y la enfermería, el cuidado se fundamenta en conocimientos científicos, valores culturales y en una relación terapéutica humanizada. Para ejercerlo de manera auténtica, son indispensables tres ingredientes afectivos: la empatía (comprender y participar del sentir ajeno), la simpatía (inclinación afectiva natural) y la compasión (solidaridad ante el sufrimiento). Asimismo, se resalta la importancia del autocuidado (cuidar de uno mismo para poder cuidar a los demás) y la de visibilizar el papel público de las cuidadoras familiares. Finalmente, extiende el paradigma al ámbito ambiental, rescatando las enseñanzas del

Papa Francisco sobre el cuidado de la “casa común” como un deber ético fundamental para garantizar la sostenibilidad y la supervivencia del planeta.

Palabras clave: ética del cuidado, interdependencia, responsabilidad, humanización y autocuidado

SUMMARY

The work presents the ethics of care as an essential human condition grounded in interdependence and vulnerability. It analyzes how the concept has evolved from a traditionally female role into a bioethical and social paradigm that complements the ethics of justice. Throughout history, various philosophical currents have examined care: Carol Gilligan challenged logical models of justice, proposing an ethics of care focused on concrete responsibilities and connections; Hellenic approaches and Heidegger linked care (Sorge) to existence itself and community well-being; and Emmanuel Levinas highlighted alterity, where the face of the “Other” demands inescapable ethical responsibility. In healthcare and nursing, care is grounded in scientific knowledge, cultural values, and a humanized therapeutic relationship. To practice it authentically, three affective components are indispensable: empathy (understanding and sharing another’s feelings), sympathy (a natural emotional inclination), and compassion (solidarity in the face of suffering). Furthermore, the document highlights the importance of self-care (caring for oneself to

ORCID:

¹ [0000-0002-2232-0094](https://orcid.org/0000-0002-2232-0094)

² [0000-0002-3862-4156](https://orcid.org/0000-0002-3862-4156)

*Autor de correspondencia: Elizabeth Piña de V,
Teléfono: 0414-1365541. E-mail: eeeucv@gmail.com

Recibido: 31 de julio 2026

Aceptado: 08 de septiembre 2026

- Enfermera Esp. en Medicina Crítica Pediátrica. MSc. en Bioética. Profesor Titular de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela. Caracas - Venezuela
- Médico Cirujano. Especialista en Psiquiatría. MSc. en Bioética. Profesor Titular de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela. Caracas - Venezuela

care for others) and making the public role of family caregivers visible. Finally, it extends the paradigm to the environment, retrieving Pope Francis's teachings on caring for our "common home" as a fundamental ethical duty to ensure the planet's sustainability and survival.

Keywords: *ethics of care, interdependence, responsibility, humanization, self-care*

INTRODUCCIÓN

En la vida cotidiana nos enfrentamos a decisiones continuas; generalmente, las más urgentes, las que representan mayor apremio, concentran la atención. Sin embargo, cuando se habla de bienestar, hay pequeños detalles que suelen pasar desapercibidos para muchos, mientras que para la persona tienen un peso particular, una valoración que la ayudaría a sobrellevar una situación compleja. Para valorar el peso de ese detalle en cada situación y para cada persona, se requiere una actitud acorde con la de ayuda. A este tema se refiere este artículo, que aborda la ética del cuidado. Todos cuidamos, generalmente, a los nuestros y a los más necesitados; lo hacemos de manera intuitiva, con afecto. Sin embargo, se necesita que la persona vea más allá de su entorno cercano, donde todos tengan la opción de ser incluidos en un mundo pleno de derechos y bienestar. Este ensayo se inicia con una revisión del concepto de cuidado, luego la visión desde la óptica de la enfermería, seguido de la exploración de diversos enfoques filosóficos a lo largo de la historia; continúa con las habilidades necesarias para cuidar y cierra con el autocuidado y el cuidado del entorno.

Cuidado es definido por el Diccionario de la Real Academia Española (1) como poner diligencia, atención y solicitud en la ejecución de algo; asistir, guardar, conservar. Fundamentalmente, cuidar implica: a) disposiciones o sentimientos favorables (actitudes) para evitar el perjuicio a uno mismo, al otro y/o a lo otro, y promover el bien de uno mismo, del otro y/o de lo otro; y b) generar

acciones que respondan en consecuencia (2). El cuidado es una actividad innata del ser humano desde que nace hasta que muere. Para que pueda desarrollarse, el hombre necesita el cuidado de otro ser humano (3). Báez-Hernández y col. (4) se refieren al cuidado como una relación y un proceso cuyo objetivo va más allá de la enfermedad. El cuidado es una actitud de responsabilidad e involucramiento afectivo hacia otro ser humano (5).

La noción de cuidado tradicionalmente expresa un conjunto de actividades y trabajos que se asignan al papel femenino, representando una construcción teórica acerca de los papeles socialmente asignados a hombres y mujeres y ha sido también el sustento para repensar las normas e imposiciones sociales, sin embargo, este enfoque se ha transformado en una noción más rica, ya que, además que las actividades o trabajos, también expresa una cualidad humana que se manifiesta ante la vulnerabilidad de nuestra vida y la mutua dependencia que tenemos los seres humanos unos de otros (6).

La noción de cuidado desde la óptica de la enfermería

La enfermería ha enmarcado su actuar dentro del concepto de cuidado; incluso esta profesión se define empleando ese término, señalando que su actuar ha de estar sustentado en conocimientos científicos, habilidades y en la filosofía de la enfermería, y regulado para ejercer la profesión, basándose en normas de práctica y códigos éticos establecidos (7). Asimismo, el código de ética formulado por el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) establece que el profesional, en su ejercicio, crea un ambiente en el que los valores, costumbres y creencias del individuo son respetados (8). Por su parte, Valle (9), al referirse al cuidado, lo aborda desde una perspectiva cultural, definiéndolo como un constructo complejo que debe centrarse en la alteridad del sujeto y en la mediación de la relación interpersonal que establecemos con el paciente. La nueva cosmovisión del cuidado debe contemplar los aspectos socioculturales, los

valores, las creencias, los modos de vida y las distintas concepciones de salud y enfermedad; en suma, la diversidad cultural. En este mismo orden de ideas, Madeleine Leininger, citada por Aguilar y col. (10) señala que el cuidado es común en todas las culturas y describe al ser humano como un ente integral que no puede separarse de su procedencia cultural, de su estructura social y de su concepción del mundo.

Leininger, citada por Mínguez-Arias (11), clasifica los cuidados en tres niveles: a) Cuidado genérico, definido como los actos de asistencia, soporte o facilitación prestados a individuos o grupos con necesidades evidentes y orientados a la mejora y el desarrollo de la condición humana. b) Los cuidados profesionales son aquellas acciones, conductas, técnicas, procesos o patrones aprendidos, cognitivos o culturales, que permiten o ayudan a un individuo, familia o comunidad a mantener o desarrollar condiciones saludables de vida. c) Los cuidados profesionales enfermeros son aquellos modos humanísticos y científicos, aprendidos cognitivamente, de ayudar o capacitar a individuos, familias o comunidades para recibir servicios personalizados a través de modalidades culturalmente determinadas, técnicas y procesos de cuidados, orientados al mantenimiento y desarrollo de condiciones favorables de vida y de muerte.

En la búsqueda de fundamentar teóricamente el cuidado de enfermería, Gasull y col. (12) se apoyan en varios autores, entre ellos: Mayeroff, quien describió las características del cuidar; Erikson, quien construyó la teoría del desarrollo psicosocial, en la que el cuidar desempeña un rol fundamental; y Buber, quien analizó la dimensión ética de las relaciones humanas.

Así, la ética del cuidado no puede verse como un conjunto normativo, sino como la condición en la que los seres humanos se hacen cargo de la presencia del otro, respondiendo a su requerimiento y, en consecuencia, expresando su propia subjetividad. La ética del cuidado es entonces el modo en que se estructura una respuesta ante la exigencia, la demanda, el requerimiento del otro. Por eso, el cuidado no puede reducirse a una práctica o a una actividad, justamente porque

ambas están guiadas y ordenadas por la conciencia ética. Hay cuidado auténtico cuando la práctica del cuidado se ordena por el cuidado como valor, como principio que mueve el ser respondiente. Hablar de una ética del cuidado es reconocer su dimensión ética (6).

Tradicionalmente en la lengua inglesa, se ha visto al curar y al cuidar como elementos distintos: *cure/care*. La curación (*cure*) se ha considerado tarea de la medicina, basada en una sabiduría técnica, orientada por la eficiencia y sometida al criterio ético de la justicia, entendida como imparcialidad, papel que clásicamente ha sido ejercido y relacionado con los varones y asociado a valores de eficacia. Por su parte, el cuidado (*care*) ha sido la tarea propia de la enfermería, en la que la clave radica en la sensibilidad práctica, orientada por la compasión y la atención a lo particular, un papel típicamente femenino (13).

El curar y el cuidar realmente caminan en la misma dirección; curar puede ser un medio para cuidar, que podría ser: a) un fin, en la medida en que describe el objetivo de la asistencia sanitaria (la salud y el bienestar del paciente o el acompañamiento y la ayuda en la muerte o la incapacidad), pero también b) un medio para otro fin: el proyecto de vida del paciente. En ambos casos, el curar y el cuidar siempre se orientan al paciente (13).

Enfoques filosóficos a lo largo de la historia

Darat (14) cita a Tronto cuando este afirma que la filosofía moral ha trazado tres “fronteras morales”, es decir, tres líneas de demarcación entre lo que cuenta como argumento moral válido y lo que no, lo que se ha reflejado a lo largo de la historia en exclusiones políticas. Estas fronteras son 1) la separación entre la moral y la política, 2) el punto de vista moral y 3) la separación entre lo público y lo privado. Esto ha justificado históricamente no considerar a las mujeres como sujetos morales capaces de argumentar en condiciones de igualdad, además de excluir las experiencias de estas y de otros grupos excluidos al definir el estándar moral. Es necesario romper

con estas fronteras para situar la perspectiva del cuidado en el centro de las preocupaciones éticas. Fue la segunda frontera, la del punto de vista moral, la que determinó que otras teorías morales quedaran relegadas y, con ellas, la posibilidad de entender la subjetividad y la individualidad desde la interdependencia y, por ende, desde la vulnerabilidad.

Ahondando en el tema, Darat (14) menciona a Baier, quien compara la teoría kantiana y la humana principalmente en el origen de la moralidad: mientras para la primera ésta proviene de la racionalidad y de la obediencia a leyes universales abstractas que dicta la razón, para la segunda el énfasis se encuentra en los rasgos del carácter que, por una parte, entregan paz interior a la persona, y por otra, la hacen una buena compañía para los demás.

El modelo impuesto en el mundo occidental desde la modernidad ha sido el de lo correcto, que busca la justicia imparcial e igualitaria y la defensa de los derechos, como base de unos mínimos para la convivencia, olvidando dimensiones importantes de la ética, como las emociones, la voluntad o la búsqueda de la virtud o la perfección, elementos que componen la vida moral de las personas, pero que no tienen cabida en un modelo de fundamentación racional de corte lógico y deductivista. La virtud queda así restringida al ámbito privado, referida a las creencias u opciones personales, pero no al ámbito público (13).

Es aquí donde destacan los estudios de Gilligan, quien cuestionó los análisis tradicionales de la moralidad (sociológicos, psicológicos y filosóficos), en particular el modelo de desarrollo moral de Lawrence Kohlberg, señalando que este estaba influido por una concepción kantiana de la imparcialidad y proponiendo un desarrollo moral en etapas. En este modelo, la madurez moral se alcanza al juzgar de manera autónoma e imparcial, aplicando principios generales de justicia. Los estudios de Kohlberg consideraban a las mujeres “deficientes” por no encajar en la lógica deductiva de la justicia. La preocupación de las mujeres por los demás era interpretada como una búsqueda de aprobación o como una forma de servilismo. En contraposición, Gilligan propone

la ética del cuidado como una “voz diferente” centrada en conceptos como la responsabilidad y las conexiones interpersonales, en lugar de los derechos, las obligaciones y las reglas. La ética del cuidado está ligada a condiciones concretas y adopta la forma de una narración. El razonamiento se basa en los detalles específicos de cada situación, lo que hace que los problemas morales se presenten como conflictos de responsabilidad. Esta ética demuestra que la sensibilidad es una herramienta de conocimiento y de comprensión moral (15).

La ética del cuidado se sitúa en la tradición de la ética de las virtudes y de la ética de la responsabilidad. Supone el reconocimiento de que la ética no atañe solo al campo de lo correcto, donde se determina la legitimidad de las normas para orientar la conducta y la vida en común, sino también al ámbito de la realización de valores que aspiran a una cierta perfección personal y de las instituciones (13).

En las filosofías helénicas, el objetivo principal no era acumular conocimiento, sino ejercitarse en una práctica constante identificada con la vida. Estas escuelas buscaban adoptar un modo de ser en el mundo que trascendiera la subjetividad individual y abrazara el punto de vista de la pertenencia a un todo. Por ello, el cuidado de sí mismo era inseparable del de los demás. La reflexión en estas escuelas consideraba el cuidado como uno de sus pilares fundamentales, entendiéndolo como una forma de vida intrínsecamente ligada al bienestar de la comunidad (16).

Otro filósofo que considerar es Heidegger, con dos conceptos clave: el Dasein y la Sorge (el cuidado), donde el Dasein no es simplemente el ser humano, sino una “ventana a la pregunta por el Ser”. Es la única entidad que puede interrogarse sobre el sentido de la existencia y así evitar el “olvido del Ser” propio de la metafísica tradicional. El Dasein se diferencia de otros entes porque es consciente de su propia finitud, lo que lo convierte en un “ser-para-la-muerte”. El autor concluye que, aunque todo Dasein es humano, no todo humano llega a ser un Dasein, ya que no todos asumen plenamente el sentido que la muerte le da a la vida. El otro concepto es

Sorge (cuidado). Para Heidegger, el cuidado no es una preocupación cotidiana, sino la condición fundamental del Dasein. Se refiere a la tarea de asumir nuestra propia existencia. La Sorge implica despertar de la alienación y de la superficialidad del mundo para emprender la auténtica tarea de la filosofía: la pregunta por el ser y la plena asunción de la propia mortalidad como fuente de sentido (16).

Para comprender las diversas visiones filosóficas del cuidado, es oportuno mencionar a Emmanuel Levinas, cuya ética de la alteridad prioriza la relación con el “Otro” como fundamento de toda moralidad. Su pensamiento se opone a la tradición filosófica occidental, que se ha centrado en el “Yo” y en el ser (ontología), y ha intentado reducir lo diferente a lo mismo. Para este autor, el “Otro” es radicalmente distinto: una alteridad irreductible que no puede ser comprendida ni asimilada por completo por el “Yo”. El encuentro con el “Otro” rompe con la idea de totalidad y con la intención de poseer o dominar al otro. Esta diferencia radical es la base de su ética. Levinas sostiene que la ética es la “filosofía primera”, anterior a la ontología. El encuentro ético no se basa en el conocimiento, sino en el rostro del “Otro”, que no es un objeto que pueda conocerse ni aprehenderse, sino una epifanía, una presencia que interpela al “Yo” y lo llama a una responsabilidad infinita. La interpelación del rostro del “Otro” genera en el “Yo” una responsabilidad ineludible. El cuidado no es una elección voluntaria, sino una estructura originaria de la subjetividad. El “Yo” se construye a partir de su apertura y de su sensibilidad hacia el “Otro”. Esta responsabilidad es asimétrica: el “Yo” es responsable del “Otro”, sin esperar reciprocidad. El cuidado es, entonces, una acción ética que busca proteger al “Otro” de la exclusión y la violencia, desafiando el individualismo y el egoísmo, proponiendo una ética basada en el reconocimiento de la vulnerabilidad del “Otro”. La relación ética, que precede a cualquier conocimiento, se establece a través del rostro, el cual nos obliga a una responsabilidad incondicional y al cuidado del “Otro” en su diferencia, en un rechazo de la violencia y de la asimilación del “Otro” (17,18).

Al hablar de la ética del cuidado, Gasull y col. (12) puntualizan varios elementos, primero la influencia que tuvo la publicación del libro de Guilligan en 1982, en donde afirma que los hombres y las mujeres emplean sistemas de pensamiento diferentes, aplicando diferentes conceptos morales cuando formulan y resuelven problemas morales; afirmando que la ética de los cuidados fue ignorada en el pasado pues las mujeres fueron excluidas, afirmando que la sociedad infravalora el cuidar y sobrevalora el poder, la tecnología y la estructura jerárquica.

Santell (19) refiere que los trabajos asociados a la esfera de la reproducción social -reproducción de la fuerza de trabajo- abarcan actividades tales como, la crianza de niñas y niños, la atención de los miembros del núcleo familiar, las labores de mantenimiento de la casa y el cuidado de personas enfermas o discapacitadas, que suelen asociarse como connaturales a la esencia de las mujeres, puntualizando que no existe ninguna prueba que demuestre la inmanencia de ello y por el contrario, algunos estudios corroboran que la especialización de las mujeres en las tareas del cuidado es una construcción social, basada en las prácticas patriarcales hegemónicas. Reafirmando este paradigma, se lee a Escribano (20), quien sostiene que las mujeres han visto limitada su capacidad de nombrar y definir la realidad de forma desigual, casi siempre elaborada o procesada por un varón autorizado.

Sin embargo, pretender establecer distinciones entre diversas visiones no es posible desde un enfoque bioético. Aquí destaca lo planteado por Cortina (21), quien señala que la ética de la justicia y la ética del cuidado no están subordinadas, sino que se complementan; tampoco están representadas por el género. Son dos voces morales en las que han de expresarse tanto mujeres como varones: la voz de la justicia, que consiste en situarse desde una perspectiva universal, más allá de las convenciones sociales y del gregarismo grupal, y la voz de la compasión por los que precisan ayuda, que es responsabilidad de todos, empezando por los más cercanos. Los valores indispensables para alcanzar la madurez serían al menos cuatro:

justicia, autonomía, responsabilidad y compasión. El cuidado es cosa de varones y mujeres y conlleva la responsabilidad por los vulnerables, porque no basta con el lenguaje de los derechos, las denuncias y las impugnaciones. Más allá del derecho y del contrato, se encuentra la responsabilidad hacia los vulnerables, los necesitados de ayuda.

Para brindar un cuidado auténtico, es fundamental reconocer al otro en su totalidad, con su historia, valores y preferencias; solo así se puede propiciar el bienestar que cada persona necesita de forma individual. Aspectos tan personales como la privacidad y la intimidad son definidos y sentidos de manera única por cada ser humano; por lo tanto, no se deben imponer normas desde la perspectiva del cuidador, ya que eso cosifica al paciente o usuario y va en contra de la esencia del cuidado, que se basa en el respeto a la persona. Esta misma ética debe aplicarse a todo el personal de un centro de salud. Al escuchar a los trabajadores y hacerlos partícipes de las decisiones, se genera un ambiente de respeto y valoración; esto crea el llamado “efecto Pigmalión”: las altas expectativas que la institución tiene sobre su personal (al considerarlo competente y valioso) se reflejan en la mejora de su desempeño y en la calidad del cuidado que ofrecen a los pacientes. En esencia, al tratar a los empleados como profesionales capaces, se los motiva a actuar como tales (22). Sobre este aspecto, Pérez Quintana (23) cita a Ricoeur cuando afirma: “el hombre bueno debe ser el amigo de sí mismo, pero el verdadero amigo de sí mismo es también el amigo del otro”. La estima de sí, dimensión reflexiva de la intencionalidad ética, no puede darse al margen de la solicitud por el otro, y la amistad no puede ser verdadera si a la estima de sí no se le une la estima del otro y la solicitud por el otro.

En este mismo orden de ideas, Vattimo (24), al referirse al “cuidado de sí”, se refiere al cuidado del acto reflexivo del pensamiento, capaz de construirse a sí mismo y orientado a una ética positiva, lo que implica un involucramiento activo en la búsqueda de una reinterpretación de la propia existencia, partiendo del respeto real a la libertad del otro, como la única vía para evitar la violencia.

Virginia Held, citada por Rivera-Maturano (6), afirma que la ética del cuidado se centra en la atención, la confianza, la capacidad de responder a las necesidades, los matices narrativos y el cultivo de relaciones afectivas. La ética del cuidado enfatiza algunas características que las morales liberales no consideran, pues no se identifican con ese ideal de racionalidad y autonomía. Tales características son la empatía, la atención y la escucha hacia el otro, la situacionalidad, la relacionalidad, la afectividad, el reconocimiento de la vulnerabilidad y la dependencia, y la preocupación por el otro; es decir, ha de verse como una ética que promueve el cuidado como condición y modo de ser de los seres humanos.

Sobre este aspecto, De Battista (25) interpretando a Bruguère, señala la redefinición de nosotros mismos a partir de la interdependencia que nos caracteriza, lo que hace del concepto de ‘cuidado’ un complemento de la ética de la justicia y permite trascender el esquema moral liberal que invisibiliza la diversidad de sujeciones y dependencias a través de las cuales se constituyen nuestras propias subjetividades, lo que contribuye a renovar y a redefinir los lazos sociales, exhibiendo no sólo la interdependencia y la vulnerabilidad que compartimos, sino también la imposibilidad de reducir estos últimos a intercambios mercantiles o comerciales.

Habilidades esenciales para cuidar

Correa-Uribe y col. (26), citando a Mayeroff, afirman que la habilidad de cuidar es la manera en que el cuidador se relaciona con la persona que recibe el cuidado. Esta relación se basa en la interacción y requiere cualidades como el conocimiento, la paciencia, la honestidad, la confianza, la humildad, la esperanza y el coraje. Mayeroff destaca que el cuidador experimenta una sensación de pertenencia y un vínculo estable, y que el desarrollo de esta habilidad depende directamente del conocimiento, del valor y de la paciencia. Para que el paciente se sienta realmente presente y vivo, es crucial crear un espacio de encuentro que le permita reconocerse en el otro. Es en esta conexión donde el paciente se siente

real y existente. Sánchez-Sánchez (27) lo resume perfectamente: tres ingredientes emocionales son esenciales para ello: empatía, simpatía y compasión.

La empatía es una capacidad compleja que nos permite conectar con las experiencias subjetivas de los demás. Para Hume, citado por Sánchez-Sánchez (27), la empatía es el fundamento del sentimiento y de la elección moral, pues nos permite intuir el juicio de los demás a partir del nuestro. Este proceso es una actividad preintuitiva estrechamente vinculada a las neuronas espejo.

La empatía puede manifestarse de dos maneras: 1) Primitiva e irreflexiva, como un “contagio emocional” que no requiere esfuerzo consciente; 2) Reflexiva e imaginativa, que demanda un esfuerzo genuino para conocer al otro y evitar suposiciones erróneas. Sánchez-Sánchez (28) cita a Orange al señalar que la empatía va más allá de la mera comprensión intelectual y, a la vez, complementa afirmando que es una participación viva y emocional en lo que siente la otra persona. Esta conexión conlleva el deseo de ayudar sin esperar una recompensa personal, lo que ejemplifica la solidaridad inherente a la naturaleza humana (28).

La empatía es tanto una aptitud (una capacidad que se desarrolla a lo largo de la vida mediante el aprendizaje) como una actitud (una disposición o inclinación). Aunque se ha sugerido que las mujeres muestran más empatía que los hombres debido a factores biológicos y culturales, su esencia radica en la capacidad de penetrar en el mundo del otro, captando no solo sus palabras, sino también su situación personal y emocional (27). En esencia, la empatía es una forma de ponerse en el lugar del otro para situarse en su perspectiva, lo cual sirve de base para brindar apoyo y cuidado en momentos de dificultad, respetando siempre su autonomía como individuo (2).

La Simpatía, del griego “sinpathos”, significa comunidad de sentimientos, pero su derivación semántica la ha convertido en una inclinación afectiva entre personas, generalmente espontánea y mutua (27), y del latín “compati”, sentir, padecer con otro (28).

A juicio de Adam Smith, Hume y Rousseau, la simpatía es el sentimiento moral natural y, por ello, la base de la ética. Para sentir simpatía, es preciso desarrollar una identificación imaginativa que requiere un gran esfuerzo mental (27). Para Glover, citado por Carvajal-Villaplana (29), la respuesta humana de respeto y repugnancia ante la humillación está mediada por la simpatía, ya que se trata de estructuras psicológicas y respuestas básicas que los humanos presentan.

La Compasión es definida por Eisenberg como una respuesta afectiva que consiste en sentir lástima o preocupación por el otro apurado o necesitado. Siente compasión aquel que acepta su propia condición interdependiente, el que no es soberbio. La compasión es fruto de la solidaridad con el sufrimiento ajeno, sobre todo cuando se percibe como injusto. De ahí arranca un sinfín de emociones positivas: amabilidad, generosidad, gratitud, sociabilidad, conmiseración (compasión por la miseria, tristeza causada por la miseria ajena). La compasión es, tal vez, la virtud más humana, sinónimo de benevolencia y humanidad, y fundamenta una ética del cuidado (27).

Al Sierbert definió un nuevo concepto que combina compasión y empatía, la denominó “compatía” y desarrolló una metodología, en la cual lo primero es dar la oportunidad a la persona de explicarse para descubrir que es lo que le inquieta poniendo en práctica la escucha activa, pedir aclaraciones controlando durante todo el proceso la inclinación emocional positiva o negativa hacia la persona (simpatía y antipatía); seguido por agradecer el esfuerzo y valentía que ésta muestra al compartir cómo se siente, y para finalizar, preguntándole qué es lo que quiere y trazar un plan común para conseguirlo (30).

El autocuidado

Mondragón (31), al referirse al cuidado, se remite a la experiencia del nacimiento, la cual, a su vez, remite de manera fundamental al cuidado, entendido como modo de ser fundamental que permite el sostenimiento de la vida, al tiempo que posibilita la estructuración de lo humano. El ser

humano que no recibe cuidado se desestructura, se debilita, pierde sentido y muere; el que no aprende a hacer las cosas con cuidado, reviviendo en su vida cotidiana el cuidado que recibió, termina por dañarse a sí mismo y por destruir lo que lo rodea. Este autor se refiere a Boff cuando señala: el cuidado es una realidad fundamental que se vuelve fenómeno en nuestra conciencia, se muestra en nuestra experiencia y moldea nuestra práctica.

La dignidad es el respeto por uno mismo y emerge como consecuencia de tenerse a sí mismo como objeto de cuidado, y supone, por parte del sujeto, la capacidad de autorreconocerse valioso, considerar valioso el conocimiento de sí mismo y la determinación de afirmar la propia valía ante sí mismo, ante los otros y frente a las circunstancias. Una diferencia entre la dignidad y el cuidado de sí mismo consiste en que, mientras la dignidad no trasciende el ámbito del sujeto, pues se encuentra encerrada en él mismo, las consecuencias del cuidado pueden encontrarse más allá del individuo; incluso cuando parece que el sujeto sólo se ocupa de sí mismo, el cuidado que tenga de sí siempre impactará de algún modo en los otros y en el medio (32).

Escámez-Sánchez y Gil-Martínez (2) se refieren al autocuidado como un aspecto indispensable para poder asumir las características del cuidador; para ello, definen los elementos a desarrollar: el cultivo del pensamiento crítico, el cuidado del cuerpo y de la mente, el fomento de la autoestima, la formación de la voluntad, el cultivo de la inteligencia emocional y el proceso desde la prosocialidad a la fraternidad universal. De manera contundente, afirman: no se podrá tomar conciencia de los cuidados que los demás necesitan si antes o al mismo tiempo no se ha aprendido a cuidar de nosotros mismos.

Paul Ricoeur señala que para que una persona pueda cuidarse a sí misma, primero necesita el cuidado de los demás. La autoestima y la capacidad de actuar (el “poder-hacer”) no son innatas ni totalmente autónomas; se nutren del reconocimiento y de la ayuda de los demás. Esto puede ejemplificarse en el proceso que se da durante la relación terapéutica entre el profesional

de la salud y el paciente, cuando este acude por una enfermedad que genera un sufrimiento no solo físico, sino también una disminución de la capacidad de obrar, lo cual se manifiesta en la incapacidad para realizar acciones básicas. Esta fragilidad pone en riesgo el cuidado que el paciente puede brindar a su propia vida. El profesional de la salud establece un pacto con el paciente, comprometiéndose a acogerlo, tratarlo y acompañarlo, mientras que el paciente se involucra en su propio tratamiento. La labor del profesional de la salud no es solo curar y cuidar durante la enfermedad, sino también reconocer los recursos que aún tiene el paciente, buscando que este se reconozca a sí mismo como un ser capaz. Al ver reflejada su propia capacidad en los ojos del profesional, el paciente puede recuperar su identidad y su estima de sí mismo. De ahí que la relación terapéutica demuestre que el cuidado de sí mismo no es un acto individual. Requiere del cuidado del otro, que actúa como un “suplemento” para restaurar la capacidad y la identidad del que sufre, reafirmando que el ser humano solo puede cuidarse plenamente cuando es cuidado por alguien más (33).

Sin embargo, durante la formación profesional suele fomentarse la neutralidad terapéutica derivada de la ley de la abstinencia terapéutica, lo que puede resultar iatrogénico. Es imposible ser neutral-aséptico-especular; antes bien, la subjetividad del clínico actúa como resorte terapéutico imprescindible, junto con los conocimientos teóricos, de modo que el paciente propicie cambios en su propia subjetividad. La hermenéutica de la sospecha, que alentaba desconfianza hacia la veracidad del relato del paciente, suponiéndole necesariamente un distorsionador tendencioso o pulsionalmente impelido a la deformación, ha sido sustituida por la hermenéutica de la confianza, de la responsabilidad sobre el otro y de la hospitalidad, cuyo principal exponente y adalid es Gadamer, y por la ética de la alteridad de Levinas. Cuidar es, a juicio de Orange, crear un espacio para el paciente en el propio corazón sin hogar, de modo que el otro, devastado, pueda tener una segunda oportunidad para desarrollarse. Los modelos humanistas, así como los modelos vinculares, relacionales e intersubjetivos dentro

del psicoanálisis, coinciden en esta inflexión ética en la terapia, donde la empatía, la escucha valorativa, el respeto, la atención y la mutualidad de reconocimiento provocan esa experiencia singular e irrepetible, que es fuente de otros encuentros posteriores. En este encuentro de dos mentes y de dos vivencias complejas se da una fusión de horizontes, como Gadamer lo llamó, o una relación implícita compartida (27).

Otro aspecto por considerar es el de las cuidadoras familiares, quienes realizan su labor en el ámbito privado, pero solo hasta ahora se ven, se las conoce y se reconoce su labor. Así se han trascendido las barreras de lo privado y el cuidado se ha convertido en una acción pública, indispensable para la salud de poblaciones que no cuentan con atención integral. En estos casos, el apoyo social constituye un recurso que les ayuda a afrontar los miedos y las ambigüedades generados por la enfermedad, situación que puede verse agravada si se considera que quien cuida suele ser un ser cercano, como su familia. También se ha demostrado que la principal variable mediadora de esta relación es la percepción de control sobre la enfermedad, pues disminuye la valoración de la amenaza y del estrés. El apoyo social tiene un doble efecto: el directo o principal y el protector o amortiguador. El directo permite conocer las repercusiones sobre las que actúa; por ejemplo, cómo fomentar la salud, independientemente del nivel de estrés del sujeto, lo que aumenta el bienestar. El efecto protector o amortiguador hace que este actúe como moderador de otras fuerzas que inciden en el bienestar del sujeto, como el estrés, la ansiedad, etc., ayudándole a su ajuste o adaptación (26). No es extraño oír alertar a las cuidadoras sobre el impacto que esta actividad causa en ellas, que incluso puede llevar a su propia enfermedad, desgaste o muerte; de ahí la gran importancia de generar grupos de apoyo para orientar, asistir y asesorar sobre cómo transitar ese camino no siempre evitable. Viéndolo como un derecho, existen países que han legislado para garantizar que este proceso se lleve a cabo con el acompañamiento necesario.

Las teorías de la economía del cuidado han hecho un aporte invaluable al visibilizar estas

prácticas en la lógica del capitalismo. No obstante, muchos de sus análisis tienden a favorecer la mercantilización de los servicios del cuidado, en lugar de apostar por una transformación social. Es necesario ir más allá de la simple monetarización y abordar dos desafíos fundamentales: 1. Romper con los imaginarios que naturalizan la idea de que las mujeres son inherentemente más aptas para las labores de cuidado y 2. Promover la redistribución comunal de estos trabajos, sacándolos del ámbito privado y responsabilizando a la sociedad en su conjunto. Estas alternativas proponen un cambio estructural más profundo, que va más allá de la lógica de mercado para lograr una verdadera equidad en las labores de cuidado (19).

El cuidado y el ambiente

Avanzando con el concepto de cuidado y partiendo de que este se considera toda actividad que se realiza para mantener, reparar y perpetuar el mundo de manera que pueda habitarse en las mejores condiciones posibles, se han de incluir los trabajos de interacción humana que producen o aportan valor al sistema económico, así como las actividades de cuidado consigo mismo, con los objetos y con el medio ambiente (20).

Sobre este tópico, Escribano (20) menciona al Papa Francisco en sus escritos y discursos, en los que ha afirmado con rotundidad que el cuidado es una tarea necesaria y urgente para la supervivencia de la vida, no solo la humana. Advirtiéndole que las raíces éticas y espirituales de los problemas ambientales invitan a encontrar soluciones no sólo en la técnica, sino también en un cambio profundo del ser humano, como lo señala en *Laudato si*, el Papa ponía el acento en el inexcusable ejercicio del cuidado de la casa común y en *Fratelli tutti* subraya la necesaria implicación política para alcanzar una verdadera ecología integral, como expresión de la amistad social a la que estamos llamados.

Las personas tienen la capacidad de querer cuidar no solo a los cercanos, sino también a los lejanos, a quienes no van a reforzar el propio patrimonio genético, pero que, de alguna

forma, son “cosa mía”. Aquí, el cuidado se convierte resueltamente en responsabilidad cordialmente asumida, en querer cuidar para hacerse responsable del propio bienestar y del de los demás. Este mundo, tal como se está llevando, pone en peligro la supervivencia de la Tierra. La solución no consiste en causar menos daño con mejores técnicas; es una cuestión ética. Se trata de cambiar de actitud, de adoptar voluntariamente la disposición a cuidar, que implica una relación amorosa, respetuosa y no agresiva con la realidad y, por eso mismo, no destructiva. Los seres humanos son parte de la naturaleza y miembros de la comunidad biótica y cósmica y, por lo tanto, tienen la responsabilidad de protegerla, regenerarla y cuidarla. El cuidado no sería entonces una técnica, sino un nuevo paradigma de relación con la naturaleza, la Tierra y los seres humanos. En vez de ser dominadores, ser cuidadores: esta actitud también hará posible la sostenibilidad de la naturaleza, es decir, el uso racional de los recursos escasos de la Tierra, sin perjuicio del capital natural, manteniendo sus condiciones de reproducción y coevolución y teniendo presente a las generaciones futuras, que también tienen derecho a un planeta habitable. La sostenibilidad representa el lado objetivo, ambiental, económico y social de la gestión de los bienes naturales y de su distribución, mientras que el cuidado denota su lado subjetivo, las actitudes, los valores éticos y espirituales que acompañan este proceso (22).

Consideración final

Se tiene la necesidad de buscar la esencia del ser humano en sí mismo, considerando la totalidad de los derechos, viendo a la persona como una integralidad inseparable, donde el amor sea lo que la diferencie de los otros seres de la escala animal, y donde esta se sienta integrada con su entorno, tanto el inmediato como el remoto. Un ser humano desprotegido, sufriente, sin acompañante ni cuidado, es una evidencia de la incapacidad de emplear la inteligencia, don divino, en su propio

desarrollo.

REFERENCIAS

1. Real Academia Española. Diccionario. Disponible en: <https://dle.rae.es/cuidar>.
2. Escámez-Sánchez y Gil-Martínez. (editores) El Principio Ético del Cuidado. Escámez-Sánchez y Gil-Martínez Cap. 2. La Ética del Cuidado. España: Editorial La Tapia. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/370419652_LA_ETICA_DEL_CUIDADO.
3. Delgado J. Curar vs Cuidar. En: Reyes M, Rivas F, Buisán R, García J. (editores) Un Puente Inacabado. V Congreso Nacional Madrid 2002. Madrid: Asociación de Bioética Fundamental y Clínica. 2005
4. Báez-Hernández F, Nava-Navarro V, Ramos-Cedeño L, Medina-López O. El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería. 2009;9(2):127-134.
5. González R, Bracho de LC, Zambrano de GA, Marquina M, Guerra C. El cuidado humano como valor en el ejercicio de los profesionales de la salud. Disponible: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-502557>.
6. Rivera-Maturano G. Filosofía y ética del cuidado: ensayando algunos fundamentos posibles. Trabajo y Sociedad. 2023. XXIV (40). Santiago del Estero. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/3873/387375273017/html/>
7. Consejo Internacional de Enfermeras (CIE). Actualización de la definición de enfermería y enfermera. Informe final del proyecto junio de 2025. Disponible: https://www.icn.ch/sites/default/files/2025-06/ICN_Definition-Nursing_Report_SP_Web.pdf.
8. Siurana Aparisi JC. Ética de los profesionales de la salud. En: Correa-Casanova M y Martínez-Becerra P. La Riqueza Ética de las Profesiones. España Editores Rilk. Disponible en: <https://etica.uazuay.edu.ec/>.
9. Valle-Racero J. Cuidar desde una perspectiva cultural. Cultura de los Cuidados. 2000. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/39439000_Cuidar_desde_una_perspectiva_cultural.
10. Aguilar Guzmán O, Carrasco González MI, García Piña MA, Saldivar Flores A, Ostiguín Meléndez RM. Madeleine Leininger: un análisis de sus

- fundamentos teóricos. *Enfermería Universitaria*. 2007;4(2):26-30.
11. Mínguez Arias J. Antropología de los cuidados. Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5090/1/CC_07-08_12.pdf.
 12. Gasull Vilella M, Hernández Martín F, Sarabia Clemente M. Bioética y Enfermería. La ética del cuidado: Bases para un proyecto de investigación en enfermería. En: Asociación de Bioética Fundamental y Clínica. I Congreso Nacional. Madrid, junio 1996.
 13. Feito-Grande L. La Ética del cuidado: moda, paradojas, talantes. En: Reyes M, Rivas F, Buisán R, García J. (editores) *Un Puente Inacabado*. V Congreso Nacional Madrid 2002. Madrid: Asociación de Bioética Fundamental y Clínica. 2005.
 14. Darat N. Autonomía y vulnerabilidad. La ética del cuidado como perspectiva crítica. *Isegoría*. 2021;64: 03.
 15. Paperman P. *Cuidado y Sentimientos*. Buenos Aires: Fundación Medifé. 2019.
 16. Pinto-Freyre J, Santamaría-García J, Santamaría-Pérez A, Martínez-Botija S. Cuidadosofía: una introducción a la relación entre cuidado y filosofía. *Revista ENE de Enfermería*. 2017;11(3).
 17. Beltrán Ulate: Prolegómenos para una bioética desde el principio de alteridad. *Humanidades, Universidad de Costa Rica, Escuela de Estudios Generales*. 2017;7(1):257-282, 2017.
 18. Fernández Guerrero O. Levinas y la alteridad: cinco planos. *BROCAR. Cuadernos De Investigación Histórica*. 2015;39:423-443.
 19. Santell V. Análisis de la economía del cuidado y la ética del cuidado. Disponible en: <https://www.academia.edu/>.
 20. Escribano M. Coordinadores: Anna Eva Jarabo y Sebastián Mora Rosado. El cuidado como vínculo en la doctrina de Francisco. Una mirada feminista. *Iglesia viva*. N° 288, 2021. España, Valencia.
 21. Cortina A. Cuidar Para Sobrevivir. Disponible en: [https://www.academia.edu/12401299/Cuidar Para Sobrevivir %C3%89tica Del Cuidado Adela Cortina](https://www.academia.edu/12401299/Cuidar_Para_Sobrevivir_%C3%89tica_Del_Cuidado_Adel%C3%A1_Cortina).
 22. Verhnes T. Ética de los cuidados en un centro sociosanitario. En: *Horizontes de Posibilidades 3*, Congreso Nacional, La Coruña. Madrid: Asociación de Bioética Fundamental y Clínica. 2000.
 23. Pérez Quintana A. Autorrealización. Cuidado de sí y moralidad en P. Ricoeur. Sebastián Lomelí (Ed. Lit.). 2017.
 24. Vattimo G. Cuidado de sí mismo y pensamiento del ser. Ponencia impartida en el Congreso El cuidado de sí. Cuerpo, alma, mente y sociedad. *Perspectivas desde una Hermenéutica Crítica*. El Barco de Ávila. 2013.
 25. De Battista G. Brugère, Fabienne. La ética del cuidado. Santiago de Chile: Metales Pesados, 2022, 121. Disponible en: <https://revistas.usal.es/dos/index.php/0213-3563/article/view/31212/29191>.
 26. Correa Uribe B, Romero Guevara S, Camargo Ramírez M. Características y percepciones de las cuidadoras de familiares con enfermedad crónica. *Revista UIS Humanidades*. 2011;39(1):135-151.
 27. Sánchez-Sánchez T. Empatía, Simpatía y Compatía (Compasión) tres disposiciones afectivas fundamentales en el vínculo humano terapéutico. *Clínica e Investigación Relacional*. 2014;8(3):434-451.
 28. Tesoros de los diccionarios históricos de la lengua española. Inéditos Diccionario histórico de la lengua española (1933-1936). Disponible en: <https://www.rae.es/tdhle/compat%C3%ADa>.
 29. Carvajal Villaplana A. Derechos humanos, emociones y neuroética. *Revista Humanidades*. 2015;5(2):1-27.
 30. Blog SEAS. ¿Conoces que es la compatía? Disponible en: <https://www.seas.es/blog/varios/conoces-que-es-la-compatia/>.
 31. Mondragón R. Acerca de las filosofías del cuidado y la potencia de la fantasía. *El Pez y la Flecha. Rev Investigaciones Literarias*. Universidad Veracruzana, Instituto de Investigaciones Lingüístico-Literarias. 2022;2(2):133-150.
 32. García-Conde M. El cuidado. En: *Formación de seres integrales bajo la pedagogía del cuidado*. Maestría en ciencias de la educación. Universidad Nacional de Colombia. Disponible: [https://www.academia.edu/18409080/El cuidado](https://www.academia.edu/18409080/El_cuidado).
 33. Trujillo-Trujillo D. El cuidado de sí según Paul Ricoeur y la Psicoterapia fenomenológica. <https://doi.org/10.2307/J.CTT22NMD24.46>.

De la soledad a la solitud, un proyecto de vida. I

From loneliness to solitude, a life project. I

Alicia Ponte Sucre^{1a*}, Irene Pérez Schael^{2b}, María Soledad Tapia^{3c}

A nuestro Horacio Vanegas, querido esposo de Alicia Ponte-Sucre. Hasta el final supo ser maestro de maestros al inspirarnos a escribir estos capítulos que nos han permitido ahondar en este tema tan importante.

Gracias, querido Horacio

RESUMEN

Este trabajo aborda la definición y el significado de la soledad y la solitud, así como su contrapeso: como proyecto de vida. Plantea los miedos que la soledad despierta y la importancia de desarrollar estrategias para comprenderla y contener sus consecuencias. Menciona cómo este evento psicológico se considera hoy en día la patología del siglo XXI y lo enmarca en el reto vejez-soledad/vejez-solitud. La soledad en la vejez constituye un tema filosófico, ético y práctico, común a todos; la solitud es la herramienta que debemos practicar cada día para llegar a esa vejez plenos y contentos. Ejercer la solitud, significa lograr un balance entre el tiempo a solas y el tiempo compartido, que especialmente a quienes transitan la tercera edad, les permitirá preservar su lugar en la jerarquía social, minimizar el sesgo y el estigma, y conservar y defender sus límites disfrutando esa etapa de la vida; para ello es imprescindible conocer la interrelación entre ética, cuidado y justicia, y su conformación en la Ética del Cuidado. Este mundo globalizado requiere impostergablemente del (re)

descubrimiento de la grandeza de cuidar, como donación, amor, gratuidad y devolución, mas no sacrificio; esta última desvaloriza las capacidades de autogestión y de vida autónoma de cada quien, generando dependencia y limitando las redes afectivas.

Palabras clave: derechos del cuidador, ética del cuidado, justicia, vejez, patología del siglo XXI, soledad y solitud

SUMMARY

This work defines loneliness and its counterweight, solitude, as a life project. It raises the fears loneliness arouses and the importance of developing strategies to understand it. Mentions how this psychological event is considered today the pathology of the 21st century and frames it in the challenge of old age-loneliness/old age-solitude. Loneliness in old age is a philosophical, ethical, and practical issue common to all; solitude is a daily practice to reach old age full and happy. Exercising solitude means balancing time alone and

ORCID:

¹ [0000-0001-8135-0763](https://orcid.org/0000-0001-8135-0763)

² [0009-0008-6301-6989](https://orcid.org/0009-0008-6301-6989)

³ [0000-0002-3155-9355](https://orcid.org/0000-0002-3155-9355)

***Autor de correspondencia:** Alicia Ponte Sucre.

Teléfono. 0412 2839902, E-mail: aiponte@gmail.com

**Este texto es la recopilación de 3 artículos publicados en MiradorSalud durante el año 2024.*

Recibido: 31 de julio 2026

Aceptado: 09 de septiembre 2026

- Lic. en Educación. MSc. Biofísica y Fisiología. Doctorado en Farmacología Prof. Titular de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela. Academia de Ciencias Físicas Matemáticas y Naturales, Caracas -Venezuela
- Lic. en Química, Maestría en Ciencias de los Alimentos. Instituto de Biomedicina, Universidad Central de Venezuela, Portal Digital MiradorSalud. Caracas - Venezuela
- Lic. en Biología. Doctorado en Ciencias. Instituto de Tecnología de Alimentos, Facultad de Ciencias. Universidad Central de Venezuela. Academia de Ciencias Físicas Matemáticas y Naturales, Caracas - Venezuela

time shared, which, especially for those in old age, helps them maintain their place in the social hierarchy, minimize bias and stigma, and preserve and defend their limits while enjoying that stage of life. It is essential to understand the interrelationship between ethics, care, and justice, as well as their Gestalt: the Ethics of Care. This globalized world urgently requires the (re)discovery of the greatness of caring, as donation, love, gratuity, and return, but not sacrifice. The latter devalues each person's self-management and autonomous support capabilities, generating dependence and limiting affective networks.

Keywords: *caregiver rights, ethics of care, justice, loneliness and solitude, old age, 21st century pathology*

INTRODUCCIÓN

Soledad, del latín *solus* (solo) + -dad (cualidad), equivale a la capacidad de estar sin nadie. ¿Cómo puede ser una capacidad si la soledad es un “estar”? La soledad —estado— y la soledad —emoción— son diferentes. Estar solo (forma verbal) es el hecho de estar sin compañía. Sentirse solo implica la sensación emocional de no estar conectado, identificado ni relacionado con nada ni con nadie. La soledad es una condición de la “soledad” y no de la persona. El existencialismo interpreta la soledad como la esencia del ser humano (1). La persona nace con ella y la lleva a lo largo de su vida de forma autónoma e independiente. Muchos filósofos afirman que hay que aceptar la soledad y ubicarla en la vida de cada quien; la soledad es inherente a la condición humana.

a. Soledad, significado íntimo

Quienes sufren de soledad carecen de una persona cariñosa de quien depender, de alguien que los atienda y de oportunidades para expresar sentimientos íntimos a otra persona o a un grupo, entre otros ejemplos. Puede ocurrir que a pesar de contar con todo esto, la persona se sienta sola.

El estado de soledad (*loneliness*) implica sentirse solo; es diferente de ser solitario (*lonely*) y de ese estado en el que la soledad es sinónimo de ser libre y de no depender de nadie (*alone*).

Es más, la soledad forma parte de la creatividad individual y da significado a la vida. La forma en que nos involucramos unos con otros desde esa soledad creativa, como seres sociales, permite que la creación sea reconocida. En ese contexto, estar en soledad se asocia con estar aislado de ese proceso de “socialización” para crear (1).

En música, se denomina soledad a una tonada andaluza, caracterizada por un marcado acento melancólico, similar al de la copla que la acompaña y a la danza que se baila con ella (2). Por otra parte, la soledad no solo compete a los humanos, sino también a lugares deshabitados que, al ser despoblados y desolados, eventualmente se denominan “solos” o “solitarios”.

La soledad se asocia con situaciones que desembocan en una sensación de abandono —voluntaria o involuntaria— por parte de los seres queridos. Una experiencia personal y subjetiva de cada persona que ocurre al estar en compañía de otros —o no—; paradójicamente, podemos no sentirnos solos a pesar de no tener la compañía de nadie.

b. Soledad, somos seres sociales

Social y culturalmente, somos seres sociales (3); necesitamos de los demás humanos para construirnos a nosotros mismos, cubrir nuestras necesidades de afecto y de desarrollo personal, y confirmar nuestra autoestima, aquella que se desarrolla día a día a través de la interacción con quienes nos rodean. Como niños, podemos jugar sin compañía, comer solos... Con nuestro crecimiento y los procesos de socialización, inicialmente en la familia y luego en la escuela, parques y otros ambientes, aprendemos a estar acompañados y hacemos lo imposible por conservar esa compañía; nuestro desarrollo se acompaña de la restricción del tiempo que pasamos a solas, debido a la socialización como proceso de aprendizaje social.

Pero ser solitario no implica estar solo. Pasar tiempo contigo mismo es un disfrute que eliges; aprecias ese valioso momento para estar contigo y reflexionar sobre cómo te encuentras y cómo te sientes. Frente al espejo, estamos cada uno con

cada uno en nuestras decisiones —las diarias y las trascendentales— y en cada avatar de la vida.

Hay etapas en las que nuestra supervivencia depende de otros, p.ej., el comienzo y el final de nuestras vidas. El crecimiento va acompañado del esfuerzo de crear lazos para protegernos a futuro en la última etapa de nuestras vidas; esto sugiere que escogemos estar “atados” a otras personas. El miedo a la soledad puede derivarse —parcialmente— de nuestra conveniencia de seguridad para evitar, en el futuro, estar con alguien que no nos complementa en caso de necesidad, y los temores a estar solos pueden asociarse a la melancolía por no tener quien perciba nuestra historia en la búsqueda de testigos de nuestro paso por la vida (4).

c. Soledad, un problema psicológico, condicionantes

La soledad repercute en el funcionamiento psicológico de las personas. Hasta un 30 % de la población mundial experimenta con frecuencia sentimientos intensos relacionados con la soledad (5), y un 80 % entre quienes contactan con los sistemas de salud mental, lo que evidencia una “epidemia” que predispone a una muerte prematura y nos habla de un problema de salud pública en el que la soledad es un factor fundamental en el funcionamiento psicológico inadecuado de las personas. Incluso se ha vinculado de manera contundente a patologías mentales, como la depresión.

La soledad ha crecido en las sociedades paralelamente a la modernización, debido a factores como la migración, el tamaño de los hogares y el aumento del consumismo, lo que sugiere una estrecha relación entre la soledad y la calidad del capital social.

Un ejemplo claro lo tenemos en el periodo de la pandemia por SARS-CoV-2, cuando la escasez de contactos sociales, o “soledad obligada”, afectó la salud mental de muchos; ésta es contraria a la “soledad escogida” (6). Haber vivido solos durante la pandemia del coronavirus ha obligado a repensar el mito de la “soledad escogida”; este tema y sus efectos negativos se han discutido en

profundidad en MiradorSalud (7). El sitio web MiradorSalud está conformado por un equipo de investigadores, profesionales de la salud y de ramas afines y de la comunicación, comprometidos con la promoción de una salud responsable, y cuenta con un equipo de colaboradores que, con ética, sentido crítico y responsabilidad, aborda temas fundamentales como Salud y Vida, Vacunas, Salud Pública y Salud Mental.

Otro ejemplo son las poblaciones de adultos mayores y especialmente aquellas que viven en suburbios aislados, incluso en naciones desarrolladas. Las personas mayores que habitan áreas suburbanas son particularmente vulnerables a la soledad, pues, a medida que disminuye su autonomía para transitar libremente, se quedan “varadas” y pierden capital social; por ello, la soledad en una persona mayor puede tener un impacto muy grave. Debido al aumento a nivel mundial de la proporción de personas de la tercera edad (8), es fundamental encontrar estrategias para mitigar la soledad y desarrollar herramientas que ofrezcan una mejor calidad de vida a esta población (9). Finalmente, se ha determinado que, independientemente de la edad, existe entre 1,39 y 2,43 veces más probabilidad de padecer desórdenes psicológicos en las personas que viven solas (10).

El concepto de soledad fue reconocido y definido, y comenzó a ser estudiado en los años 50 del siglo XX (11,12). Es un sentimiento que suele afectar el ámbito emocional o psicológico y se traduce en tristezas que pueden perjudicar la salud física. Se correlaciona con niveles sistémicos elevados de cortisol, fragilidad del sistema inmune o dolor físico, como ha descrito Naomi Eisenberger (Universidad de California, EE.UU.), quien concluye que “tener sentimientos de soledad activa regiones cerebrales que también se activan cuando sentimos dolor” (13).

Sin embargo, la soledad ha sido sistemáticamente descalificada como una condición que requiere atención y la búsqueda de soluciones, porque es difícil admitir que puede ser la raíz de otros males y resulta retador reconocerse como persona sola (14). El potencial “estigma” impuesto por la sociedad puede desempeñar un papel importante

al tildar a la persona de “inadecuada” para superar la sensación de aislamiento. Un sentimiento de “no pertenencia”, en el que la depresión y la “culpa” juegan un papel notable, sólo desemboca en un círculo cada vez más vicioso que podría traducirse en situaciones más complejas, p. ej., suicidio o graves problemas médicos, como enfermedades cardiovasculares o cáncer. De hecho, en años recientes la soledad ha sido considerada un problema clínico que requiere una terapia específica.

Vivek Murthy (14), cirujano general de EE.UU., afirmó en 2023 que los estadounidenses se sienten mucho más solos de lo esperado, lo que representa una amenaza para su bienestar físico y emocional, así como un problema de salud pública. Murthy asevera que “el impacto en la mortalidad de estar socialmente desconectados es similar al de fumar muchos cigarrillos al día” y comenta que, entre 2003 y 2020 (17 años), el promedio de aislamiento social entre los ciudadanos ascendió a más de una hora al año (14).

Para América Latina, en una encuesta de la Multinacional de Investigación de Mercados y Consultoría con sede en París, Francia (fundada como Institut de Publique Sondage d’Opinion Secteur en 1975) que fue realizada en 2020, para la cual se eligieron al azar cinco países latinoamericanos y se entrevistó a más de 15.000 personas, reveló que en Brasil un 36 % de los encuestados dice sentirse solo, en Perú un 32 %, en Chile un 30 %, y en México y Argentina un 25 % (15).

d. Soledad, una epidemia, tecnologías de información

Esta epidemia moderna nos lleva a sentir miedo y tomar decisiones inadecuadas. El miedo a la soledad de un adulto equivale al miedo al abandono de un niño. Ese miedo interfiere en nuestro día a día y altera nuestra libertad en la toma de decisiones y en el disfrute del placer; distorsiona el conocimiento que tenemos de nosotros mismos y genera un malestar constante asociado a pensamientos que pueden catalogarse como irracionales.

Aunque se afirma que la pandemia de la COVID-19 pudo haber tenido un enorme impacto en el sentimiento de soledad, Sheila Liming, profesora del Champlain College (Vermont), menciona su vinculación con el desarrollo tecnológico (16). Su experiencia le permite afirmar que su premisa es compleja. Detrás del sentimiento de soledad asociado a no poder “compartir tiempo juntos” hay múltiples elementos que contribuyen a ello, pero dos son fundamentales: las tecnologías de la información y la comunicación y la familia.

Según algunos estudios, quienes hacen mayor uso de las redes sociales o de herramientas de comunicación, como Zoom (17), son quienes presentan una sensación más profunda de aislamiento social, soledad y fatiga. El contacto físico es la mejor forma de establecer una unión real con el otro y la más eficiente para el proceso de enseñanza-aprendizaje.

Sin embargo, las personas solas —de cualquier grupo etario— que usan Internet para mantenerse en contacto con sus seres queridos (especialmente las personas mayores) reportan menos soledad, mientras que quienes buscan hacer “nuevos” amigos en línea se vuelven más solitarios.

El papel de las redes sociales en el empoderamiento de las personas es un tema de amplio debate y controversia que no es objeto de análisis en este trabajo.

e. Soledad, las familias, sentido de pertenencia

El papel de las familias también es complejo. Pueden ser un nicho que aporta estructuras de apoyo y protección y cuando funcionan de esa manera, se les considera algo bueno. Pero pueden crear una atmósfera agobiante de la cual es difícil escapar, que no permite (consciente o inconscientemente) establecer nuevos contactos y que impide crecer. Alejarse de ella en esta circunstancia, dejar la estructura, puede propiciar la sensación de estar solo.

Una consecuencia de la sensación de soledad en entornos familiares que podemos considerar

poco idóneos es el surgimiento de relaciones de “dependencia emocional o afectiva”. En ellas, un individuo aprende a soportar situaciones de abuso o maltrato a fin de contrarrestar su soledad y satisfacer su necesidad de sentirse acompañado. Estas relaciones, marcadas por un desequilibrio importante entre quienes participan en ellas, generan graves repercusiones para la persona en situación de minusvalía, con las usuales dinámicas de ruptura y conciliación y la consecuente aparición de un ciclo altamente nocivo.

Scalise, Ginter y Gerstein han identificado cuatro factores vinculados al sentimiento de soledad: (a) agotamiento o descenso de la energía y del rendimiento, asociados a la falta de sentido vital; (b) aislamiento o experiencia de segregación social; (c) inquietud o frustración, displacer y tensión, asociados a la soledad; y (d) abatimiento o sensación de desaliento, ligada a la depresión (19).

El sentimiento de soledad puede persistir a pesar de contar con una amplia red de apoyo social. Si esto ocurre, evidencia la carencia de vínculos seguros y cercanos o la presencia de sentimientos de abandono, desarraigo o vacío interno. Lo que está claro es que la necesidad humana de pertenencia y de reconocimiento por parte de la sociedad influye fuertemente en el deseo de generar y mantener relaciones interpersonales significativas. Por ello, usualmente las decisiones que tomamos y las acciones que ejecutamos son el resultado de intentar evitar el aislamiento respecto de un grupo emocionalmente relevante. A esta necesidad de pertenencia se suman factores sociodemográficos que influyen en el sentimiento de soledad, como se describe en el Cuadro 1 (19).

Finalmente, las vivencias de cada quien cobran importancia, especialmente los vínculos con las principales figuras de apego: padres, amigos, familiares. La disponibilidad y la sensibilidad de estas personas, así como los patrones de apego o de vinculación emocional iniciales con ellas, son primordiales para las expectativas respecto de relaciones futuras, tanto en las positivas como en las experiencias de exclusión social, rechazo y abandono.

f. Soledad a Solitud, un trayecto a transitar

En definitiva, la soledad emocional, o condición de soledad, es un problema presente en la sociedad actual. Su desarrollo depende de factores socioculturales y de vivencias y experiencias vinculadas a la persona. El miedo a la soledad se considera uno de los mayores temores que puede experimentar una persona. Pero en realidad, nunca estamos solos (20). Estamos con nosotros mismos, con nuestra biografía, con nuestra vida y con nuestro bagaje. De hecho, temer a la soledad puede, en ocasiones, reflejar el temor a conectar con la parte más íntima de nosotros: nuestras luces y nuestras sombras. Quizás sea el primer miedo que debemos vencer. La experiencia de tranquilidad que otorga sentirse con capacidad de disfrutar de nuestra soledad creativa con recursos cognitivos, físicos y existenciales propios nos lleva a la solitud, esa agradable sensación de estar a gusto con mi YO al hacer una conexión íntima conmigo y reforzar mi autonomía, y a trascender del sentimiento negativo al positivo (21).

1. Soledad en la vejez - Ejercer la Solitud

La interacción entre la vejez y la soledad es un tema filosófico, ético y práctico, común a todos los humanos, mientras que la solitud es la práctica a realizar cada día para llegar plenos a la vejez.

Aunque la soledad es una compañera en cualquier etapa de la vida, incide especialmente en la tercera edad, si bien sus causas pueden ser diversas. No vamos a ahondar en ellas; nuestro interés es dar ese salto cuántico de la soledad a la solitud.

Conforme transitamos nuestra vida y miramos hacia atrás, reconocemos cosas que podríamos haber hecho de manera diferente con el conocimiento adquirido. No podemos, empero, desechar la idea de las circunstancias colaterales (salud física y psicológica) que pueden entorpecer ese tránsito hacia la plenitud en la tercera edad. Cada caso es único; el riesgo de sufrir soledad en la vejez es individual. Es potestad de cada uno

Cuadro 1. Factores sociodemográficos que influyen en la sensación de soledad (19)	
La soledad se ha vinculado especialmente con personas de avanzada edad	Esto se debe a la mayor prevalencia del fallecimiento de personas cercanas, a la presencia de afecciones físicas que limitan la socialización, y a la poca atención que reciben de familiares y seres queridos
Los adolescentes constituyen una de las poblaciones con mayores tasas de sensación de soledad	El sentimiento de pertenencia cobra especial relevancia en estas edades, y si por alguna causa el adolescente siente que no encaja en sus grupos sociales y afectivos más cercanos, puede sentirse solo y aislarse
Actualmente, es mayor el número de mujeres que viven en soledad	Debido a su mayor longevidad -en general-, están expuestas a una mayor frecuencia de pérdidas personales que pueden generar un sentimiento de aislamiento
Las dificultades económicas se vinculan con el empobrecimiento social	Un adecuado nivel económico permite mayor acceso a actividades de ocio y a la socialización
La presencia de una red social significativa en la vida de una persona es un elemento esencial para evitar la sensación de soledad	Esta red social va a venir determinada por la cantidad y la calidad de contactos que la compongan, siendo de mayor importancia la calidad de las relaciones que la cantidad

prepararse para transitar hacia un convencimiento objetivo de que podemos disfrutar de esa etapa de la vida, incluso estando solos. La vida puede ser larga, dinámica, agradable y feliz.

a. La vejez, el envejecimiento, definición, entorno

¿Y cómo definir el envejecimiento y la vejez? ¿Hay diferencias entre ellos? El envejecimiento es un proceso fisiológico gradual y adaptativo (11). Los cambios son inherentes a la edad y al desgaste acumulado, acordes con los retos de la vida que el organismo enfrenta a lo largo de nuestra historia. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (11) es el “Proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios en las características de las especies durante todo el ciclo de la vida; esos cambios producen una limitación de la adaptabilidad del organismo en relación con el medio”. Nunca olvidemos que “El envejecimiento comienza al nacer y termina en la vejez, por ello es responsabilidad de cada quien tener hábitos saludables que garanticen un envejecimiento digno” (11).

La vejez inicia cuando la sociedad la define y difiere de un país a otro, según sus costumbres. Es una construcción social, individual y colectiva. Es un proceso irreversible, una experiencia única, individual y universal; involucra todas las dimensiones del ser humano; la experiencia adquirida se convierte en la principal estrategia para afrontar los cambios.

Un ejemplo claro es el aumento de la esperanza de vida: a principios del siglo XX, una persona de 50-60 años se consideraba vieja; en el siglo XXI, somos viejos a los 100 años. Este aumento debe verse como un paradigma de oportunidad para las personas mayores y sus familias, así como para las sociedades (22). Los años adicionales de vida ganados representan un potencial incremento de la actividad de las personas mayores, siempre que conserven su salud, aunque el envejecimiento suele estar asociado a transiciones vitales (jubilación, mudanza de vivienda y fallecimiento de amigos o de parejas). Aunque la genética puede ser crucial, el medio ambiente físico y social (vivienda, vecindario y comunidad), las características personales (sexo, etnia o nivel socioeconómico),

el entorno vivido en la niñez (o en la fase embrionaria), las enfermedades padecidas, el sufrimiento acumulado a lo largo de la vida y los factores de riesgo modificables (estilos de vida, dietas y uso de alcohol o tabaco) también influyen en el envejecimiento. En fin, la relación variable entre genoma y ambiente, llamada epigenética, a la que la persona ha sido sometida a lo largo de su vida, perturba indiscutiblemente el envejecimiento a largo plazo (23).

Otro ejemplo: las mujeres viven más que los hombres, su morbilidad es mayor y su acceso a la atención de salud es menor; por ello, las necesidades de salud de las mujeres mayores tendrán cada vez más importancia en las próximas décadas (24).

Todo ello nos dice que es fundamental definir la edad efectiva de una persona teniendo en cuenta cuatro tipos generales: (a) edad cronológica: número de años transcurridos desde el nacimiento de la persona; (b) edad biológica: determinada por el grado de deterioro de los órganos; (c) edad psicológica: representa el funcionamiento del individuo en cuanto a su competencia conductual y de adaptación; (d) edad social: establece el papel individual desempeñado en la sociedad en la que el individuo se desenvuelve.

En 2018, por primera vez en la historia de la humanidad, se determinó que había más adultos mayores que niños en el mundo, con una de cada 11 personas mayores de 65 años (25). Este grupo ha crecido en la pirámide de población por diversas razones, entre las que debemos mencionar la menor tasa de natalidad y de mortalidad, así como una mejor calidad de vida. Esta distribución hacia edades más avanzadas empezó en los países de ingresos altos, pero los cambios más importantes se están produciendo en los países de ingresos bajos y medianos, lo que plantea retos inéditos para las políticas públicas y las individuales.

El panorama de la vejez puede ser desolador: invalidez, dependencia y pérdida de capacidades y mucha soledad. Otros organizan sus vidas (en lo económico, en la salud o en la seguridad social). Cada cultura intenta encontrar su significado, asumiendo como ciertas concepciones

provenientes del imaginario social, lo que con frecuencia promueve interpretaciones erróneas e infunde temor al envejecimiento. Surgen mitos y estereotipos negativos sobre lo que implica este proceso normal, que forma parte del ciclo vital, como la incertidumbre.

Sin embargo, nadie se muere de viejo; las pérdidas en nuestra reserva orgánica determinan una mayor susceptibilidad a enfermarse, y su aparición, intensidad y cadencia —todas muy heterogéneas— están sometidas a una enorme variabilidad individual, sin menoscabo del condicionamiento ejercido por el tipo de vida previo y por las secuelas de patologías anteriores. Por ello, es importante vivir de forma saludable durante las primeras 5 décadas de la vida para llegar con comodidad a la vejez: se muere como se vive. Como dice el maestro Bengoa (26), “Es la grandeza y el drama del ser humano la única especie animal que sobrevive muchos años después de haber cumplido la etapa reproductiva. El ser humano, además de reproducirse, necesita transmitir a las generaciones jóvenes su experiencia y su mensaje de esperanza”. Y continúa... “Por eso es importante conservar la palabra, signo vital de nuestra condición humana”.

La Asamblea General de las Naciones Unidas declaró el periodo 2021-2030 como la Década del Envejecimiento Saludable y pidió a la OMS que liderara su puesta en práctica (27). Este proyecto de colaboración a escala mundial pretende aunar esfuerzos de gobiernos, sociedad civil, organismos internacionales, profesionales, el mundo académico, medios de comunicación y el sector privado, en pro de una acción concertada, catalizadora y colaborativa, orientada a promover vidas largas y saludables.

La Década se fundamenta en la Estrategia y Plan de Acción Mundial de la OMS sobre el Envejecimiento y en el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (28, 29), en apoyo del cumplimiento de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas. Su objetivo es reducir las inequidades en materia de salud y mejorar la vida de las personas mayores, sus familias y sus comunidades actuando

en cuatro frentes: (a) cambiar nuestra forma de pensar; (b) sentir y actuar en relación con la edad y el edadismo; (c) desarrollar comunidades que fomenten las capacidades de las personas mayores; (d) prestar servicios de atención integrada y atención primaria de salud centrados en la persona, acorde a las necesidades de los mayores y accesibles a ellos.

b. La vejez, teorías y conceptos

Se han propuesto teorías y conceptos sobre cómo vivir el envejecimiento hasta la vejez (28): teorías biológicas, psicológicas y sociales, y la teoría de la actividad. Las mismas pueden revisarse detalladamente en el artículo “Análisis del concepto de envejecimiento”, bellamente planteado por Alejandra María Alvarado García y Ángela María Salazar Maya (23). La hermosura de reconocer el aporte de cada teoría durante el proceso de envejecimiento radica en que integra cambios de orden biológico, epigenético, psicológico y social por los que atraviesa cualquier persona al comenzar a envejecer y que se perpetúan hasta el final de la vida. Por otra parte, la alteración de la regulación epigenética de la expresión génica, o cambios epigenéticos (30), se considera una marca molecular del envejecimiento. De hecho, existen múltiples aproximaciones para estimar la edad biológica a partir de marcadores epigenéticos, principalmente de la metilación del ADN.

c. La vejez, estar preparados, tránsito a la soledad

Y la pregunta obligada, entonces, es: ¿Qué tan preparados estamos como sociedad para asumir el envejecimiento con respeto, con orgullo y, ante todo, con buena salud (31)?

En el mundo occidental tendemos a ver el envejecimiento lleno de mitos, obsoleto y casi nostálgico (23); indeseable, con estereotipos internalizados en la juventud y reforzados por décadas de actitudes sociales que, en el inconsciente, actúan como profecías que se autorrealizan. En la cultura oriental, al preguntar la edad a una persona mayor, se hace una

reverencia y se le dice: «¿Cuál es su gloriosa edad? “El adjetivo de gloriosa va acorde con su filosofía: si eres mayor, mereces la gloria por ser una persona capaz de enseñar”.

El envejecimiento debe ser un proyecto de vida en el que la persona se compromete a vivir bien y a disfrutar plenamente. El envejecimiento es único: cada persona decide cómo desea vivirlo, ya sea desde la perspectiva de la enfermedad o de la salud, y está impactada por el contexto en el que esté inmersa. Es un compromiso de cada quien. Y es que la vejez expresa una “forma particular de vivir y de ser en el tiempo” (32).

Así, se han propuesto modelos de envejecimiento, como se ilustra en el Cuadro 2, que buscan ofrecer una mirada positiva del hecho (23) desde diversos enfoques.

Comprender el fenómeno de la vejez desde su perspectiva multifactorial —incluso filosófica— es imperioso. Desde los tiempos de Cicerón, se tiende a enaltecer la vejez y a considerarla el momento vital en el que se manifiestan virtudes como la sabiduría, el control de las pasiones y la templanza, entre otras. En contraposición, existe una tradición crítica que la vislumbra asociada a la pérdida de fuerzas, la aparición de enfermedades, el decaimiento intelectual e incluso moral, dado el carácter desconfiado, pesimista y tacaño de los mayores, como menciona Aristóteles. Sin embargo, ¿a qué se debe que la vejez, como concepto y fenómeno, no haya cobrado un mayor protagonismo en la historia de la humanidad, a pesar de que, si bien ocurre en animales no humanos, para nosotros tiene un impacto agobiante precisamente a causa de nuestra conciencia temporal y espacial?

En el medievo, una vida prolongada se consideraba una bendición de Dios. La secularización de la cultura y el avance de la medicina han permitido evidenciar el aumento de la esperanza de vida. Ese triunfo es resultado del logro de mejores condiciones de atención materna e infantil y de las condiciones generales de vida, que han permitido aumentar la esperanza de vida al nacer. No es un problema de magnitudes

Cuadro 2. Modelos de Envejecimiento (23)	
<i>Envejecimiento exitoso</i>	Propuesto por Rowe (1987), hace referencia a la capacidad de mantenerse con un bajo riesgo de enfermar, con un alto nivel de actividad física y mental, y comprometido con la vida mediante el mantenimiento de relaciones interpersonales y la participación en actividades significativas (33).
<i>Envejecimiento saludable</i>	Propuesto por la OMS (1998), definido como la etapa que comienza antes de los 60 años y que puede lograrse mediante el desarrollo, desde edades tempranas, de hábitos y estilos de vida saludables para prevenir de manera temprana enfermedades y discapacidades (34).
<i>Envejecimiento activo</i>	Propuesto por la OMS (2002), definido como el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad, a fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen, mediante la participación continua en ámbitos sociales, económicos, culturales, espirituales y cívicos (35).

desproporcionadas. Es necesario tener una visión holística del envejecimiento, con políticas de salud pública orientadas a la atención integral de esta población, a fin de crear una sociedad autosostenible que garantice años de vida de calidad para el adulto mayor (36).

Según Martin Heidegger, somos “seres ontológicamente atravesados por el tiempo”, abiertos comprensivamente al mundo y a nosotros mismos, anclados y prisioneros del tiempo, lo que se evidencia de forma paradigmática con el envejecimiento de nuestro cuerpo: silencioso y sano durante la juventud y estruendoso y doliente en la vejez.

El joven no necesita una narrativa que le asegure o ratifique su bienestar o salud; tiene certeza interna de ello y vive inmerso en un mundo y en sus posibilidades. El joven vive entregado al mundo. Vive en el tiempo, pero, a diferencia de quien envejece, el tiempo no lo encarcela. Aristóteles decía que quien envejece vive más en el recuerdo que en la esperanza.

En un mundo altamente tecnificado, consumista y desvinculado de grandes relatos metafísicos, los viejos y ancianos parecen haber perdido su autoridad normativa, debido a una cultura que

valora más la juventud y el fitness y considera inútil la vejez. En culturas ancestrales, como las latinoamericanas, los mayores constituyen el sostén cultural de las tradiciones y los saberes de la comunidad. Por ello, resulta contraintuitivo declararnos “contra la vejez”; implicaría ir en contra de nosotros mismos. Es una paradoja reconocer en cada uno la semilla inevitable, resguardada por la vejez, de la valoración que esta etapa de la vida tiene y conserva.

Los humanos somos criaturas sociales y obtenemos beneficio al interactuar con otros. De hecho, ser seres sociables trae grandes beneficios (salud emocional, estímulos para nuestro cerebro al proponerle retos y obligarlo a mantenerse activo, reducción del estrés, mejora de la salud cardiovascular); pero esto puede llevar a que tendamos a ignorar la importancia de pasar tiempo a solas (37) y que haya alternancia entre ambas conductas. La soledad/solitud nos permite conocernos a nosotros mismos; la socialización es necesaria para una vida saludable; ambas son positivas. Estar a solas contigo mismo y darte espacio y tiempo, sin estructuras que impidan que la mente vague sin distracciones sociales, es algo que, como seres humanos, anhelamos y debemos aprender a aprovechar a lo largo de nuestra experiencia de vida.

La “soledad” es la sensación de estar solo y de necesitar compañía; la “solitud” es el deseo natural de estar a solas, reflexionar o incluso no hacer nada, pero con la mente enfocada, sin pensamientos distractores. Una buena integración entre ellas es ideal y debe practicarse.

Esto indica que el estudio del riesgo de situaciones de soledad en la vejez requiere una mejor comprensión del proceso y los condicionantes implicados: ¿cómo elaboran los sujetos el discurso o narrativa en torno a la soledad?, ¿incide esta narrativa en la construcción del riesgo en la vejez?, ¿es la soledad siempre una condición negativa desde la percepción de las personas?, ¿están involucradas las representaciones sobre un envejecimiento y vejez positivos en la construcción de este fenómeno como un factor de riesgo que proteja de un envejecimiento y una vejez negativa?, ¿cómo participan los imaginarios y expectativas sociales respecto de nuestra protección social? Sea cual sea el hecho desencadenante de la soledad, ciertamente es el principal problema que pueden experimentar las personas mayores, lo que les provoca inseguridad e indefensión e incluso depresión.

Aprender a disfrutar del tiempo a solas permite a las personas valorar la solitud, no ignorar sus propios anhelos y, a la vez, ser más solidarias con los demás, ya que, al reconocerse a sí mismas, encuentran con mayor facilidad personas que comparten sus pasiones e incluso mejoran su capacidad de empatía. Aprender desde jóvenes y, a medida que envejecemos, pasar tiempo con pensamientos asertivos, sin distracciones sociales, suele ser restaurador: fortalece la confianza y permite entender y establecer los límites con mayor facilidad. Una publicación del New York Times es sumamente ilustrativa en ese sentido. Los invitamos a leerla cuidadosamente (37). La conclusión es que, al ejercer la solitud, cada individuo obtendrá un balance ideal diferente entre el tiempo a solas y el tiempo con otras personas.

A quienes transitan la tercera edad les permitirá realzar el lugar que ocupan en la jerarquía social y minimizar el sesgo y el estigma hacia ellos, al aprender -ellos mismos- a conservar sus límites, especialmente en condiciones como las presentes

en América Latina, donde los recursos económicos disponibles distan mucho del ideal; esto, sumado al hecho de ser una población no activa -jubilados-, puede conducir de nuevo a la estigmatización. Los esfuerzos por combatir la discriminación por edad, a la que en 1969 Robert Butler denominó *ageism* (38), término traducido al castellano como «viejismo» (prejuicio o discriminación por edad), rinden frutos gracias a la creciente presencia de adultos mayores sanos y activos en muchas áreas de la sociedad. Un envejecimiento activo es cada vez más importante; el paso de los años es un proceso, no un suceso; por ello, es apropiado pensar en el envejecimiento de la manera más saludable posible y no solo en el sentido físico, sino también en el psicológico, afectivo y social. Recalcamos la importancia del papel crítico del envejecimiento activo —ser útil y productivo— hasta edades superiores a los 75 años, debido a que, con la disminución actual de la tasa de natalidad, se pierde el equilibrio entre personas productivas y no productivas, puesto que el volumen de la población remuneradora no es suficiente para lograr una prosperidad económica sustentable.

2. La ética del cuidado

Hemos estado discutiendo el tema de la soledad y su contrapeso, la solitud, en el marco de la vejez. Reflexionamos sobre cómo, con la edad, los sentimientos de soledad pueden acrecentarse, por lo que lograr un envejecimiento activo es fundamental, dado que el paso de los años es un proceso inevitable y, por lo tanto, conviene asociar el envejecimiento con la salud, no solo en el sentido físico, sino también en el psicológico, el afectivo y el social. En esta parte queremos explicar un complemento importante de ese crecer y envejecer en solitud: el concepto de *Ética del Cuidado*, herramienta clave para descubrir la *grandeza de cuidar y de cuidar esa sabiduría* que representan nuestros viejos.

a. La vejez, esperanza de vida y longevidad

La vejez, en la mayoría de las sociedades, está asociada a la decadencia (39), al ocaso o incluso

se intenta prevenirla. La consecuencia es que no nos esforzamos por desarrollar capacidades que nos permitan disfrutar de esa etapa de la vida. Al contrario, la asumimos como tabú, evitamos hablar de ella y de las experiencias asociadas a la soledad, la incapacidad, la vulnerabilidad y las pérdidas.

Pero es cierto que actualmente, una proporción mayor de personas llega a una mayor edad y, por lo tanto, convivimos con generaciones más antiguas y, contradictoriamente, como el tamaño de las familias ha disminuido, convivimos con una proporción menor de coetáneos. Sumado a esto, y debido a la velocidad de la vida actual, en muchas ocasiones se percibe al viejo como “amenaza” que atenta contra el bienestar de las generaciones más jóvenes, que pasa a ser una “carga social” y económica, que recibe asistencia igual al resto, en la medida en que no altere el bienestar de los más jóvenes.

b. La vejez, el ser, dependencia y ambiente

Ya planteamos que la vejez es una etapa vital de la vida y que su calidad es producto de factores que se interrelacionan y, además, de un valor que varía según el entorno en el que se ha vivido. Planteamos también que el concepto de viejo es una construcción social, propia de cada sociedad, que debería considerar cómo los individuos llegan a esa etapa de la vida y cómo la experimentan en los ámbitos psicofísico y social.

Los humanos somos frágiles y vulnerables, tanto al nacer como a lo largo de nuestra vida. Siempre estamos expuestos y requerimos atención y cuidado de quienes nos rodean. Somos indefensos hasta pasados varios años de haber nacido. Durante la vida, conformamos una amplísima red de personas que dependen unas de otras; a la mayoría de los miembros de esas redes nunca los conoceremos. i.e., las redes de producción de alimentos, vestimenta, vivienda, transporte, etc., y los sustentos educativos, de salud y de desarrollo humano, sin los cuales no podríamos configurar una sociedad. Una red interconectada en la que todos dependemos unos de otros. Las relaciones con los demás conforman

una escuela de crecimiento mutuo, puesto que somos gregarios, seres en constante interrelación. Al mismo tiempo, las relaciones sociales y con los demás son indispensables para una buena salud mental.

En este mundo interdependiente, es necesario distinguir entre mi realidad, definida por lo que soy, y la realidad externa, cónsona con la cultura, el país y el entorno. Esta distinción se logra al conocerse a uno mismo o al tomar conciencia de lo que ocurre en nuestro YO, o de lo equivalente al quinteto “cuerpo-cerebro-mente-emociones-sentimientos” (40). La dependencia influye en nuestro Ser, como en ese quinteto que funciona como un organismo holístico y se adapta al ser capaz de aprender y modificar su conducta a partir de la experiencia vivida. Es así como ha evolucionado la humanidad y, específicamente, el Individuo, con mayúscula, el Ser.

De acuerdo con Dussel, el mundo de cada quien está lleno de objetos, valores y quereres que se incorporan a cada quien y con los cuales creamos una intensa interrelación, los transformamos y los incorporamos a nuestro ser, “nuestro mundo”, y aprendemos a estar siempre con ese pensamiento allí (41). El entorno nos afecta; cada quien tiene su propio mundo exclusivo de objetos. Y cuando en ese mundo aparece “el rostro de los otros humanos”, este se interpreta como absolutamente distinto; cada quien es extranjero en el mundo del otro. Ese otro es un ser con su mundo propio, frágil igual que yo. Ese otro tiene ante sí mi rostro; y cada uno tiene responsabilidad por el otro; la responsabilidad es mutua; de allí la frase, el uno-para-el otro. El prójimo, próximo pero inalcanzable, nos compromete mutuamente, por su fragilidad, como es el caso de las personas de la tercera edad, vulnerables.

Hannah Arendt nos recuerda que nuestras sociedades son mayoritariamente consumistas e individualistas, por lo que existe el riesgo de que el prójimo pierda su identidad y se desvanezca (42). En el caso del adulto mayor, su humanidad podrá tender a disolverse y convertirse en un ser del cual se puede prescindir; su vida, la del viejo, podría terminar así, signada por carencias.

Enfatizamos que nuestra realidad es nuestra, distinta a la del otro, y para no tener esa dependencia inconsciente del ambiente y del otro, debemos enaltecer el YO, conocernos a nosotros mismos, y entrar en esa interrelación con el convencimiento de mi YO para no “domesticar” y no ser “domesticados”. Es por eso que “ser uno para el otro” implica que cada uno de nosotros debe salir de su fragilidad para encontrarse con la fragilidad y la vulnerabilidad del otro, dentro de esta interrelación que a la larga implica una fusión de intereses con el fin de ser felices, lograr que nuestras emociones más puras salgan a flote y se expresen en cualquier momento de nuestras vidas, viviendo a plenitud la juventud y la vejez, sin sentimientos fatídicos, desalientos, pesimismo, egoísmo, o sentimiento trágico de la vida.

c. Vejez, cuidado y ética del cuidado

¿Y que es el cuidado? El término proviene del verbo cuidar: *Poner diligencia, atención y solicitud en la ejecución de algo, o asistir, guardar, conservar*. Es una acción realizada con atención para conservar, mantener la vida, asegurando la satisfacción de necesidades indispensables para la misma (43).

Por su parte, la ética, el otro elemento de la acción, nos habla del conjunto de valores establecidos en un grupo social estructurado como una guía —muchas veces no escrita—, para actuar en el marco de MI hacia el prójimo, el otro, cada vez que nos sorprende su fragilidad y vulnerabilidad (44). La ética se relaciona con esos valores y la moral con creencias, costumbres y normas establecidas por cada sociedad.

La Ética del Cuidado es entonces el modo en que estructuramos nuestra respuesta ante la fragilidad y la vulnerabilidad del otro, así como ante su exigencia y requerimiento. Se fundamenta en internalizar que estamos inmersos en esa red de relaciones humanas y no humanas ya mencionada, en la que florece el reconocimiento individual de ser responsables de quienes nos rodean. La Ética del Cuidado tiene que ver con situaciones reales, necesidades ajenas, el deseo de evitar el daño,

circunstancia de ser responsable de otro, proteger, atender a alguien, no es desde un punto de vista de la moral, sino desde el vértice ético o de la ética.

Según Gilligan, la Ética del Cuidado trasciende la moralidad y la racionalidad (45). Trasciende la lógica patriarcal; es una voz en libertad que percibe cada detalle y necesidad del mundo en el que las personas actúan, e incluye la emocionalidad como elemento primordial. Resalta la importancia de comprender que el cuidado es una característica fundamental de nuestra condición de seres relacionales que valora la narrativa y la sensibilidad de cada contexto e integra el cuidado y la justicia para lograr el desarrollo adecuado de las personas (46).

Involucrar las emociones en torno a los conceptos de vulnerable o frágil no es sentir lástima del otro, es reconocer su dolor y actuar en consecuencia.

Anne Davis describe dos significados del término cuidar: *proporcionar cuidados y atender a la respuesta emocional del otro*, en nuestro contexto, ya sea anciano o no, saludable o no. La conjunción de ambas otorga gran valor a la relación que se establece, así como al afecto y a la atención de la persona cuidada, resaltando que el cuidado es un asunto cultural, social e incluso político; no existen individuos aislados ni completamente autónomos; somos seres relacionales (47).

La autonomía es la capacidad de realizar las principales actividades de la vida sin ayuda y de actuar sin la influencia del otro. Se construye a lo largo de la vida, gracias a quienes brindan cuidado en la etapa frágil de la niñez. La maternidad no es un hecho únicamente biológico; ser mamá es una función que también puede desempeñar otra persona en la práctica, no solo la madre biológica. Esa autonomía se desarrolla de acuerdo con nuestras facultades, actitudes y aptitudes, alcanza un clímax y, posteriormente, desciende a medida que avanzamos en la edad.

En esta era de la globalización, la práctica de la autonomía es cada vez más difícil, pero también más relevante, debido a lo que se denomina “el

encogimiento del mundo". Esto sugiere que hay una comprensión espacio-temporal, debido a que el rápido ritmo de la globalización ha hecho que el mundo se sienta más pequeño al estar más conectados que nunca con las personas del lado opuesto, que "las distancias se han reducido", aunque no es así, e implica la existencia de relaciones entre seres localmente distantes para interactuar cara a cara o *ausentes*, pero *presentes* emocionalmente a través de los medios de comunicación digitales o las tecnologías de la información. La globalización ayuda al desarrollo al compartir tecnología, pero también silencia las diferencias y las percepciones sobre el reto que enfrentamos, debido a las relaciones de poder y a los patrones de exclusión que existen en algunas sociedades. Efectos directos de esta realidad son la soledad, la apatía o la sensación de falta de sentido de la vida. En este contexto, los valores cívicos tradicionales, la justicia y la libertad cobran inmenso valor y enfatizan la madurez moral de la Ética del Cuidado, que implica una ciudadanía comprometida, responsable e interconectada (48). Por ello, la Ética del Cuidado entre los seres humanos constituye una red fundamental en la que debemos trabajar, cuyas fronteras se amplían cada vez más (49).

La Ética del Cuidado quiere recuperar la importancia de las emociones, la emotividad y los sentimientos, las relaciones y el interés por el otro sin desenfocar el YO. Cuidar la vida de todos implica ayudarnos mutuamente, ser solidarios, pedir y ofrecer perdón, y reconciliarnos.

Para Nel Noddings, la ética tiene sus raíces principalmente en los sentimientos. Esta autora sostiene que la integridad es una "virtud activa" que requiere de dos sentimientos: el *cuidar natural* que permite que actuemos en nombre de otras personas porque queremos hacerlo, un sentimiento innato en los seres humanos. El segundo es el *cuidar ético*, que se fundamenta en el *cuidar natural*, y aparece cuando hay un conflicto entre los deseos propios y el actuar de acuerdo al cuidado de los otros: actuar por *deseo* y por *deber*.

Para Noddings, las personas estamos rodeadas de círculos concéntricos de relaciones afectivas y sociales. El *círculo íntimo* es el que más influencia

tiene sobre las personas y está compuesto por seres que amamos (familia y amigos). En él, el *cuidar natural* se hace evidente, aunque en estos contextos a veces puede ser necesario el *cuidar ético*. Otro *círculo* (más externo) está constituido por personas a las que tenemos consideración y estima, pero con quienes no mantenemos una relación estrecha. Nuestra ayuda viene dada en función de cómo nos sentimos en ese momento, de aquello que la otra persona espera de nosotros y de qué tipo de relación tengamos con esta. Por último, existen tipos de relaciones que Noddings denomina *extraño próximo* (vecinos, compañeros de clase...) y *extraño remoto* (con el que nunca tendremos relación) y quienes no conocemos personalmente (50).

d. La vejez, empatía

¿Cómo conservar nuestra empatía hacia los demás? La ética del cuidado nos responde: saber cuidar, hacer transacciones ganar-ganar y saber conversar. Es decir, desarrollar competencias llamadas blandas, como la empatía, el cuidado de la palabra, el saber escuchar, agradecer y pedir perdón, las cuales son cualidades importantes de inculcar en la ciudadanía global, que actualmente se encuentra inmersa en grandes crisis económicas y políticas, de cambio climático, amén de la pandemia del coronavirus y otras dolencias mundiales. Por eso hablamos de construir una ciudadanía ecosocial para contrarrestar el postmodernismo y sus rasgos, como el individualismo, el desinterés por lo social, la ausencia de normas tradicionales, el cinismo, etc. Igual de importante es diferenciar el globalismo (ideología) de la globalización (proceso socioeconómico); el primero acaba con el Ser, la dignidad y la naturaleza propia (51).

Un ejemplo narrado recientemente en MiradorSalud, ejemplifica lo que queremos decir en el ámbito del otro extremo de la vida, en la niñez. En ese artículo, la Dra. Pérez Schael nos cuenta su maravillosa experiencia en Brasil durante su vivencia con la Pseudoartrosis Congénita de la Tibia en el Hospital "Hermandad de la Santa Casa de Misericordia de São Paulo" (52). Ella nos detalla indirectamente las virtudes necesarias para el cuidado y su ética, pero aplicadas a una

enfermedad muy problemática en la niñez. La experiencia conjuga la ternura y el cuidado de los padres, la presencia de la tía de la niña dando apoyo desde el punto de vista cognitivo, el ámbito del hospital donde se llevó a cabo la cirugía, lleno de generosidad, profesionalidad, ciencia y cuidado por parte de los médicos, del personal del hospital y la disposición de las autoridades del hospital que permitieron y fomentan la realización de esas jornadas filantrópicas que tanto bien hacen a muchos niños de la región.

e. Ética y Justicia

La justicia, por su parte, también está conectada con el cuidado, la solidaridad, la compasión y la

empatía. Y la simbiosis entre la Ética del Cuidado y la Ética de la Justicia se manifiesta en que, para transmitir el sentido de justicia de una generación a otra, son necesarios el amor y el cuidado en la infancia, cuyo desarrollo depende de la Ética del Cuidado (49).

En este marco se vinculan la Ética de la Justicia y la Ética del Cuidado, tradicionalmente separadas, y se insiste en las llamadas competencias blandas, no exclusivas del ámbito privado ni de la pareja, ya mencionadas. Por ello, cuando nos toque ejercer la Ética del Cuidado, adecuada para todos, pero especialmente para las personas vulnerables de la tercera edad, es necesario recordar y tener presentes/practicar las tareas que se listan en el Cuadro 3.

Cuadro 3. La ética del cuidado en mayores (23)

Obsequiar paz, tranquilidad, silencio, encuentro, amor, lo mejor que somos y tenemos, tiempo de calidad, algún objeto de su agrado, pequeños favores (paseos, gestiones), una mirada acogedora de respeto y comprensión.
Cuidar el lenguaje no verbal y observar el del mayor, practicar la escucha, no interrumpir.
Adaptarse al lenguaje del interlocutor, acoger en silencio los silencios. Comprender el sufrimiento ocasionado por el envejecimiento y la enfermedad, el dolor del otro.
Acompañar los duelos con especial solicitud. Infundir vida, ánimo. Empujar para que la vida siga. Transmitir que la vida espera. Acercarse con respeto a su historia personal (biografía, gustos). Acoger su mundo de valores: humanos, culturales, espirituales. Poner atención a los sentimientos, gestos, palabras. Olvidarse de uno mismo mientras se cuida: “el yo en la puerta”. Que el acompañante marque el ritmo de la relación.
Saber que esa es una persona única, irrepetible. Hacer a la persona capaz (empoderamiento). Ayudar lo justo, no anular. Aceptar las limitaciones con paciencia y cariño. Cuidar esmeradamente los cuidados relacionales, y los físicos. Respetar la intimidad en el arreglo personal, en la ayuda prestada. No dar consejos no pedidos.
No dejarse abatir por el dolor, mantener la presencia de ánimo. No generalizar. No personalizar. No comparar. No infantilizar con conductas y/o palabras. No contradecir ni polemizar . No dar falsas esperanzas. No dejar de hacer lo necesario: se caería en negligencia. No llevar preparado el encuentro, dejar que entre en su vida, su momento.
Prestar cuidados únicos cada vez. No cuidar a la fuerza, con desgana y rutina.
Descubrir la grandeza de cuidar. Entender que cuidar es donación, amor, gratuidad, devolución. Buscar formación e información para brindar cuidados de calidad. Dedicar tiempo a cuidarse y descansar. Dejar de cuidar antes de que sea tarde para ti. No dejarse abatir por la incompreensión de los demás. Que alguien lleve el timón de los cuidados para evitar el caos. Pedir ayuda cuando no se puede más o antes de que no se pueda.
Cambiar impresiones con otros y aprovechar estrategias válidas. Aprender, experimentar, evaluar, corregir y volver a empezar . No dar medicinas (corresponde a otros), ser medicina. No hacer terapia, ser terapia. El cuidador no es maestro; es discípulo de la persona cuidada y de su situación. Trabajar la motivación cada día, huir del hastío. Cuidar con humildad, no se sabe todo.

Al final, el proceso de cuidarnos entre nosotros y de cuidar al planeta nos llevaría a ser ciudadanos más participativos, que se involucran y pueden ser agentes de cambio, independientemente de la edad. Enseñanzas muy importantes para la ciudadanía global inmersa en grandes dolencias mundiales. Por eso hemos hablado de ciudadanía ecosocial.

Sin embargo, no hay que confundir el sacrificio con el cuidado. El sacrificio propicia el bienestar de muchos a expensas de una sola persona, y no un cuidado colectivo entre las personas participantes en una relación familiar, política, laboral, de amistad o sexual. Al asociar cuidado con sacrificio (y mantenerlo en el significado patriarcal impuesto), se desvalorizan las capacidades individuales y comunitarias de autogestión y de sostenimiento autónomo, lo que genera mayor dependencia en las organizaciones y limita las posibilidades de las redes afectivas expresadas en la ética del cuidado.

Parafraseando a Alicia Álamo, podemos decir que estas conquistas son posibles si cada edad asume su papel: en la ancianidad, el consejo de la experiencia y la profunda perseverancia en la oración (54); en la madurez, su temple y formación; en la juventud, su capacidad de heroísmo, tenacidad y coraje. Sabemos que, para poner en práctica estas tareas, es necesario reflexionar y cambiar cada una de ellas, por lo que les recomendamos la lectura del artículo de MiradorSalud: ¿Por qué es tan difícil cambiar? (55).

REFERENCIAS

1. Cataluña D. La soledad: la habilidad de estar sin nadie. Instituto Europeo de Psicología Positiva. 2024. Disponible en: <https://www.iepp.es/soledad/>
2. Ropero Núñez M. Cantos de soledades y cantes por soleares: análisis filológico. Philologia. 1989. Disponible en: https://institucional.us.es/revistas/philologia/4_2/art_1.pdf
3. Equipo editorial de La Mente es Maravillosa. Entendiendo la soledad. 2024. Disponible en: <https://lamenteesmaravillosa.com/entendiendo-la-soledad/>
4. Sánchez Pérez B. La metafísica de la soledad. Saludterapia. 2021. Disponible en: <https://www.saludterapia.com/articulos/a/3274-metafisica-de-la-soledad>
5. Equipo Editorial de Área Humana. Comprende a tu soledad y conviértela en tu aliada: 10 técnicas de educación emocional para gestionar tu soledad. Disponible en: <https://www.areahumana.es/la-soledad/>
6. Peláez R. Vivir solo en pandemia o cómo la crisis del coronavirus ha obligado a repensar el mito de la “soledad escogida”. El País. 2021. Disponible en: <https://elpais.com/smoda/belleza/vivir-solo-en-pandemia-o-como-la-crisis-del-coronavirus-desmonto-el-mito-de-la-soledad-escogida.html>
7. Pérez Schael I. Salud mental – Infodemia – Pandemia. Mirador Salud. 2020. Disponible en: <https://miradorsalud.com/salud-mental-infodemia-pandemia/>
8. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud. OMS. 2022. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
9. Cigna Healthcare. Cómo manejar la soledad: cinco maneras de dejar de sentirse solo. Disponible en: <https://www.cigna.com/es-us/knowledge-center/how-to-deal-with-loneliness>
10. Jacob L, Haro JM, Koyanagi A. Relationship between living alone and common mental disorders in the 1993, 2000 and 2007 National Psychiatric Morbidity Surveys. PLoS One. 2019;14(5):e0215182.
11. New World Encyclopedia. Sullivan, H. Disponible en: https://www.newworldencyclopedia.org/entry/Harry_Stack_Sullivan
12. Bryan BT, Thompson KN, Goldman-Mellor S, Moffitt TE, Odgers CL, So SLS. The socioeconomic consequences of loneliness: evidence from a nationally representative longitudinal study of young adults. Soc Sci Med. 2024;22:116697.
13. Lanser I, Eisenberger NI. Prosocial behavior reliably reduces loneliness: an investigation across two studies. Emotion. 2023;23(6):1781-1790.
14. Karnick PM. Feeling lonely: theoretical perspectives. Nurs Sci Q. 2005;18(1):7-12.
15. U.S. Department of Human Health and Human Services. New Surgeon General Advisory raises alarm about the devastating impact of the epidemic of loneliness and isolation in the United States. 2023. Disponible en: <https://www.hhs.gov/about/news/2023/05/03/new-surgeon-general-advisory-raises-alarm-about-devastating-impact-epidemic-loneliness-isolation-united-states.html>

16. Ipsos. La soledad aumenta en el mundo. 2021. Disponible en: <https://www.ipsos.com/es-cl/la-soledad-aumenta-en-el-mundo>
17. Kera. You should schedule more time to do nothing with your friends. 2023. Disponible en: <https://think.kera.org/2023/10/05/you-should-schedule-more-time-to-do-nothing-with-your-friends/>
18. Pickrel J. Zoom fatigue is real, and it's causing a new kind of anxiety amid coronavirus isolation. Nature Index. 2020. Disponible en: <https://www.nature.com/nature-index/news/zoom-fatigue-stress-anxiety-video-conferencing-researchers-coronavirus-pandemic-covid>
19. Aesthesis Psicólogos Madrid. Sentimiento de soledad, patología del siglo XXI. 2022. Disponible en: <https://www.psicologosmadridcapital.com/blog/sentimiento-soledad-patologia-siglo-xxi/>
20. Terrazas B, Roja D. De la soledad a la solitud. Acta Bioeth. 2020;21(2).
21. Jauregui JG. Vejez y soledad: implicancias a partir de la construcción de la noción de riesgo. Acta Bioeth. 2015;1(2).
22. Universidad de La Sabana. La vejez, una oportunidad y un reto para tener una buena calidad de vida. Disponible en: <https://www.unisabana.edu.co/nosotros/subsitios-especiales/especial-del-adulto-mayor/la-vejez-una-oportunidad-y-un-reto-para-tener-una-buena-calidad-de-vida/>
23. Valero Castellano L. Por qué es tan difícil cambiar? Mirador Salud. 2020. Disponible en: <https://miradorsalud.com/por-que-es-tan-dificil-cambiar/>
24. OPS. Género y envejecimiento. Disponible en: <https://www3.paho.org/spanish/ad/ge/genderageingsp.PDF>
25. Alvarado García M, Salazar Maya AM. Análisis del concepto de envejecimiento. Gerokomos. 2014;25(2).
26. Bengoa JM. ¿Qué es envejecer? An Venez Nutr. 2001;14(1).
27. Organización de las Naciones Unidas. La ONU busca 50 líderes para promover el envejecimiento saludable. 2022. Disponible en: <https://news.un.org/es/story/2022/04/1507772>
28. 69ª Asamblea Mundial de la Salud. Estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud 2016-2020. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_ACONF8-sp.pdf
29. Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. Naciones Unidas. 2003. Disponible en: <https://social.un.org/ageing-working-group/documents/mipaa-sp.pdf>
30. Dhar P, Moodithaya SS, Patil P. Epigenetic alterations: the silent indicator for early aging and age-associated health risks. Aging Med (Milton). 2022;5(4):287-293.
31. Pensis. ¿Estamos preparados para envejecer? Pensis XIII Edición. 2024. Disponible en: <https://www.tec.ac.cr/pensis/articulos/estamos-preparados-envejecer>
32. Aurenque Stephan D. Fenomenología de la vejez y el cuerpo como anclaje al tiempo. Valenciana. 2021;27:147-168.
33. Berrío Valencia MI. Envejecimiento de la población: un reto para la salud pública. Rev Colomb Anestesiol. 2012;40(3):192-194.
34. Rowe JW, Kahn RL. Human aging: usual and successful. Science. 1987;237(4811):143-149.
35. Bowling A, Dieppe P. What is successful ageing and who should define it? BMJ. 2005;331(7531):1548-1551.
36. Reyes Torres I, Castillo Herrera JA. El envejecimiento humano activo y saludable: un reto para el anciano, la familia y la sociedad. Rev Cubana Invest Bioméd. 2011;30(3):454-459.
37. Higgs M. Los beneficios de pasar tiempo a solas. New York Times. 2019. Disponible en: <https://www.nytimes.com/es/2019/10/31/espanol/estilos-de-vida/soledad-solitud.html>
38. Organización Mundial de la Salud. Ageism. 2021. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/ageing-ageism>
39. Martínez MR, Morgant MG, Remorini C. ¿Por qué los viejos? Reflexiones desde una etnografía de la vejez. Rev Argent Sociol. 2008;6(10).
40. Pérez Schael I. Hablando del cuerpo... construyendo un quinteto. Mirador Salud. 2023. Disponible en: <https://miradorsalud.com/hablando-del-cuerpoconstruyendo-un-quinteto/>
41. González San Martín P. La filosofía de la liberación de Enrique Dussel: una aproximación a partir de la analéctica. Estud Filos Práct Hist Ideas. 2014;16(2).
42. Arendt H. La condición humana. Buenos Aires: Paidós. 2009.
43. Alvarado García A. La ética del cuidado. Aquichan. 2004;4(1). Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-599720040001_00005
44. Rivera Maturano GM. Filosofía y ética del cuidado: ensayando algunos fundamentos posibles. Trabajo y Sociedad. 2023;24(40):343-357.
45. Fundación Víctor Grifols i Lucas. La ética del cuidado. 2009. Disponible en: <https://www.fundaciogrifols.org/es/-/30-the-ethic-of-care>

46. Arrimada M. La teoría de la ética del cuidado de Carol Gilligan. 2021. Disponible en: https://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/150839/tfm_2018-19_MVI2_pg18_88_2161.pdf
47. González López P. Ética del cuidado y educación. Universitat de les Illes Balears. 2019.
48. Davis AJ, Tschudin V, de Raeve L. Ética en enfermería: conceptos fundamentales de su enseñanza. Madrid: Triacastela; Fundación Víctor Grífols i Lucas; 2009.
49. Brugère F. La ética del cuidado. Santiago de Chile: Metales Pesados; 2022.
50. Comins Mingo I. La ética del cuidado en sociedades globalizadas: hacia una ciudadanía cosmopolita. *Thémata*. 2015;52:159-178.
51. Vázquez Verdera V. La educación y la ética del cuidado en el pensamiento de Nel Noddings. 2009. Disponible en: <https://produccioncientifica.ucm.es/documentos/5eb09cd32999527641120354>
52. Padres y Maestros. N° 380. 2019. Disponible en: <https://www.uv.mx/iesca/files/2017/10/18CA201701.pdf>
53. Pérez Schael I. Mi vivencia con la pseudoartrosis congénita de la tibia en el Hospital Hermandad de la Santa Casa de Misericordia de São Paulo. *Mirador Salud*. 2024. Disponible en: <https://miradorsalud.com/mi-vivencia-con-la-pseudoartrosis-congenita-de-la-tibia-en-el-hospital-hermandad-de-la-santa-casa-de-misericordia-de-sao-paulo/>
54. Paniagua Fernández R. La ética del cuidado y mayores: los cuidados a las personas mayores desde un horizonte ético y en la búsqueda de la calidad de vida. 2015. Disponible en: <https://fiapam.org/wp-content/uploads/2016/04/etica-cuidado-personas-mayores.pdf>
55. Álamo Bartolomé A. La vieja durmiente. 2024. Disponible en: <https://reporte catolicolaico.com/2024/04/27/la-vieja-durmiente/>

De la soledad a la solitud, un proyecto de vida. II

From loneliness to solitude, a life project. II

Alicia Ponte Sucre^{1a*}, Irene Pérez Schael^{2b}, María Soledad Tapia^{3c}

A nuestro Horacio Vanegas, querido esposo de Alicia Ponte-Sucre. Hasta el final supo ser maestro de maestros al inspirarnos a escribir estos capítulos que nos han permitido ahondar en este tema tan importante.

Gracias, querido Horacio

RESUMEN

Este segundo trabajo aborda dos temas relacionados con la temática que nos ocupa. Uno de ellos, como “cada uno somos los héroes y heroínas de nuestra propia vida”. Y cómo a algunos de nosotros les llega un momento en que esos recuerdos, esas vivencias, ese no olvido se transforman precisamente en olvido. Y cómo ello debe llenarnos de ternura para transformar ese sentimiento de olvido y soledad en una dulce danza de recuerdos que, aunque puedan ser desordenados y tristes, identifican lo vivido. Finalmente, identificamos características fundamentales requeridas para ser un buen “cuidador” y discutimos cómo el cuidado del cuidador es tan importante como que este cuide a las personas que lo necesiten (enfermos, mayores, dependientes). Ser cuidador es una labor constante, por lo que es fundamental proteger la salud física y psicológica de estos personajes —héroes— de la vida cotidiana.

Palabras clave: derechos del cuidador, ética del cuidado, justicia, patología del siglo XXI, soledad y solitud

SUMMARY

This second work addresses two topics related to loneliness and its counterweight, solitude. One of them is that “each of us is the hero and heroine of our own life.” The other is that, for some of us, a time comes when those memories, those experiences, that “non-forgetting”, become, precisely, forgetting, and how this should fill us with tenderness to transform that feeling of oblivion and loneliness into a sweet dance of memories that, although disordered and sad, serve to identify what has been experienced. Finally, we identify fundamental characteristics required to be a good “caregiver,” and we discuss how caring for the caregiver is as important as caring for the people who need it (sick, elderly, dependent). Being a caregiver is a constant task; it is essential to protect the physical and psychological health of these human beings - heroes - of daily life.

Keywords: caregiver rights, ethics of care, justice, 21st century pathology, loneliness and solitude

ORCID:

¹ [0000-0001-8135-0763](https://orcid.org/0000-0001-8135-0763)

² [0009-0008-6301-6989](https://orcid.org/0009-0008-6301-6989)

³ [0000-0002-3155-9355](https://orcid.org/0000-0002-3155-9355)

***Autor de correspondencia:** Alicia Ponte Sucre.
Teléfono: 0412 2839902, E-mail: aiponte@gmail.com

**Este texto es la recopilación de 3 artículos publicados en MiradorSalud durante el año 2024.*

Recibido: 31 de julio 2026

Aceptado: 10 de septiembre 2026

- a. Lic. en Educación. MSc. Biofísica y Fisiología. Doctorado en Farmacología Prof. Titular de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela. Academia de Ciencias Físicas Matemáticas y Naturales, Caracas -Venezuela
- b. Lic. en Química, Maestría en Ciencias de los Alimentos. Instituto de Biomedicina, Universidad Central de Venezuela, Portal Digital MiradorSalud. Caracas - Venezuela
- c. Lic. en Biología. Doctorado en Ciencias. Instituto de Tecnología de Alimentos, Facultad de Ciencias. Universidad Central de Venezuela. Academia de Ciencias Físicas Matemáticas y Naturales, Caracas - Venezuela

INTRODUCCIÓN

Anteriormente abordamos la definición y el significado de la soledad y la solitud, así como su contrapeso: el proyecto de vida. Planteamos los miedos que la soledad despierta y la importancia de desarrollar estrategias para comprenderla y contener sus consecuencias. Mencionamos cómo este evento psicológico se considera hoy en día la patología del siglo XXI y lo enmarcamos en el reto vejez-soledad/vejez-solitud. Finalmente, planteamos la interrelación entre ética, cuidado y justicia, y su articulación en la Ética del Cuidado, así como el valor que este concepto implica para la sociedad. En el presente artículo se abordan dos temas relacionados con la temática que nos ocupa. Uno de ellos, como “cada uno somos los héroes y heroínas de nuestra propia vida”. El otro, que a algunos de nosotros nos llega un momento en el que los recuerdos, las vivencias, el no olvido se transforman precisamente en eso: en olvido. Y cómo ello debe llenarnos de ternura para transformar ese sentimiento de olvido y soledad en una dulce danza de recuerdos que, aunque puedan ser desordenados y tristes, se asocian estrechamente con lo vivido. Finalmente, se identifican características fundamentales requeridas para ser buen “cuidador” y se discute cómo cuidar al cuidador es tan importante como que este cuide a las personas que lo necesiten (enfermos, mayores, dependientes), ya que ser cuidador es una labor constante; es fundamental proteger la salud física y psicológica de estos personajes —héroes— de la vida diaria.

a. El reto de la ternura, una vejez saludable, piel fina

La vida, el mundo, es en sí mismo una red de conexión entre todas las especies. Esa red invisible nos permite comunicarnos, cuidarnos, protegernos, alimentarnos. Es decir, todo tiene un idioma, un lenguaje universal; aprender a conectar con ese lenguaje no verbal nos ayuda a entender que todos somos parte de un todo. En otras palabras, estamos atrapados en una red ineludible de relaciones recíprocas, y vislumbrar la conexión que existe entre las cosas es el preámbulo para

visualizar las consecuencias de la calidad e intensidad de esa conexión. Al distinguir algo, percibimos que tiene vínculos con el exterior —la naturaleza, el universo— y, a su vez, con nuestro interior. Alejandro de Humboldt, hace más de dos siglos (1), fue quien primero tradujo en palabras esta maravillosa conexión: *Naturgemalde*. Como si el “afuera” fuese parte incluso de nuestra composición celular, con los mismos elementos químicos, procesos energéticos, barreras y otros componentes. Cada elección que hacemos impacta esa red, queramos o no. Un ejemplo que ilustra este hecho está claramente referido en el artículo titulado “*Todos los caminos conducen a Roma: ¿o al Mundo Cuántico? Parte II*” de MiradorSalud (2), de la cual resalto solo una frase en la que se comenta la abundancia de Premios Nobel recientes relacionados con la física cuántica: “Podríamos decir entonces: ¿está de moda lo cuántico? Con todo, el progreso de lo cuántico en el cerebro necesita una mayor evolución; por ejemplo, la consciencia es análoga al universo, que no entendemos del todo. Lo que sí conocemos es que tiene un desarrollo cuántico que nos conduce a un más allá o a un nivel superior”.

Es propicio citar a María Popova (3), quien reflexiona sobre el ser y describe lo conmovedor que es pensar en lo importante de tener piel, esa barrera que rodea a cada ser y lo envuelve (física y figurativamente), para protegerlo, pero que a la vez permite la comunicación con el exterior. Ella culmina esta descripción insistiendo en que, para ella, ha sido fundamental darse cuenta de que es fina —delgada—; ese hecho le permite no perder el horizonte de cuán vulnerables son cada ser y cómo “*esa finura es un elemento esencial de comunicación, interacción e incluso de percepción de mi (in)seguridad*”.

Somos seres que necesitamos protección. En realidad, nada puede protegernos tanto como nosotros mismos, al decidir formar parte de la red que somos, al entender que todos somos vulnerables. Y que de esa vulnerabilidad surge una fortaleza especial, la de la disolución cada vez más presente de los límites -individuales- entre cada quien y el mundo de su cultura y de las culturas foráneas. Más aún en este mundo globalizado.

Contar con una válvula de seguridad que nos permita, por una parte, consolidar la prevalencia, pertinencia y permanencia en el tiempo de la cultura de cada uno, y, simultáneamente, compartir y vislumbrar la cultura del otro, aceptarla y respetarla. Así, nos convertimos en seres sensibles que sentimos intensamente, percibimos eventos y cosas que podrían pasar desapercibidos para otros o que ese otro preferiría no notar. Es decir, somos empáticos; reconocemos a ese que está a nuestro lado, un individuo igual que yo; sus emociones y sentimientos son capaces de traspasar mi piel para hacérselos míos.

Por ello nos preguntamos qué queremos para nosotros y para ellos, los que pertenecen a nuestro mundo, sin fronteras, de piel fina, teniendo en cuenta que la muerte es el límite de la existencia, lo que nos da temporalidad y nos obliga a replantearnos el significado de vivir: ¿Qué quiero dejar atrás? ¿Qué quiero mantener durante el tiempo limitado que estoy aquí?

b. El reto del tiempo, la vida

Por eso y por encima de eso, como dice Ronald Laing, “cada uno es el héroe o la heroína de su propia vida” (4). Esa vida llena de episodios y retos que ocupan nuestra memoria y que son pequeños duendes que constantemente se asoman por los recovecos de la mente: los divertidos, los nostálgicos, los alegres, los tristes, los catastróficos; todos, pequeños duendes que no queremos sepultar en el olvido.

A algunos de nosotros les llega un momento en el que esos recuerdos, esas vivencias, ese no olvido se transforman en una vela cuya llama palpita. La llama tiembla, cree que ya no cree, que alumbra sola frente al universo, y alimentarla es fundamental para preservar esos duendes que no queremos sepultar, que queremos vivenciar hasta que la vida se vaya, despacio, indescifrable, dejando de girar poco a poco, con sigilo y con hidalguía.

Por ello, la vela erguida contra el mundo —memoria— arde. Y cada uno de nosotros se

encuentra solo frente a ella, con su temblor pálido, que evoca sombras en la oscuridad de cada pared por donde se asoman los duendecillos. Y cada uno de nosotros la mira: a ella, a las sombras, a los duendes, esos pequeños seres que giran a nuestro alrededor, dándonos la plenitud de la vida compartida, llena de ternura.

c. El reto de la ternura

Es posible hablar de una poética de la ternura e identificarla en contextos diversos (5) porque sí: la ternura, ese sentimiento que conmueve porque es amor y nos hace conversar con cada uno de esos duendes de nuestros recuerdos, nos inunda, anega e inquieta, y nos conecta con nuestra propia debilidad.

En los ancianos, a veces, la llama temblorosa se apaga. En ellos, la ternura puede ser un grito, especialmente si están llenos de olvido y soledad; simular un paisaje que se agita incansablemente, una dulce danza de recuerdos desordenados y tristes, de desilusiones de ese tiempo vivido. O de recuerdos olvidados.

Esos ancianos, en ciertas circunstancias, pueden llegar a ser como niños abandonados y tristes, para quienes la ternura resulta casi imposible. En esos ancianos también, la ternura llega a disparar algo que golpea desde adentro: un dolor inconcluso y muy difícil de reparar. Frente a la ternura, un niño o un anciano abandonado se asombra; no la comprende. Ambos saben mucho de soledad y lágrimas. Solo muy poco a poco, emulando al zorro del cuento *El Principito* (6), pueden ser domesticados y rescatados.

Y los comparamos con ángeles porque ¿qué es el tiempo para un ángel? Podemos respondernos como Wim Wenders (7) ...El tiempo para un ángel es la eternidad. Al ser humanos, no somos eternos; los ángeles sí. Al ser humanos, somos finitos: nos medimos en tiempo; tenemos pasado, presente y futuro; nuestro tiempo no es perenne como el de todo lo celestial.

Los ángeles son infinitos; carecen de tiempo para acabar las cosas: “el que lo cura todo”,

excepto cuando la enfermedad es ese mismo tiempo que se nos escapa de las manos; así ocurre con la enfermedad de Alzheimer.

Al igual que Marla Rojas en relación a las películas de Wim Wenders (8) podemos preguntarnos: ¿vale la pena perder el tiempo?, ¿vale la pena invertirlo en lo que deseamos?, si solo tenemos tiempo para sobrevivir y no para el placer, ¿en qué tiempo podemos vivir y trabajar sin desgastarnos en ello?, ¿está el tiempo a nuestro favor o en nuestra contra?, ¿es igual o desigual el tiempo para todos o cada uno de nosotros?, ¿es el tiempo un límite o podemos distenderlo a conveniencia?, ¿cuánto tiempo nos queda?, ¿lo invertimos en placer u obligación?, ¿podemos defendernos del tiempo o nos dejamos atrapar por él?, ¿el tiempo es oro? Hay un tiempo para todo.

Si eres delicado, tu tiempo también lo es. Si tienes prisa, el tiempo vuela. Pareciera entonces que “somos creadores del tiempo, víctimas del tiempo y asesinos del tiempo”. Cada quien vive su tiempo como vive su vida. No desperdiciar una vida es no desperdiciar el tiempo. El tiempo es movimiento, un piso estable o movedizo (en caso de perderlo). Una invitación a vivir a plenitud.

Y en esa vicisitud cambiante del tiempo de cada uno, lo que hemos entregado de nosotros a los demás resulta ser la inversión más segura. La compasión, como sentimiento que comprende saber vivir con otro su desgracia, pero también sentir con él cualquier otro sentimiento: alegría, angustia, felicidad, dolor, significa también la máxima capacidad de imaginación sensible, el arte de la telepatía sensible, que puede asumirse como un acompañamiento atento. Por ello, es fundamental que nos invitemos a tener presentes a las personas que nos rodean, preocuparnos por ellas y no solo protegerlas y darles consuelo, sino también hacer que sean felices y que sonrían con nosotros.

La alternativa, la resignación (9), implica sentirse impotente ante una situación, tener la sensación de que no podemos hacer nada y que, por ello, somos víctimas de lo que nos ha tocado vivir. Nos coloca en el sufrimiento; sin escapatoria, peleamos con la vida y contra

ella continuamente, generando resentimiento y amargura; permanecemos anclados al tiempo pasado “cuando estábamos bien”. Sentir que no tenemos capacidad de elección, bloqueados, sin opciones. Sin embargo, asumir las situaciones de la vida con sus pros y sus contras conduce a la aceptación, sin autoengaños y sin negar la realidad; abandonando la lucha hacia lo que no tiene solución, dispuesto a convivir con nuestras sensaciones internas dolorosas o no, buscando caminos que nos satisfagan, asumiendo la(s) situación(es) de forma positiva y realista, aumentando nuestra tolerancia a la frustración y nuestra capacidad para asumir los retos y creando nuestro propio tiempo, nuestra propia vivencia.

d. El papel de la sociedad

Y la verdad, no hemos aprendido como sociedad a prepararnos para encarar nuestra propia vejez, y menos aún la de nuestras parejas o de nuestros familiares, por ejemplo, nuestros padres (10). Esto es un gran reto que cada vez con mayor frecuencia nos toca asumir. Los disparadores de las situaciones seniles son tan diversos que clasificarlos resulta una osadía. Muchas veces se asocia con un cuadro depresivo precipitado por una experiencia aciaga; no vamos a ahondar en ello. Un ejemplo frecuente que da cabida a la especulación es que sus mentes –al margen del inevitable desgaste provocado por la edad– se desmoronan al sentir que ya nadie necesita sus atenciones, llamémoslas profesionales, familiares, educativas... cualquiera..., o que no son útiles. La imagen puede resumirse como un cuadro de fragilidad en el que el cariño y el afecto, la tristeza y la nostalgia son sensaciones que se agolpan en nuestro interior al constatar cómo el paso del tiempo va mermando nuestras fuerzas e incluso absorbiendo, de a poco, nuestros más preciados recuerdos (11).

En todos los casos, queda claro que, ya sea que nuestros ancianos estén en casa o en una institución, todo empeorará con el tiempo y la convivencia se volverá más complicada; pero cuidarlos, aunque sea una carga, constituye un privilegio. La vejez es una lección de ternura

que enseña que la belleza se revela en todo su esplendor cuando un ser humano busca a otro para aliviar su soledad, desaliento o fragilidad.

La sociedad actual exalta el placer y los bienes materiales. No quiere saber nada de la enfermedad, la vejez o la pobreza, pero lo que nos humaniza, lo que nos dignifica y nos hace crecer es tender la mano a quien nos necesita. No está de moda hablar de entrega y compasión, pero sin esas cualidades la familia humana se dispersa. Un ejemplo de ello es el Alzheimer, que no se cura con ternura, pero que la misma retrasa los síntomas. La ternura y la paciencia nos ayudan a sobrellevar el Alzheimer con serenidad. Como dice Juan Ramón Jiménez (12), autor de “Platero y yo”, ellos son “lirios de otro mundo”, cuya luz no se extinguirá jamás.

Por ello, es importante reiterar que nunca es demasiado temprano para concientizar a los niños sobre estas situaciones o condiciones reales y, más allá de una explicación científica, se les debe enseñar a conocer, respetar y tolerar las diferencias con ternura y paciencia. Tarde o temprano, existirán para ellos situaciones en la vida y en el hogar en las que un amigo o pariente cercano sea diagnosticado con una enfermedad o condición que haga que la rutina diaria sufra descabros y cuyas diferencias usualmente no son explicadas ni comprendidas. Así, si los pequeños, incluso muy pequeños comparten experiencias (13) con pacientes con esta(s) condición(es), ya sea en casa o de forma institucional, catalizamos la consolidación de una magia de interacción que suele surgir, donde la ternura fluye de lado y lado y donde los momentos extraordinarios permiten una comunicación en esa red invisible de la cual hablamos al comienzo de este texto; un lenguaje sin palabras donde lo que importa es estar presentes, compartir y disfrutar para regar a niños, terapeutas, ancianos, familias, con amor y comprensión. Así, cada uno incorpora en su interior el valor de la compasión y la tolerancia, y la conciencia de condiciones diferentes, en pro de una sociedad inclusiva, comprensiva y respetuosa.

e. El papel de la esperanza

Pero no todo es tan malo. Laura Carstensen (14), del Centro de Longevidad de la Universidad de Stanford, en Estados Unidos de América, asevera que la creencia sobre las personas mayores de que todas se tambalean y van por una pendiente descendente constante es un gran malentendido. Según sus investigaciones, a los 40 años la mayoría de las personas son cognitivamente similares.

Por su parte, John Rowe (15) de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Columbia concluye que las divergencias en la cognición comienzan a aparecer alrededor de los 60 años y que, a los 80 años, “se extienden de manera bastante dramática”.

Según Carstensen, los resultados de estudios sobre este tema, resumidos en *Scientific American* (16), indican que: (1) Sí, hay un grupo de ancianos disminuidos por la demencia y el deterioro cognitivo a los 80 años, pero en general, los 80 y tantos años incluyen a las personas más sabias del planeta. (2) Centrarse sólo en aquellos con mala salud cerebral escondería a más de la mitad de la población (3). En los seis años posteriores a los 75 años, alrededor de la mitad de las personas no mostraron cambios apreciables en su estado físico y biológico, ni en su funcionamiento hormonal y cognitivo.

Por otra parte, en otro estudio, Carstensen y su grupo describieron que las tres cuartas partes de las personas de edad promedio de 77 años (de un total de 2000 participantes) no desarrollaron demencia ni mostraron poco o ningún deterioro cognitivo (17).

Y en otro estudio descrito por Denworth en 2024, se encontró que casi 1.000 adultos mayores pudieron afrontar mejor las tensiones de la pandemia de COVID-19, a pesar de ser uno de los grupos con mayor riesgo de complicaciones de salud y de muerte (16).

Estos resultados se asocian, además, con un bienestar emocional general más positivo, una mejor capacidad para resolver conflictos y, en muchos casos, habilidades cognitivas que antes no tenían y que les permiten a los ancianos interpretar situaciones no como “blanco o negro”, sino con mayor flexibilidad. De hecho, según Carstensen, “Las decisiones que las personas toman a medida que envejecen tienden a considerar múltiples factores y múltiples partes interesadas” (18).

Según Rowe, “estas son realmente buenas noticias porque significan que, de hecho, si quieres, tú tienes el control de tu vejez”. “Tropezar en las escaleras tiene que ver con problemas físicos en las piernas y las rodillas, no con deterioro cognitivo”. Al tener un cerebro sano, la edad por sí sola podría considerarse un plus, un activo definitivo (15).

Nuestro reto como sociedad es entonces, en el marco de esa red de la que hablábamos inicialmente, cómo propiciar un lenguaje verbal y no verbal que permita que al igual que en la película Avatar (19), nos veamos mutuamente a los ojos, nos reconozcamos y nos abracemos en este reto de transitar por ese tiempo limitado que es la vida, con la serenidad y la alegría de estar juntos y aumentar esa proporción de adultos mayores productivos, integrados a su grupo familiar y social.

2. ¿Y qué hacemos con el cuidador?

Hemos hablado sobre el trío ética, cuidado y justicia, y su conformación en la Ética del Cuidado, a fin de resaltar cómo, en este mundo globalizado, es necesario descubrir la grandeza de cuidar y entender que atender a otro es donación, amor, gratuidad y devolución. Sin embargo, es necesario reconocer que la Ética del Cuidado tiene sus limitaciones. Una que se menciona con frecuencia se asocia con la dificultad de ponerla en práctica, ya sea por su complejidad y naturaleza teórica o por la superficialidad del contenido que aborda. Este no es un espacio para ahondar en este tema e invitamos a los lectores a explorar esta área del saber, especialmente en lo que concierne

a la Ética del Cuidado en enfermería y cómo este modelo presenta grandes obstáculos debido a su naturaleza humana, que enfatiza en cuidar a las personas con sus problemas colaterales, en vez de centrarnos únicamente en la complicación médica a tratar (20); es decir, se limita a la forma, modo o actitud requerida para llevar a cabo el cuidado. Esto tiene gran relevancia, puesto que la Ética del Cuidado no está compuesta por principios universales e inamovibles (21), sino que existen metamensajes implicados en sus fundamentos que son esenciales en nuestra vida, como se mencionan en el Cuadro 1.

Por ello, se han identificado características fundamentales que se requieren para ser catalogado como un buen “cuidador”, las cuales han sido bien resumidas por Carol Taylor, de la Universidad de Georgetown (22), que se listan en el Cuadro 2.

En resumen, nuestro mejor instrumento somos nosotros mismos, aunque requerimos competencia técnica, tiempo y recursos materiales y humanos, especialmente si consideramos la realidad en la que la inmensa mayoría de los cuidadores son familiares, amigos, parejas y otros que no necesariamente tienen la experticia técnica para afrontar el reto.

¡Pero! ¿Y qué hacemos con el cuidador? Es una pregunta fundamental que nos planteamos. Para ilustrar este punto, recurrimos a un escrito reciente de Irene Vallejo, filóloga y escritora española, y Premio Nacional de Ensayo 2020 por su libro “El infinito en un junco”, que nos dice en su nota para la tribu del junco (23). “En uno de mis recuerdos de infancia favoritos, camino agarrado de la mano grande de mi abuelo, con el dorso salpicado de esas pecas amarillas que pinta la edad. A su lado sentía una seguridad absoluta. No solo cuidaba de mí, sino que también tenía un instinto protector universal e indiscriminado. Lo veo agachado en la calle, intentando colocar la tapa de una alcantarilla o recogiendo de la acera un par de cáscaras de fruta para evitar un posible accidente. Comprobando si los andamios de un edificio en obras eran seguros. Cargando baldes de agua desde su casa para regar los árboles que agonizan de calor en los veranos de Zaragoza.

Cuadro 1. Meta-mensajes de los Fundamentos de la Ética del Cuidado (21)
(i) Necesitamos a los demás; nos necesitamos unos a otros.
(ii) Requerimos emplear la capacidad de observación para identificar todas las necesidades de quienes nos rodean.
(iii) Debemos aprender a diferenciar entre cuidado y preocupación, tanto hacia quienes nos importan como con quienes no compartimos lazos de unión.
(iv) Necesitamos ser capaces de otorgar la relevancia adecuada a los diversos sentimientos y afectos. Y finalmente
(v) Es fundamental ver la realidad en sus múltiples facetas, es decir, tener la inquietud moral ante el sufrimiento y el dolor del otro, y llevar a cabo las labores de forma ética e individualizar las respuestas de acuerdo con los contextos o realidades individuales.

Cuadro 2. Características fundamentales de un buen cuidador (22)
(i) El afecto como una experiencia de sentimientos positivos hacia el paciente.
(ii) La cognición como capacidad intelectual y técnica para identificar lo esencial en la promoción del bienestar del paciente.
(iii) La voluntad como compromiso interno para movilizar los recursos personales y técnicos que aseguren el bienestar del paciente.
(iv) La imaginación para emplear creativamente los recursos personales para relacionarse empáticamente con el paciente y comprender su situación existencial particular, así como sus necesidades vitales.
(v) La motivación , como flujo de energía aplicado al acto de cuidar, refleja el altruismo en el ejercicio de la profesión y el deseo de actuar en consecuencia.
(vi) La expresión genuina de la intención de ayuda mediante el uso de estrategias de comunicación verbal y no verbal.

Mi abuelo quería impedir los males que se podían evitar, quería salvar a los desconocidos, a las plantas, al mundo. Quería corregir y remediar todo el caos. Cuando había neutralizado la amenaza de una traicionera piel de plátano abandonada en la acera, me decía: «¿Ves? El bien no se nota».

Y, por otro lado, en su artículo Los huesos de la ternura, nos dice (24): “Cuando a mi padre le diagnosticaron cáncer, brotaron mis majestuosas, negras, hinchadas ojeras. El uniforme de quienes cuidan está tejido con la seda de las noches rasgadas y los jirones de sueño. Tal vez por eso simpatizo de inmediato con la gran familia de los exhaustos, con esos ojos que bostezan desde un periscopio de sombra. Fuimos bebés, seremos viejos, sufriremos enfermedades. Con

suerte, habrá personas generosas en la familia dispuestas a atendernos. Pero pagarán un precio: dejar el trabajo, malabarismos, horarios y descalabros salariales, la desaparición del tiempo propio, aislamiento, ansiedad, los insomnios y el cansancio prohibido, el bucle de exigencia y exasperación, correr tensas y disparatadas de una tarea a otra sin alcanzar nunca a cumplir lo bastante. Un glacial sentimiento de expulsión. La sociedad entera descansa sobre esos esfuerzos no remunerados, sigilosos, sumergidos, a veces incluso penalizados”.

Para finalizar diciendo: “La etimología de “cuidar” procede del latín *cogitare*, “pensar”; “médico” deriva de “meditar”. La máxima *cogito ergo sum* podría dar lugar a un audaz “cuido, luego

existo”. Mientras parecen avanzar los argumentos implacables que nos empujan a una carrera ciega y despiadada, Antígona encarna la comunidad del cuidado, la mirada ojerosa que decidió ser generosa. La llamada a poner el sentido común al servicio del sentido de lo común. Permitir que los egoísmos nos atomicen es un desatino: somos el destino de los demás.”

Por ello, la pregunta anterior: ¿y qué hacemos con el cuidador? La respuesta es obvia, pero se desvanece entre las excusas y las prioridades competitivas de muchos.

a. Cuidar al cuidador, héroes diarios

Cuidar al cuidador es tan importante como que este cuide a las personas que lo necesiten, enfermos, mayores, dependientes. Ser cuidador es una labor sacrificada y constante, por lo que es fundamental proteger la salud física y psicológica de estos personajes —héroes—. Mucho se habla del síndrome del cuidador, que se define como una alteración física y anímica que sufren los cuidadores de personas dependientes al estar exhaustos. Este trastorno se manifiesta en forma de agotamiento físico y psíquico. Es un estado que se produce a raíz de estar sometido a un cansancio y a un estrés continuos y exigentes.

Las consecuencias de esta situación recaen en el cuidador mismo y en el ser que está siendo cuidado, debido a que el exceso de la carga y responsabilidad, física y psicológica se traduce en un cuadro de estrés, depresión y/o ansiedad, con alteraciones en el apetito y en el estado de ánimo, fatiga, insomnio, que pueden culminar en un agotamiento incluso para razonar y concentrarse en su trabajo, como consecuencia de la falta de independencia y desatención de sí mismos, además el abandono de aficiones y planes propios, y dedicación completa al enfermo y/o persona dependiente.

El cuidado de un individuo puede ser satisfactorio; cuidar de alguien puede tener recompensas enriquecedoras; de hecho, para la mayoría de los cuidadores, cuidar de un ser querido les hace sentir bien y puede fortalecer

la relación. Además, el cuidador, con la mejor intención, antepone la atención y los cuidados a las personas dependientes y sacrifica su vida personal, familiar y social; la consecuencia es el decaimiento progresivo de la salud física y emocional del cuidador y de su calidad de vida; a la larga, también la del personaje cuidado. Surge así el agotamiento del cuidador, que promueve, sin querer, el abuso de los adultos mayores por extenuación, o el ser abusado por ellos —los cuidadores— al comportarse como personas hostiles.

Las claves para cuidar al cuidador se presentan en detalle en el sitio web del Postgrado de Medicina y Sanidad de Lérida, España (25).

b. Cuidar al cuidador, situación global

No olvidemos que, en nuestras sociedades, un cuidador es cualquier persona que ayuda a otra que lo necesita. Una persona necesitada puede ser un cónyuge o pareja enfermo, un hijo con discapacidad o un amigo o pariente anciano. Por ello es necesario mencionar algunas cosas que debemos tener presentes: una de ellas es que, en muchísimas partes del mundo, millones de cuidadores proporcionan atención no remunerada a un miembro de su familia o a otra persona ≥ 50 años. La cantidad y el tipo de esos cuidados prestados por los miembros de la familia dependen de los recursos económicos, de la estructura familiar, de la calidad de las relaciones y de otras demandas que requieren tiempo y energía de los miembros de la familia.

En muchos casos, los cuidadores tienen jornadas de 24 h, 7 días a la semana, lo que complica el panorama. Este se agrava aún más en casos de enfermos o adultos mayores con importantes necesidades de atención que no cuentan con familiares o amigos disponibles, dispuestos o capaces de brindarles atención. Estos cuidadores viven con necesidades insatisfechas y, a veces, en aislamiento social. Por ejemplo, el cuidado de adultos mayores con trastornos neurocognitivos es intenso y oneroso y tiene efectos nocivos para los cuidadores (26).

Otra premisa es cómo la sociedad tiende a considerar que los miembros inmediatos de la familia son responsables del cuidado del otro; el límite de las obligaciones filiales y maritales varía entre las distintas culturas, entre las familias y con cada miembro en particular, lo que suele producir un profundo desequilibrio.

c. Cuidar al cuidador, papel de la familia

Existen muchas formas de reforzar la disposición de los miembros de la familia (26) para atender a un paciente de cuidado, anciano o no, mediante la prestación de servicios de apoyo y complementarios que no vamos a detallar aquí, ya que existen múltiples publicaciones y escritos que los mencionan y profundizan en las ventajas y desventajas que podrían representar (26). Las normas incluyen la coordinación de la atención interdisciplinaria; la optimización de los beneficios; la educación sobre enfermedades y tratamientos; el apoyo emocional inmediato y continuo; el asesoramiento individual, familiar y grupal; los servicios de cuidado de relevo (p.ej., en geriátricos) y la asistencia práctica en las tareas de cuidado. Lo único que se requiere para dar el paso es tener disposición y apertura para aprender.

Una tercera premisa es que, aun contando con la resiliencia de la persona cuidadora, que la hace más fuerte y menos vulnerable, es necesaria la unidad entre los miembros de la familia. Esto constituye un factor de apoyo muy importante desde el primer momento, tanto en el seno de la propia familia como en la forma de manejar la nueva situación en relación con su entorno y con la persona enferma. Uno de los aspectos importantes a mencionar es el denominado “pacto de silencio”: un acuerdo de no hablar del tema, aunque tanto la familia como la persona afectada estén informadas de la enfermedad. Inicialmente, la intención de “proteger al enfermo” puede tender a provocar un aislamiento emocional, no solo de este, sino también de las personas más cercanas. Este pacto es nefasto porque niega la realidad.

El problema es grave porque cada vez hay menos cuidadores familiares, la estructura de la familia está cambiando drásticamente y los

valores tradicionales de cuidado, atención, respeto y convivencia con los enfermos y los ancianos prácticamente han desaparecido. Por ello, reiteramos que el apoyo de la familia cumple un papel fundamental en mantener la calidad de vida, la seguridad y el bienestar psicológico y físico del enfermo o anciano y de quien lo cuida, quienes suelen ser familiares que sufren la soledad y la angustia vital: un auténtico melodrama con poder aniquilador sobre su equilibrio psíquico. Por todo lo planteado, es, además, importante que los cuidadores sepan y reconozcan que ellos también necesitan ayuda y apoyo (27).

d. Cuidar al cuidador, derechos del cuidador

Ante toda esta disyuntiva, es fundamental resaltar que el cuidado del cuidador constituye un derecho humano inalienable (28). En este sentido, la Cruz Roja Internacional detalla doce derechos de las personas cuidadoras sobre los que es necesario reflexionar (29). Son aplicables a cualquier persona que presta cuidado. Se incluyen en el Cuadro 3.

A pesar de todo esto, es una realidad que quienes son cuidadores están propensos a pagar un peaje de trastornos conductuales y de personalidad enhebrados, a su vez, con los propios síntomas del enfermo (30). El corolario de toda esta reflexión no es más que el hecho de que el dolor de ellos, nuestros enfermos, es una problemática social, económica, política, sanitaria y familiar que solo se enfrentará a través de la defensa de los derechos del enfermo —el cuidado— y también del cuidador, como sociedad, familia y Estado, lo que permitirá transformar ese dolor en serenidad, seguridad, armonía e incluso desarrollo personal para todos.

Culminamos con otra frase de Irene Vallejo (31): “Este es un tema que me importa y en el que insisto muchas veces: cómo la sociedad se construye sobre esos cuidados, esos vínculos, muchas veces familiares y afectivos, y, sin embargo, para las personas que optan por cuidar hay una gran penalización —incluso— profesional. Y ese es un problema que no logramos resolver.

Cuadro 3. Derechos de las personas cuidadoras (29)

1.	A ser reconocidos como miembros valiosos de la sociedad.
2.	A su autocuidado.
3.	Tener capacitación y formación en el cuidado.
4.	A recibir información profesional sobre los recursos sociales y profesionales disponibles.
5.	A tener sentimientos negativos al ver a sus familiares enfermos.
6.	A poner límites frente a demandas exageradas y excesivas.
7.	A demandar ayuda y recibirla.
8.	A su tiempo de esparcimiento y descanso, así como a sus demás intereses.
9.	A expresar sus sentimientos y no ser juzgadas.
10.	A equivocarse ante la complejidad de las situaciones que les toca abordar.
11.	A ser tratadas con respeto y demandar de otros atención y solvencia.
12.	A protegerse y a cuidarse de su futuro emocional, físico y profesional.

Al final, el cuidado se hace a costa de tu situación económica, de tus expectativas y, muchas veces, de tus sueños. Y finaliza: “Sé, por muchas personas a las que conozco, que es una sensación de mucha impotencia cuando te das cuenta de que estás tomando una decisión que mejora el bienestar de tus seres queridos y que, de alguna manera, también es un servicio a la sociedad y está tan penalizado”.

Algo debería cambiar si queremos crecer como sociedad.

e. Cuidar al cuidador, nota final

Un artículo reciente publicado en la BBC de Londres (*NewsMundo*) refiere hallazgos arqueológicos relativos a una niña neandertal de 6 años con Síndrome de Down que demuestran que la compasión y los cuidados hacia los demás son elementos innatos de nuestra especie y que nos ayudaron a evolucionar (32). Citando el artículo y al Prof. Valentín Villaverde Bonilla, de la Universidad de Valencia, director en su momento de la Cova Negra, “esa es la teoría de muchos científicos, recientemente reforzada por los resultados de un estudio centrado en un pequeño hueso de características inusuales” y sigue más adelante: “La verdadera sorpresa nos la llevamos con la tomografía que reveló

que ese neandertal tenía lesiones de nacimiento que se corresponden con el síndrome de Down, que le habrían generado a lo largo de su vida deficiencias importantes de salud”. Para concluir, “Tuvo dificultades importantes que amenazaban su supervivencia. Obstáculos que por sí misma habría sido imposible resolver... Y, sin embargo, Tina llegó a los 6 años, lo que supera la esperanza de vida habitual de los niños con síndrome de Down en la población prehistórica...”

La explicación del equipo de la Universidad de Alcalá que analizó el pequeño hueso de Tina es: “que los cuidados necesarios para su supervivencia durante varios años probablemente excedían las capacidades de la madre y habrían requerido la ayuda de otros miembros del grupo social”. Las hipótesis acerca de este tipo de conductas en los neandertales son diversas; sin embargo, pareciera que el cuidado entre ellos estaría relacionado con un contexto social amplio y complejo, de gran valor adaptativo. Los neandertales y el *Homo sapiens* vivieron hace millones de años y compartieron un ancestro común — quien seguramente tenía este rasgo de compasión — y lo heredaron ambas líneas (32).

REFERENCIAS

1. Humboldt y la red de la vida. Equipo editorial de Humanidades Ambientales. Plataforma latinoamericana para repensar las redes de

- vida. 2020 - 2026. Cali, Colombia. Disponible: <https://www.humanidad.esambientales.com/pensar/5-humboldt-y-la-red-de-la-vida>
2. Pérez Schael I. 2023. <https://miradorsalud.com/todos-los-caminos-conducen-a-roma-o-al-mundo-cuanto-parte-ii/>
3. Popova M. The Power of a Thin Skin. 2023. <https://www.themarginalian.org/2023/12/14/jenn-shapland-thin-skin/>
4. Laing R. El yo dividido. Fondo de Cultura Económica, 1960. Madrid-Buenos Aires. Disponible: <https://antipsiquiatriaudg.wordpress.com/wp-content/uploads/2014/10/ronald-laing-1960-el-yo-dividido.pdf>.
5. Gutiérrez-Wienken G. Hacia una poética de la ternura en la obra de Miyó Vestrini. Papel Literario El Nacional. Disponible: <https://lawebdelasalud.com/wp-content/uploads/2023/01/PDF-PAPEL-LITERARIO-2023-ENERO-29.pdf>. Publicado el 29 de enero de 2023.
6. El Principito. 1943. Disponible: https://es.wikipedia.org/wiki/El_principito.
7. Muñoz Sarmiento LC. Al filo del tiempo de Wim Wenders: humanos moviéndose en el tiempo y gracias a la memoria. 2024. Disponible: <https://www.las2orillas.co/al-filo-del-tiempo-1976-de-wim-wenders-humanos-moviendose-en-el-tiempo-y-gracias-a-la-memoria/>
8. Rojas M. El tiempo y los ángeles de Win Wenders. Papel Literario El Nacional. 2023. Disponible: <https://www.elnacional.com/papel-literario/el-tiempo-y-los-angeles-de-win-wenders/>
9. Equipo Editorial de la Asociación Española de Esclerosis Múltiple de Albacete. ¿Cuál es la diferencia entre aceptación o resignación en una enfermedad neurológica? 2019. Disponible: <https://emalbacete.es/cual-es-la-diferencia-entre-aceptacion-o-resignacion-en-una-enfermedad-neuologica/>
10. Narbona R. Alzheimer: una lección de ternura. El Imparcial. 2015. Disponible: <https://www.elimparcial.es/noticia/147365/opinion/alzheimer:-una-lecc>
11. Equipo Editorial de la Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer “Tierra de Barros”: El Amor de un Nieto hacia su Abuela, Enferma de Alzheimer. 2015. Disponible: <https://alzheimer-tierradebarros.es/index.php/component/k2/1-noticias-de-alzheimer/624-el-amor-de-un-nieto-hacia-su-abuela-enferma-de-alzheimer>
12. Jiménez Mantecón JR. 2026. Disponible: https://es.wikipedia.org/wiki/Juan_Ram%C3%B3n_Jim%C3%A9nez
13. Jijón AL. Concientizar con ternura desde una edad temprana testimonio. Fundación TASE. 2017. Disponible: https://www.usfq.edu.ec/sites/default/files/2020-07/pea_024_0023.pdf?itok=a5keNwGOIs
14. Dickinson FS, Carstensen L. Stanford Center on Longevity <https://longevity.stanford.edu/people-2/laura-carstensen/>
15. Rowe JW, Kahn RL. Successful aging. Gerontologist. 1997;37(4):433-40.
16. Denworth L. Improving with Age. Scientific American Magazine. 2024;331(2): 76.
17. Carstensen LL, Mikels JA, Mather M. Aging and the Intersection of Cognition, Motivation, and Emotion. En, Birren JE & Schaie KW (Editores), Handbook of the Psychology of Aging, Elsevier, 6th ed., 2006;343-362. Disponible: <https://doi.org/10.1016/B978-012101264-9/50018-5>.
18. Kim H, Barber SJ. The age-related positivity effect in cognition: A review of key findings across different cognitive domains. En, K. D. Federmeier, Brennan R. Payne (Editores). Academic Press. Psychology of Learning and Motivation 2022;77:125-164.
19. Avatar. 2009. Disponible: [https://es.wikipedia.org/wiki/Avatar_\(pel%C3%ADcula\)](https://es.wikipedia.org/wiki/Avatar_(pel%C3%ADcula)).
20. García Moyano L. La ética del cuidado y su aplicación en la profesión enfermera Acta Bioeth. 2015; 21(2).
21. Ramos Pozón S. La Ética Del Cuidado: Valoración Crítica y Reformulación 1. Revista Laguna. 2011;109-122.
22. Taylor C, Lillis C, LeMone P, Linn P. Fundamentals of Nursing: The Art and Science of Nursing Care. Lippincott Williams and Wilkins. 2006.
23. Vallejo I. El infinito en un junco. 2019. Disponible: https://es.wikipedia.org/wiki/El_infinito_en_un_junco
24. Vallejo I. Los huesos de la ternura. 2024. <https://go.gale.com/ps/i.do?id=GALE%7CA780513471&sid=sitemap&v=2.1&it=r&p=IFME&sw=w&userGroupName=anon%7E7bc39c5b&aty=op-en-web-entry>
25. Equipo editorial del Postgrado de Medicina y Salud, Lérida. 5 claves para cuidar al cuidador. 2021. Disponible: <https://postgradomedicina.com/como-cuidar-cuidador-claves/>
26. Kaplan D. Cuidado del anciano por parte de su familia. 2024. Disponible: <https://www.msmanuals.com/es-ve/professional/geriatr%C3%ADa/aspectos-sociales-en-los-ancianos/cuidado-del-anciano-por-parte-de-su-familia>

27. Equipo editorial de la Clínica Mayo. Estrés de las personas encargadas del cuidado: Consejos para cuidarte a ti mismo. 2023. Disponible: <https://www.mayoclinic.org/es/healthy-lifestyle/stress-management/in-depth/caregiver-stress/art-20044784>
28. Infografías sobre cuidadoras y cuidadores <https://www2.cruzroja.es/-/sercuidadora-cuidadoras-y-cuidadores>.
29. Los cuidadores también tienen derechos <https://nhcoa.org/los-cuidadores-tambien-tienen-derechos/>.
30. Flórez Lozano JA, Flórez Villaverde I. Rodríguez Suárez J. Familia y enfermedad de Alzheimer: nuevos horizontes de convivencia. Medicina Integral. 2003;41(3):178-82.
31. Martínez N, Vallejo I: Descubrir que la literatura con firma y nombre propio empezó con una mujer fue algo emocionante. 2024. Disponible: [https://www.elperiodicodearagon.com/aragon/mujeres-influentes-de-aragon/2024/02/27/ irene-vallejo-](https://www.elperiodicodearagon.com/aragon/mujeres-influentes-de-aragon/2024/02/27/ irene-vallejo-descubrir-literatura-firma-98403736.html)
[descubrir-literatura-firma-98403736.html](https://www.elperiodicodearagon.com/aragon/mujeres-influentes-de-aragon/2024/02/27/ irene-vallejo-descubrir-literatura-firma-98403736.html)
32. Orgaz CJ. Tina, la niña neandertal de 6 años con síndrome de Down que demuestra que la compasión y los cuidados nos ayudaron a evolucionar como especie. BBC News Mundo. 2024. Disponible: https://www.bbc.com/mundo /articles/cye09r606xno?xtor=AL-73-%5Bpartner%5D-%5Bbbc.news.twitter %5D-%5Bheadline%5D-%5Bmundo%5D-%5Bbizdev%5D.%5Bisapi%5D&at_ptr_name=twitter&at_link_type=web_link&at_medium=social&at_bbc_team=editorial&at_link_origin=bbcmundo&at_format=link&at_campaign=Social_Flow&at_link_id=6A9BF164-3C44-11EF-8921-B05EE8E76C69&at_campaign_type=owned

El morir dignamente y eutanasia

Dying with dignity and euthanasia

María Antonia Lombardi^{1a*}, Elizabeth Piña de V.^{2b}

RESUMEN

Se examina el proceso del final de la vida desde una perspectiva bioética, antropológica y legal, con énfasis en el resguardo de la dignidad humana ante la muerte. Se plantea que la enfermedad puede actuar como un agravio biográfico capaz de derivar en minusvalía, anulación o muerte biográfica (social y neocortical). El sufrimiento intolerable resultante impulsa la búsqueda de una muerte digna, basada en la autonomía y la autodeterminación del paciente. Además, se define la «buena muerte» y se la distingue como una acción deliberada y compasiva dirigida a enfermos terminales. Se delimitan las diferencias éticas entre la eutanasia activa (la terminación intencional de la vida a petición expresa del paciente) y la limitación de medidas terapéuticas (u ortotanasia), orientada a evitar la obstinación terapéutica o distanasia. Asimismo, se expone un análisis de derecho comparado que abarca los marcos regulatorios de Europa occidental (Holanda, Bélgica, Luxemburgo, España, Suiza y Alemania) y los modelos de Oceanía y de América. Se destaca el liderazgo de Colombia, que extiende este derecho fundamental a menores de edad, la recién despenalización en Ecuador (2024) y las restricciones absolutas vigentes en Chile y Venezuela, donde solo se valida legalmente el rechazo del soporte vital artificial. Finalmente, se analiza como dilema bioético central: el conflicto entre el principio

de autonomía del paciente y el deber de beneficencia y no maleficencia del equipo de salud. Se concluye que debe preservarse un equilibrio moral que respete tanto las decisiones informadas del enfermo como el derecho del profesional médico a la objeción de conciencia.

Palabras clave: autonomía, bioética, eutanasia, ortotanasia, sufrimiento

SUMMARY

The end-of-life process is examined from a bioethical, anthropological, and legal perspective, focusing on the rescue of human dignity in the face of death. It is argued that illness can act as a biographical grievance capable of leading to impairment, annulment, or biographical death (both social and neocortical). The resulting intolerable suffering drives the search for a dignified death based on patient autonomy and self-determination; furthermore, a “good death” is defined and distinguished as a deliberate and compassionate action for terminally ill patients. The ethical differences between active euthanasia (the intentional termination of life at the express request of the patient) and the limitation of therapeutic measures (or orthotanasia), aimed at avoiding therapeutic obstinacy or dysthanasia, are defined. Likewise, the article presents a comparative law analysis covering regulatory frameworks in Western Europe (the Netherlands, Belgium, Luxembourg, Spain,

ORCID:

¹ [0000-0002-3862-4156](https://orcid.org/0000-0002-3862-4156)

² [0000-0002-2232-0094](https://orcid.org/0000-0002-2232-0094)

***Autor de correspondencia:** María Antonia Lombardi.
E-mail: malombardi2@gmail.com

Recibido: 31 de julio 2026

Aceptado: 10 de septiembre 2026

Keywords: caregiver rights, ethics of care, justice, 21st century pathology, loneliness and solitude

- Médico Cirujano. Especialista en Psiquiatría. MSc. en Bioética. Profesor Titular de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela, Caracas -Venezuela
- Enfermera. Especialista en Medicina Crítica Pediátrica. MSc. en Bioética. Profesor Titular de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela. Caracas - Venezuela

Switzerland, and Germany) and models in Oceania and the Americas. The leadership of Colombia is highlighted, as it extends this fundamental right to minors, alongside the recent decriminalization in Ecuador (2024) and the absolute restrictions in force in Chile and Venezuela, where only the refusal of artificial life support is legally validated. Finally, the article analyzes the central bioethical dilemma: the conflict between the principle of patient autonomy and the healthcare team's duty of beneficence and non-maleficence. It is concluded that a moral balance must be preserved to respect both the patient's informed decisions and the medical professional's right to conscientious objection.

Keywords: *autonomy, bioethics, euthanasia, orthothanasia, suffering*

INTRODUCCIÓN

No se puede reflexionar sobre el final de la vida, como el último instante de un tránsito, sin preguntarse acerca de la vida: ese proceso lleno de experiencias personales únicas e irrepetibles, producto de lo sociocultural que nos ha rodeado desde siempre. Estas experiencias personales nos vienen dadas por el mero hecho de ser personas, dentro de un contexto social que diferencia a sujetos de la misma naturaleza, de la misma especie y del mismo género, que son iguales pero diferentes (1).

Por ser “personas”, iguales y diferentes, tenemos una representación particular y subjetiva de como pensamos, sentimos y deseamos que sea ese tránsito hacia la muerte. La experiencia de morir se hace única e irrepetible, con significados propios, integrados a lo largo de toda la vida. Este proceso es producto de la interpretación psicológica de cada uno, lo que le da sentido y validez a la vida misma y, por tanto, a la muerte (2).

La persona humana es merecedora de respeto por el mero hecho de ser digna; ha de ser tratada siempre como un fin y nunca como un medio. Para Santo Tomás, tan solo por el hecho de ser persona, es “el ser más perfecto que hay en la naturaleza”. Por ello, al hablar de la dignidad de la persona, nos referimos al valor intrínseco y propio que

posee el ser humano por la sola condición de ser hombre (1).

El concepto de la muerte, en lo personal, responde a la concepción del mundo, que no es otra cosa que el sentido de la vida (3). En el periodo histórico posmoderno, que inicia en la segunda mitad del siglo XX, la concepción de la vida se fundamenta en el individualismo personal; el pasado y el futuro pierden sentido, y lo inmediato es la única sensación importante. Hay un marcado culto al cuerpo y a la libertad personal. Lo catastrófico nos acompaña constantemente; a la luz de los grandes desastres naturales ocasionados por el hombre, se dedica mucho tiempo al cuidado del ambiente, al cambio climático, como trascendencia del quehacer diario. Así, el hombre basa su existencia en el relativismo y en la pluralidad de opciones; lo subjetivo impregna la mirada sobre la realidad de cada persona (4).

Es justamente ante esta mirada individual, subjetiva y relativa, orientada a la búsqueda de la libertad personal, como se llega al final de la vida, con experiencias personales, pudiéndose percibir la muerte como la desintegración física, el aislamiento social, la tristeza de vivir en determinadas condiciones o el miedo a la muerte. De esta manera, la muerte social puede ocurrir antes de la muerte física, y la muerte espiritual, antes de la muerte del alma (5).

El hombre es el único animal capaz de reconocer su finitud; por ello, la muerte no es un acontecimiento puntual de aparición brusca, sino un proceso, un paso a paso que, tarde o temprano, llega a su final. Es un proceso personal y constante, estrechamente relacionado con las creencias y los valores propios. San Agustín señala que la muerte no viene desde fuera, sino que crece y madura en la vida del hombre mortal (6). Este proceso de morir se relaciona con el tipo de enfermedad, el momento en que se presenta, la personalidad del enfermo y la forma en que la persona que la padece la interpreta, tanto a nivel colectivo como a nivel individual (1,7).

Como lo plantea Laín Entralgo, citado por Castillo Valery (1), «vivir humanamente es proyectar». Es por ello que la vida y la

muerte están rodeadas de múltiples significados personales que van a teñir la existencia misma; por ello, la enfermedad se percibe como un agravio biográfico.

La persona tiene conciencia y posee el conocimiento de su propia presencia como ser humano, de sus estados y de sus actos, logrando desarrollar su proyecto de vida con libre albedrío y autodeterminación, en el que la enfermedad forma parte del proyecto. Ella puede ser aguda o crónica, grave o terminal, en cuyo caso la muerte es inminente en un tiempo muy breve (1).

La enfermedad, como agravio biográfico, es algo que altera, trastoca o concluye el proyecto de vida. Puede presentarse de tres formas: a) la minusvalía biográfica, b) la anulación biográfica y c) la muerte biográfica.

La minusvalía biográfica se refiere a los cambios de rumbo en la trayectoria del proyecto vital que disminuyen la libertad en algunos procesos de manera selectiva. Esta puede llegar de forma natural, como sucede con la vejez, o puede ser advertida por terceros, como la familia o el médico, quienes deciden informarlo. Esto exige repensar el rumbo vital y ajustar el plan de vida para adaptarlo. La minusvalía puede ser permanente o transitoria, según el tipo de enfermedad (1,7,8). Ejemplos de ello son las consecuencias de algún evento patológico, transitorio o permanente que, durante la vigencia de la discapacidad, requieren ajustes. Un ejemplo de minusvalía biográfica permanente sería el de un músico que se ve afectado en su audición.

La anulación biográfica se presenta como consecuencia de la enfermedad; la persona se ve forzada a permanecer en su hogar y a perder la capacidad de trabajar y la independencia. Sin alterar sus capacidades intelectuales, pierde algunas habilidades particulares y no puede llevar su vida como antes. No es dependiente del todo; son etapas fluctuantes en las que consiguen buenos momentos, mientras que en otros casos solo pueden estar en cama. Estos enfermos, por lo general, logran cambiar sus actividades y seguir siendo productivos, por lo que pueden escribir, asesorar e incluso cambiar de trabajo (1, 7), pero,

en general, en acciones de menor complejidad, muchas veces restringidas a la familia y al hogar; un ejemplo de ello puede darse en un paciente con un ictus que, aunque afecte algunas de sus funciones, no lo incapacita totalmente.

Por otra parte, la muerte biográfica es la invalidez irreversible con la cancelación del proyecto vital, debido a la afectación de las funciones intelectuales superiores; la persona es totalmente dependiente del mantenimiento de las funciones fisiológicas necesarias para la supervivencia humana. Para estos enfermos lo más importante es proveerles el mayor confort y comodidad posibles. La muerte biográfica también se denomina muerte social o muerte neocortical (1,7,8); así ocurre en los pacientes con Alzheimer.

Como se mencionó anteriormente, la experiencia durante la enfermedad es individual y particular, al igual que la muerte. Freud (9) señala que el ser humano no tiene representación mental de la muerte, ya que no ha muerto; por ello, la muerte es la representación personal de la soledad, de la incapacidad o del sufrimiento, basada en creencias y valores personales.

Es esta percepción individual de la muerte lo que conduce a un sufrimiento insoportable para la persona, a ese estado de aflicción severa asociado a los acontecimientos que amenazan su integridad. El sufrimiento exige una conciencia de sí mismo, con el reconocimiento de las emociones implícitas con efecto en las relaciones personales y en el cuerpo (10). Este sufrimiento es de origen psicológico y se debe a la reacción personal, no a la realidad de los hechos tal como ocurren. El sufrimiento es producto de la interpretación, en la que se arraigan, entre otros, el deseo, la exigencia, los prejuicios y los miedos (11).

El sufrimiento psicológico se manifiesta a través de la ansiedad, la depresión, las reacciones de duelo y el estrés, entre otros; son estos factores psicológicos los que precipitan, mantienen y agravan las patologías de índole física, aumentando el deseo de una muerte digna, sin sufrimiento, de acuerdo con las propias creencias y valores. Estas vivencias de sufrimiento intolerable durante el proceso de enfermedad son las que motivan

la solicitud de una muerte libre de dolor y sufrimiento, sin más reflexión ni explicación que la propia definición de una vida digna, que ha de llevar a una muerte digna (11).

Muerte con dignidad

El deseo de una muerte digna nace de la necesidad humana de ejercer libremente la propia autonomía. Sin embargo, visualizar la cercanía del final no siempre se acompaña de una aceptación interior inmediata. Este proceso de adaptación es un camino complejo que suele transitar por etapas como la negación, la negociación, la crisis, la resignación y, finalmente, la aceptación (5,12); un orden que varía según cada individuo y cuya resistencia se convierte en la fuente de mayor sufrimiento. Después de todo, la muerte no es un acto meramente médico ni científico, sino un acontecimiento personal, cultural y espiritual, alineado con los valores y creencias de cada persona (13).

Para honrar esta dimensión humana, Castillo Valery (1) señala que las condiciones indispensables para una muerte digna incluyen el logro de buenas condiciones higiénicas y de cuidados generales, la ausencia de dolor y el menor sufrimiento posible, y el acompañamiento basado en el respeto y la compasión. Asimismo, se requieren interlocutores válidos para abordar los temas de preferencia del paciente, la ayuda espiritual de su elección, la paz con sus seres queridos y la estricta evitación de la exageración terapéutica.

No obstante, la realidad actual contrasta con estos principios. Anteriormente, las personas morían en su hogar, rodeadas de su familia, con atención religiosa y participando en las decisiones importantes sobre su propio desenlace. Hoy en día, más del 80 % de las muertes ocurren en entornos hospitalarios (14). En estos espacios, el uso desmedido de recursos tecnocientíficos con la intención absoluta de salvar la vida puede derivar en la prolongación artificial del acto de morir. Este fenómeno, conocido como encarnizamiento terapéutico o distanasia, no solo carece de beneficios reales para el enfermo terminal, sino

que multiplica el dolor y el sufrimiento de la persona y de su familia, además de implicar un costo económico excesivo e inadmisibles (14,15).

Frente a este panorama, resulta indispensable esclarecer los términos que delimitan el proceso de morir para orientar la práctica médica hacia la ortotanasia, entendida como el morir bien, correctamente y humanamente. Buscar la ortotanasia implica proteger al paciente de extremos deshumanizantes como la distanasia y la mistanasia; esta última, definida como una muerte miserable, precoz y evitable, se caracteriza por la ausencia total de calidad de vida (16). El gran desafío bioético actual radica, por lo tanto, en rescatar la dignidad del ser humano en su proceso de muerte, asumiendo un compromiso firme con la promoción del bienestar integral de la persona en fase terminal, libre de sufrimientos añadidos y en compañía de los suyos (15).

Eutanasia

El término eutanasia, analizado desde su interpretación estrictamente etimológica, proviene del griego *eu* (bueno) y *thánatos* (muerte), lo que sugiere, conceptualmente, una “buena muerte” (17). Más allá de esta raíz, la Organización Mundial de la Salud (OMS) (18) la define institucionalmente como la acción deliberada que realiza una persona con el único fin de provocar una muerte indolora para aliviar el sufrimiento de un enfermo terminal próximo a fallecer. Bajo esta premisa, se entiende como un acto estrictamente compasivo, exento de intereses mezquinos o económicos, cuyo propósito general es brindar un desenlace rápido y sin dolor a quien padece una enfermedad irreversible y que lo ha solicitado reiteradamente.

Para que este procedimiento sea bioéticamente válido, se consideran indispensables las condiciones establecidas por el marco institucional, las cuales exigen: 1) que el paciente se encuentre en una situación médica irreversible, 2) que exista una petición expresa, reiterada y libre de coacción por parte de la persona, 3) que el acto sea ejecutado por un profesional de la salud, y 4) que se realice

mediante la administración de medicación por vía intravenosa, cuyo fin exclusivo sea producir el deceso del enfermo terminal (18,19).

Es bajo este amparo técnico e institucional que el ser humano contemporáneo fundamenta su decisión. En una sociedad actual caracterizada por la construcción de significados individuales y el culto al cuerpo, el deseo de no padecer un sufrimiento insoportable impulsa la solicitud de este procedimiento. De este modo, la opción de recurrir a la eutanasia se sustenta firmemente en el derecho a la autonomía y en la valoración de una muerte en condiciones particulares elegidas por el propio individuo (20).

Historia de la eutanasia

Haciendo un recuento histórico de la eutanasia, encontramos que ésta ha sido un problema persistente en la humanidad; las respuestas a esta situación siempre se han visto influidas por las ideologías de cada época.

Desde el punto de vista de las religiones judeocristianas, la eutanasia no es aceptada ya que la vida es sagrada y es dada por Dios, por lo que no se puede disponer de ella; de allí la normativa universal de no matar. A esto se le debe sumar el valor que estas religiones otorgan al sufrimiento y a la solidaridad con los enfermos, por lo cual la eutanasia deja de tener sentido (21). Por otro lado, en las corrientes religiosas distintas de las judeocristianas se solicita con mayor naturalidad. En ellas, el sufrimiento deja de tener sentido y se valora la autonomía y la libertad de la persona (20).

En la antigua Grecia, la eutanasia no representaba un problema moral; la concepción de la vida era diferente: una mala vida no era digna de ser vivida y, por tanto, ni el eugenismo ni la eutanasia preocupaban a las personas. No obstante, Hipócrates representa una excepción: prohíbe a los médicos la eutanasia activa y la ayuda para cometer suicidio, como se evidencia en el juramento hipocrático: “No daré a nadie, aunque me lo pida, ningún fármaco letal, ni haré semejante sugerencia” (5,20).

Durante la Edad Media, con la incorporación de las creencias religiosas cristianas, la eutanasia, el suicidio y el aborto se consideraban “pecados”; la persona no podía disponer libremente de la vida dada por Dios, por lo que existían otros puntos de vista sobre la muerte y el acto de morir (5, 21).

La llegada de la modernidad permite conocer y discutir las ideas de la antigüedad clásica. La salud se alcanza con el apoyo de la técnica, las ciencias naturales y la medicina. De esta manera, se retoma el planteamiento de la eutanasia, pues el deseo del enfermo constituye un requisito decisivo. La eutanasia no puede tener lugar contra la voluntad del enfermo y sin información clara, tal como planteó el filósofo inglés Francis Bacon en 1623 (5, 21).

En opinión de Collado y col. (21), hay en este periodo tres elementos que favorecen la discusión del tema: 1) el debate acerca del darwinismo social y la eugenesia, con la aparición de sociedades que admiten la discusión de la eutanasia, tienen la intención de legalizarla, 2) el apoyo a la matanza de lisiados y enfermos mentales, por las consecuencias económicas ocasionadas en la primera guerra mundial y 3) las resoluciones de los Juicios de Núremberg (1946-1947) que consideraban ilegal todo tipo de terapia y examen médico llevado a efecto sin información y consentimiento o en contra de la voluntad del enfermo, a raíz de los crímenes de lesa humanidad causados por el régimen nazi, en la segunda guerra mundial.

Clasificación de la eutanasia

Con base en lo expuesto por Rachels (22) sobre la declaración de la Asociación Médica Americana de 1973, la bioética reconoce la distinción entre la eutanasia activa y la pasiva. Así, se valida éticamente la limitación del esfuerzo terapéutico para suspender las medidas extraordinarias y permitir el curso natural de la enfermedad, evitando la obstinación terapéutica. No obstante, esta postura rechaza la eutanasia activa y sostiene que no es aceptable poner fin deliberadamente a la vida del paciente bajo la justificación de un homicidio por piedad.

En ambos tipos de eutanasia, el objetivo final es la muerte de la persona con diagnóstico de enfermedad terminal y sufrimiento insostenible, con el propósito de que deje de sufrir. La diferencia entre ambas es que, en la pasiva, el médico no realiza una acción para causar la muerte, sino que deja de implementar o retira medidas terapéuticas que no conducen a ningún beneficio, tras un análisis a fondo de la situación (18, 23), sin dejar de ofrecer las condiciones adecuadas para una muerte digna y permitiendo la evolución natural de la enfermedad. El Centro Nacional de Bioética (CENABI) y otros bioeticistas utilizan el término “Limitación de Medidas Terapéuticas”, en vez de “Eutanasia Pasiva” para evitar confusiones.

Por el contrario, en la eutanasia activa hay una acción e intención por parte del médico, solicitadas por el enfermo, para provocar su muerte. Es matar con permiso (1, 22). Es indudable que en esta afirmación hay un juicio moral, en el que el principal dilema bioético consiste en aclarar si al médico le estaría moralmente permitido causar la muerte prematura de un enfermo o dejar que se produzca, o incluso si fuese obligatorio hacerlo en ciertas circunstancias (20).

Legalidad de la eutanasia (eutanasia activa)

La eutanasia es legal en varios países del mundo, como Holanda, Bélgica, España y Colombia, solo por nombrar algunos. Hoy en día existen iniciativas en otros países para legalizar la eutanasia.

En Holanda, un médico que prolonga indebidamente el proceso de morir podría enfrentar consecuencias legales, ya que la prolongación de la vida, si no es a solicitud del paciente y bajo las estrictas condiciones de la Ley de Eutanasia y Suicidio Asistido, podría constituir un acto contrario a la legislación neerlandesa sobre el final de la vida. La eutanasia se permite bajo condiciones muy específicas: el paciente debe haber solicitado la eutanasia de manera libre y voluntaria; debe sufrir una enfermedad o dolencia irreversible que le cause un sufrimiento intolerable; el médico tratante debe consultar

la opinión de al menos un colega que no esté involucrado en el tratamiento del paciente y, una vez realizada la eutanasia, el médico debe notificar el procedimiento a una comisión regional de revisión (19).

En el año 2002 entró en vigor la “Ley de Comprobación de la Finalización de la Vida a petición propia y del Auxilio al Suicidio”, que consta de 24 artículos. En el artículo 2 se presentan los requisitos para practicar la eutanasia, entre ellos: 1) la petición del paciente debe ser voluntaria y bien meditada. 2) El padecimiento del paciente ha de ser insoportable y sin esperanzas de mejora. 3) El paciente ha de conocer y comprender su situación y las perspectivas de futuro con las que cuenta. 4) El médico y el paciente deben estar convencidos de que no existe ninguna otra solución razonable para la situación en la que se encuentra el paciente. 5) se debe consultar a otro facultativo y éste debe corroborar que se cumplen los requisitos anteriores y si el paciente padeciera sufrimiento psicológico se deberá consultar a dos médicos, uno de ellos, suele ser un médico han recibido una formación específica y homologada para evaluar de forma neutra si el paciente cumple estrictamente con los criterios de cuidado legal, son miembros del “Servicio de Apoyo y Consultoría para la Eutanasia en los Países Bajos” (SCEN) según las siglas en inglés (Support and Consultation on Euthanasia in the Netherlands). Los médicos SCEN son doctores en ejercicio (en su gran mayoría médicos de familia o generales). Es de suma importancia que los médicos consultores evalúen al enfermo y emitan un informe sobre su situación. 6) La práctica de la eutanasia o del suicidio asistido debe realizarse con el máximo cuidado y esmero profesional posible (19).

Además de los requisitos anteriores, deben cumplir otros relacionados con la edad del paciente: 1) ser mayores de 18 años, estar plenamente conscientes o haber expresado voluntades anticipadas. 2) menores de 16 a 18 años, estar plenamente conscientes o con voluntades anticipadas y constatar que los padres o tutores participan en el proceso de decisión. 3) los menores de 12 a 16 años, tener madurez suficiente

y que los padres o tutores estén de acuerdo con la decisión del menor (19).

El artículo 7 de esta ley evidencia la modificación de la ley de 1984 en lo relativo a la disposición de cadáveres; la versión anterior establecía que el médico tratante no podía expedir el certificado de defunción de una persona muerta por la aplicación del auxilio al suicidio, debiendo informar al forense municipal y remitir el informe. El médico forense, una vez comprobado que se habían cumplido meticulosamente los requisitos expuestos en el artículo 2, lo comunicaba a la Comisión Regional de Comprobación; de no haberse cumplido, se dirigía al Ministerio Fiscal, para que, de ser necesario, aplicase el Código Penal. Con la modificación de 2002, el médico tratante sí puede expedir el certificado de defunción y, en caso de no haber considerado rigurosamente los seis criterios anteriores, la eutanasia y el suicidio asistido siguen siendo delitos según el Código Penal neerlandés. En consecuencia, no se puede hablar de la despenalización de la eutanasia ni del suicidio asistido en Holanda (19).

Tras la regulación en los Países Bajos, otros Estados europeos estructuraron marcos normativos similares. Bélgica promulgó su “Ley relativa a la Eutanasia” en 2002, despenalizando el procedimiento para pacientes mayores de edad con sufrimientos constantes, intratables e insoportables. Los requisitos belgas replican el modelo holandés: voluntariedad reiterada, el aval de un segundo facultativo y un plazo máximo de un mes entre la solicitud y su ejecución; además, en 2003 se incorporó la validez del documento de voluntades anticipadas (24).

Una ampliación significativa se produjo en 2013, cuando Bélgica autorizó la eutanasia en menores de edad bajo condiciones estrictas: diagnóstico de muerte inevitable a corto plazo, dolor físico insustituible, evaluación psicológica previa y consentimiento escrito de los progenitores (19). Cabe destacar que, si bien el Protocolo de Groningen (2005) ya regulaba la eutanasia neonatal en la región, las directrices clínicas insisten en priorizar los cuidados paliativos en la etapa pediátrica (24).

Por su parte, Luxemburgo aprobó la “Ley sobre el derecho a morir con dignidad” en febrero de 2008 (19, 24). Su estructura exime de sanción penal al médico, siempre que el paciente sea mayor de edad (o menor emancipado entre 16 y 18 años, con autorización tutelar), actúe sin coacción exterior y padezca una condición terminal irreversible (19, 24). Al igual que sus países vecinos, el marco luxemburgués exige la verificación del testamento vital cada cinco años, delega la supervisión en una Comisión Nacional de Control y Evaluación, garantiza la objeción de conciencia y tipifica legalmente la defunción como muerte natural (19, 24).

En la península ibérica, España reguló la eutanasia activa y el suicidio asistido mediante la Ley Orgánica 3/2021. Esta norma lo consagra como un derecho individual financiado por el Sistema Nacional de Salud, ejecutable tanto en instituciones públicas como privadas, así como en el domicilio del paciente, registrando el deceso bajo la categoría de muerte natural (24).

En contraste, el modelo suizo no autoriza formalmente la eutanasia activa, pero mantiene despenalizado el suicidio asistido desde una perspectiva altruista. Este sistema se rige por las pautas éticas de la Academia Suiza de Ciencias Médicas (SAMW) y por los protocolos de organizaciones no gubernamentales (como Exit o Dignitas). El marco legal suizo sanciona únicamente a quien preste ayuda por motivos egoístas o económicos, limitando la intervención médica a la correcta prescripción de la sustancia (19).

En Alemania, el Tribunal Constitucional derogó en 2020 el artículo 217 del Código Penal, que prohibía el suicidio asistido comercial o recurrente, y lo declaró incompatible con la carta magna; actualmente, el médico puede asesorar u orientar el proceso, pero está prohibido que realice la acción final (24). Por otro lado, Austria, Dinamarca, Finlandia, Italia y Noruega mantienen la prohibición de la eutanasia activa; no obstante, estos ordenamientos aceptan la limitación del esfuerzo terapéutico ante patologías terminales y reconocen legalmente las voluntades anticipadas de los pacientes (19).

Fuera del entorno europeo, Canadá legalizó la ayuda médica para morir en 2016, permitiendo la intervención de personal de enfermería con licencia especial bajo un estricto control judicial (24). En Oceanía, Nueva Zelanda se convirtió en 2021 en el primer país en ratificar el suicidio asistido mediante referéndum popular tras la falta de consenso parlamentario, mientras que, en Australia, los estados de Victoria (2017) y Australia Occidental (2019) aprobaron normativas autónomas similares (24).

En el continente americano coexisten enfoques diametralmente opuestos. En los Estados Unidos de América, el debate se originó en el ámbito jurídico en 1976 con el caso de Karen Ann Quinlan, lo que derivó en leyes estatales que permiten el rechazo de tratamientos de soporte vital. No obstante, la eutanasia y el suicidio asistido siguen proscritos a nivel federal, con excepciones específicas como la “Ley de Muerte con Dignidad de Oregón” (25).

El panorama latinoamericano está liderado por Colombia, cuya evolución jurisprudencial se sustenta en la Constitución de 1991. A través de las sentencias T-548 (1992) y T-493 (1993), la Corte Constitucional amparó el derecho a la autonomía del paciente para elegir sus tratamientos médicos y el libre desarrollo de la personalidad (25). Este avance doctrinal culminó en la histórica sentencia C-239 de 1997 —y su posterior ratificación en la T-970 de 2014—, que despenalizó la eutanasia como mecanismo para salvaguardar la dignidad humana, extendiendo el derecho tanto a enfermos terminales como a no terminales, bajo dos premisas fundamentales: la existencia de un sufrimiento profundo y la ejecución directa por un profesional de la medicina (25).

El marco normativo colombiano dio un giro doctrinal histórico con la Sentencia T-721 de 2017. En este fallo, la Corte Constitucional determinó que el derecho fundamental a una muerte digna no admite exclusiones por edad biológica del solicitante. Bajo los preceptos de igualdad, no discriminación y el interés superior del menor, el tribunal extendió esta garantía a niños, niñas y adolescentes (26).

Para su aplicación en el ámbito pediátrico, la jurisprudencia exige el diagnóstico inequívoco de una enfermedad terminal acompañada de un sufrimiento intenso. Asimismo, el procedimiento queda condicionado a una evaluación rigurosa dividida en cuatro dimensiones técnicas: la certificación del estado terminal, la valoración cualitativa del sufrimiento, la determinación de la capacidad cognitiva para decidir y la formalización de un consentimiento o asentimiento libre e informado. Este proceso debe ser revisado minuciosamente por un comité interdisciplinario que evalúe el nivel de desarrollo físico, psicológico, emocional y neurocognitivo del menor. En consonancia con este mandato, el Ministerio de Salud y Protección Social promulgó la Resolución 825 de 2018, que estructuró el protocolo clínico para la operativización del derecho de la población infantojuvenil (26).

En Argentina, el desarrollo normativo se encauzó inicialmente hacia la limitación del esfuerzo terapéutico y la procuración de órganos. La Ley 21.541 de 1977 legalizó la suspensión del soporte ventilatorio mecánico en pacientes con muerte encefálica con fines de donación, adoptando los criterios clínicos del Comité de la Escuela de Medicina de la Universidad de Harvard (27, 28). Posteriormente, las Leyes 23.464 de 1987 y 24.193 de 1998 extendieron la facultad de retirar las medidas extraordinarias de soporte vital a todos los pacientes en situación irreversible. La legislación argentina delimita estrictamente estas prácticas como rechazo terapéutico, diferenciándolas formalmente de la eutanasia activa (27, 28).

Por su parte, Ecuador mantenía un esquema punitivo estricto hasta inicios de la década de 2020. El artículo 146 del Código Orgánico Integral Penal (COIP) tipificaba la mala praxis profesional con responsabilidad penal para los médicos cuyas acciones desencadenaran el deceso de un paciente (28, 29). Aunque proyectos legislativos previos, como el Código Orgánico de Salud, buscaban introducir la autonomía del paciente para rechazar tratamientos, el cambio estructural se produjo con la Sentencia 67-23-

IN/24 del 7 de febrero de 2024. Mediante este fallo histórico, la Corte Constitucional declaró la constitucionalidad condicionada de las sanciones por homicidio, despenalizando formalmente la eutanasia activa e instruyendo al órgano legislativo a regular la materia. El dictamen reconoce el derecho a la muerte asistida para individuos aquejados por sufrimientos intensos derivados de patologías terminales o lesiones corporales graves e irreversibles, lo cual requiere una manifestación de voluntad libre, expresa e informada (30).

En Uruguay, la evolución legislativa se desarrolló en dos etapas diferenciadas. Inicialmente, la Ley N.º 18.473 (conocida como la Ley del Buen Morir o de Voluntad Anticipada) otorgó a los ciudadanos mayores de edad y psíquicamente aptos el derecho a rechazar procedimientos médicos que prolongaran artificialmente la vida en contextos de enfermedad terminal (29). Posteriormente, el ordenamiento penal introdujo, en su artículo 37, la figura del “homicidio por piedad” con el propósito de exonerar de sanción penal al cuerpo médico. Esta transición jurídica culminó con la aprobación y promulgación de la Ley N.º 20.431 de Muerte Digna, un instrumento específico que despenaliza y regula formalmente el acceso directo a la eutanasia activa y al suicidio asistido dentro del Sistema Integrado de Salud.

En contraste, Chile mantiene una prohibición absoluta de las prácticas eutanásicas y del auxilio al suicidio, tipificándolas penalmente bajo figuras que van desde el auxilio al suicidio hasta el parricidio u homicidio calificado, con base en el principio de protección biológica de la vida (31). Si bien el artículo 14 de la Ley 20.584 regula los derechos y deberes en materia de salud e introduce la prerrogativa del consentimiento informado para rechazar terapias, la misma norma prohíbe explícitamente que dicho rechazo persiga la aceleración artificial de la muerte o constituya un acto de eutanasia simulada. Esta restricción es ratificada por el artículo 16 en el contexto de la medicina paliativa y terminal (31).

Finalmente, en Venezuela la eutanasia activa permanece proscrita en todo el ordenamiento jurídico, limitándose la práctica médica a la limitación del esfuerzo terapéutico (32, 33). El

artículo 28 derogado de la Ley del Ejercicio de la Medicina de 1982 ya eximía a los profesionales de emplear medidas extraordinarias en pacientes irrecuperables. Este enfoque fue ratificado y tecnificado en el artículo 29 de la Ley vigente de 2011, que restringe el ingreso y la permanencia en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) mediante criterios estrictos de evaluación, prohibiendo el uso inútil, desproporcionado o dispendioso de recursos médicos en pacientes que se encuentren en la fase agónica o terminal de su enfermedad (32, 33).

Principios bioéticos y eutanasia

Como se evidencia en la definición de eutanasia y en las diferentes legislaciones al respecto, en la gran mayoría de los países el colaborador o el operador es el médico, quien actúa a petición de un enfermo terminal con un sufrimiento insoportable, de forma reiterada y bajo estrictos requisitos y supervisión. En general, no puede considerarse la despenalización de la muerte, sino la aplicación del derecho a morir con dignidad.

La finalidad del acto médico es mejorar la calidad de vida del enfermo, prevenir las enfermedades y promover la salud, aliviar el dolor y el sufrimiento ocasionados por la enfermedad, curar a los que se pueda y cuidar a los que no se puedan curar y, por último, evitar una muerte prematura y velar por una muerte en paz. Sí, como señala Goic (17), la eutanasia ha sido prohibida al médico desde la antigüedad griega. ¿Cómo resolvemos esta contradicción? (28).

La solicitud de eutanasia en el contexto de un paciente terminal con sufrimiento severo se considera, por la mayoría de los clínicos, bioeticistas y juristas, la máxima expresión de su autonomía. Este principio faculta al individuo para tomar decisiones libres y exentas de coacción, sustentándose en el derecho a la autodeterminación y en las garantías fundamentales consagradas en los ordenamientos constitucionales a nivel global (17, 28, 34).

El principio de autonomía obliga a informar al paciente del diagnóstico, del pronóstico y de

las posibilidades terapéuticas, con sus riesgos y beneficios, permitiéndole rechazar todo tipo de tratamiento o elegir otro si así lo desea. Esto también debería permitir al paciente escoger el momento, el lugar y la forma de su muerte, si el ordenamiento legal lo permitiera (17, 35). La operacionalización de este principio se realiza mediante el consentimiento informado, siendo necesario proporcionar toda la información y cerciorarse de que el paciente la ha comprendido y es competente para tomar la decisión de solicitar la eutanasia (17, 35).

Veatch, citado por Francisconi (36), pregunta: ¿Cuál es el límite de la autonomía del paciente terminal? Y refiere que las acciones de un individuo no pueden estar desvinculadas de las obligaciones y compromisos con sus semejantes; lo individual no puede estar por encima de lo colectivo como factor limitante de la acción.

Si lo individual no puede estar por encima de lo colectivo, ¿está el médico obligado a respetar la autonomía del paciente en estos casos? Pellegrino y Thomasma, citados por este mismo autor, manifiestan que matar no es parte de los actos médicos; ambos miembros del binomio médico-paciente terminal, por ser personas, tienen autonomía, lo que puede llevar al médico a no aceptar aquello que no le resulta moralmente tolerable, según su propio juicio moral (36).

El dilema en esta situación está en si la sociedad puede obligar a las personas a vivir contra su voluntad, restando importancia a morir con dignidad; una cosa es no resistirse a la muerte y otra es actuar para lograrla, de la misma manera que existe diferencia entre “permitir morir” y “causar la muerte”. Aceptar la muerte con dignidad no es resistirse a ella con medidas heroicas ni administrar un tratamiento que alivia el dolor y que, a la larga, causará la muerte; otra muy distinta es causar la muerte aplicando una medicación intravenosa que, de antemano, se sabe que provocará la muerte en pocos minutos. Si el paciente tiene derecho a morir con dignidad, es importante trabajar para que esto se cumpla, involucrando a todos los actores y proporcionando a los pacientes las condiciones para una muerte digna (1, 34, 37).

Otro eje conceptual relevante es el principio de beneficencia, que establece que todo procedimiento diagnóstico y terapéutico debe aplicarse en estricto beneficio del paciente, garantizando su seguridad y efectividad, bajo el compromiso de hacer el bien. En el ámbito del final de la vida, este principio se manifiesta como una respuesta compasiva ante el sufrimiento ajeno del enfermo en etapa terminal. Así, conduce al profesional de la salud a facilitar un proceso de bien morir en aquellos enfermos que lo soliciten de manera informada y reiterada, integrando esta acción como parte de su responsabilidad asistencial, siempre que no colisione con el juicio moral u objeción de conciencia del propio médico (17, 33, 34, 38).

Como señala Gallardo, citado por Francisconi (36), el dilema bioético de la eutanasia radica en el conflicto directo entre los principios de beneficencia y de autonomía. Por un lado, el profesional de la salud tiene la obligación de respetar la voluntad del paciente en resguardo de su derecho a la autodeterminación. Por otro lado, mantiene el deber de aplicar tratamientos seguros y eficaces. Bajo esta última premisa, los sectores opuestos argumentan que provocar la muerte de forma deliberada no constituye un procedimiento terapéutico seguro ni efectivo, por lo que el auxilio a morir no podría ser catalogado como un acto de beneficencia o compasión clínica (34, 35).

De igual manera, el médico está obligado a no causar daño de forma premeditada, lo cual se fundamenta en el principio hipocrático “Primum non nocere”, también conocido como principio de no maleficencia. En la práctica, este principio se concreta en el equilibrio entre los beneficios y los riesgos de cualquier actuación médica, y ésta ha de estar siempre a favor de los beneficios del enfermo, de hacer el bien. Al médico se le exige la máxima generosidad y virtud; en ninguna circunstancia podría negarse a prestar ayuda a un enfermo terminal en gran sufrimiento. Sin embargo, no es lo mismo acompañar a bien morir que provocar la muerte. El paciente terminal tiene derecho a estar cómodo, con condiciones higiénicas adecuadas y cuidados generales. Tiene derecho a estar sin dolor y con el menor sufrimiento posible, a estar siempre acompañado

con respeto y compasión que le permitan abordar los temas de su preferencia; debe recibir la ayuda espiritual de su predilección o no recibirla si es su deseo; tiene derecho a estar con sus seres queridos y a no exagerar la terapéutica. Esto constituye el derecho de los pacientes a morir con dignidad (1, 17, 34, 35).

Torrealba (37) refiere lo difícil que es conciliar todas las posiciones en torno a la eutanasia, porque el punto de partida de los interlocutores en estos debates es diametralmente opuesto. Los intereses en torno al problema de la eutanasia son de índole diversa y no solo éticos. Si consideramos el principio bioético de la autonomía, en el que los dos actores de la relación son personas, por ser sujetos morales, ambos tienen libertad en la toma de decisiones; de esta manera, no solo el paciente tiene derecho a que se respeten su elección tomada de forma libre y consciente, sino que también el médico es merecedor de respeto a su decisión de no participar en el acto mismo de la eutanasia.

Continuando con esta línea de pensamiento, el médico también es autónomo y no se le puede exigir actuar en contra de sus propias creencias y valores, ni proceder en contra de su conciencia. Todo ser humano tiene una conciencia que le permite distinguir, en su interior, lo correcto de lo incorrecto, lo bueno de lo malo, la conducta ética y moral de la inmoral y contraria a la ética. La conciencia establece los compromisos éticos útiles para cada persona, y esos mandatos son obligaciones para quienes en ellos creen. Se tiene la apreciación constante y universal de que la conciencia no es un simple deseo ni un mero capricho. La conciencia se asemeja, en algunos aspectos, a la ley, porque esta no es ni caprichosa ni arbitraria y nos obliga a cumplirla. Por eso, cuando se actúa en función de la conciencia, las personas se sienten bien porque siguen sus dictámenes, elegidos personalmente (38).

El médico, al negarse a realizar este acto, se acoge a la objeción de conciencia. Esta se entiende como la negativa a cumplir un mandato de la autoridad o de una norma jurídica, invocando la existencia de un imperativo filosófico-moral o religioso que prohíbe, impide o dificulta su

cumplimiento en el ámbito de su conciencia. Es la oposición de la ley de la conciencia a la ley jurídica; es el rechazo moral a participar en ciertos actos incompatibles con sus valores morales (38).

La objeción de conciencia en medicina es la negativa de un profesional a ejecutar un acto médico o a cooperar, directa o indirectamente, en su realización, aunque haya sido aprobado por las normas legales, cuando el profesional lo considera contrario a la moral, a los usos deontológicos o a las normas religiosas propias (38).

La decisión de objeción de conciencia ha de ser expuesta ante un comité de bioética y adecuadamente justificada a partir de las creencias morales y religiosas del profesional; no se trata de una negativa sin fundamento, sino de un acto reflexivo, sin prejuicios, coherente con el actuar constante del profesional, sin que ello constituya un acto irresponsable (38).

La objeción de conciencia del profesional ha de ser respetada. No obstante, esta objeción no podrá constituir un perjuicio directo para el paciente. Los centros de salud tienen la obligación de atender las necesidades de los pacientes y de las comunidades a las que sirven, asegurándose de brindar el cuidado merecido a cada uno de ellos, de forma eficiente y eficaz (38).

Morir es un acto personal, cultural y religioso; es un proceso, mientras que la muerte es un instante. El compromiso profesional en la atención del paciente terminal es promover el bienestar, sin sufrimiento y en buenas condiciones, acompañado de sus seres queridos, con respeto a sus creencias y valores, de acuerdo con lo que represente el buen morir para cada uno. El buen morir es el cierre de un trayecto en paz, con significado para la persona y la familia, así como para los profesionales que intervienen en este proceso.

REFERENCIAS

1. Castillo Valery A. Ética médica ante el enfermo grave. Editorial JIMS, S.A., 1986.
2. Pérez PC. Sobre el concepto de valor. Una propuesta de integración de diferentes perspectivas.

- 13278-60-1.
3. García Jiménez LR. La muerte desde la mirada de la historia, la literatura y el arte. Disponible en <http://servicio.bc.uc.edu.ve/postgrado/manongo21/21-12.pdf>.
4. Martín Murcia F. Cambios sociales y trastornos de la personalidad posmoderna. *Papeles del Psicólogo*. 2006; 27(2):104-15.
5. Von Engelhardt D. La eutanasia entre el acortamiento de la vida y el apoyo a morir: experiencias del pasado, retos del presente. *Acta Bioética*. 2002;VIII(1):55-66.
6. Küng H, Jens W. Morir con dignidad. Un alegato a favor de la responsabilidad. Editorial Trotta. 2ª ed. Madrid. 2004.
7. Gil Yépez C. Introducción a la Medicina Antropológica. Organización de Bienestar Estudiantil. Universidad Central de Venezuela. Caracas, 1974.
8. Gil Yépez C. Tres estudios sobre medicina antropológica. Editorial médica venezolana. Caracas. 1974.
9. Laplanche J. Vida y muerte en psicoanálisis. Amorrortus Editores. Buenos Aires. 2001.
10. Costa OC. Para comprender el sufrimiento humano. *Rev Bioét*. 2016; 24 (2): 225-34.
11. Lombardi MA. Integración de lo antropológico a la comprensión del paciente como persona en la práctica profesional. Material mimeografiado. Cátedra de Psiquiatría. Escuela de Medicina Luis Razetti. Universidad Central de Venezuela. Caracas. 2011.
12. Kessler D, Kübler-Ross E. Sobre el duelo y el dolor. Edic Luciérnaga. Madrid. 2016.
13. Taboada P. El derecho a morir con dignidad. *Acta Bioethica*. 2000; VI(1): 91-101.
14. Llanos Escobar A. El morir ha cambiado. *Bol Sanit Panam*. 1990;108(5-6):465-72.
15. Amorim Biondo Ch, Paes da Silva MJ, Dal Secco LM. Distanasia, eutanasia y ortotanasia: percepción de los enfermeros de unidades de terapia intensiva e implicaciones en la asistencia. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2009; 17(5): 613-619.
16. Ferreira S, Porto D. Mistanasia x Qualidade de vida. *Rev Bioét (Impr.)*. 2019; 27 (2): 191-5.
17. Gherardii C. Eutanasia. *MEDICINA (Buenos Aires)*. 2003; 63: 63-69.
18. Sierra G. Eutanasia: no confundir conceptos. Opina, marzo 2021. Disponible en: http://www.mgyfsemg.org/medicinageneral/revista_99/pdf/602-603.pdf
19. Jiménez GA, Granados BM, Fernández MC. Revisión legislativa de la eutanasia, suicidio asistido y muerte digna en Europa. *Biblioteca Lascasas*. 2015; 11(2).
20. Goic GA. Apuntes sobre la eutanasia. *Rev Méd Chile*. 2005;133: 371-375.
21. Collado Madurga AM, Piñón Gámez A, Odales Ibarra R, Acosta Quintana L, Serra Larín S. Eutanasia y valor absoluto de la vida. *Rev Cubana Hig Epidemiol*. 2011;49(3):450-58.
22. Rachels J. Eutanasia activa y pasiva. *N Engl J Med*. 1975;292: 78-80.
23. Paredes Escobar MC. Limitación del esfuerzo terapéutico en la práctica clínica. *Acta Bioeth*. 2012;18(2):163-171.
24. Bartolín-Guillén JM. Eutanasia, suicidio asistido y psiquiatría. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2021; 41(140): 51-67.
25. Cantillo Arcón JC, Bula Beleno AA. Eutanasia activa directa y consentimiento del sujeto pasivo como eximente de responsabilidad penal en eventos de enfermedades incurables no terminales. Una aproximación interdisciplinar desde el test de proporcionalidad en sentido estricto. *Estud Socio-juríd Bogotá*. 19(1): 13-41.
26. Serie de documentos Política pública y Democracia N° 3/febrero 2021. Universidad de los Andes, Colombia, y Universidad Nacional de Colombia, PP&D Políticas Públicas y Democracia, Grupo de Investigación Análisis de las Políticas Públicas y de la Gestión Pública (APPGP). Facultad de Derecho, Ciencias Políticas y Sociales, Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá.
27. Przygoda P. La eutanasia y el suicidio asistido en la Argentina y otros países. *Medicina*. 1999;59:195-200.
28. Llivicura Bonilla MC. Eutanasia: Un dilema ético. Trabajo de titulación previo a la obtención del título de médico. Universidad de Cuenca. Ecuador. 2022.
29. Betancour P, Alessandro M. La eutanasia y la muerte digna en el ordenamiento jurídico ecuatoriano. *Debate Jurídico Ecuador. Revista Digital de Ciencias Jurídicas de UNIANDÉS*. 2020;3(1):65-76.
30. Mella C. La Corte Constitucional de Ecuador legaliza la eutanasia. *El País*. 2024. Disponible en <https://elpais.com/america/2024-02-07/la-corte-constitucional-de-ecuador-legaliza-la-eutanasia.html>
31. Esparza Reyes E. Disposición del derecho a la vida de los menores de edad. *Acta Bioethica*. 2019; 24 (1): 25-34.
32. República Bolivariana de Venezuela. Ley del ejercicio de la medicina en Venezuela. *Gaceta*

- Oficial N° 3.002 1982.
33. República Bolivariana de Venezuela. Ley del ejercicio de la medicina. Gaceta Oficial N° 39.823. 2011.
 34. Cortes GJ. Aspectos bioéticos al final de la vida: Derecho a morir con dignidad. Cuad Hosp Clín La Paz. 2006;51(2):97-102.
 35. Azulay Tapiero A. Los principios bioéticos: ¿se aplican en la situación de enfermedad terminal? Med Interna (Madrid). 2001;18(12):650-54.
 36. Francisconi CF. Eutanasia: una reflexión desde la mirada bioética. Bioética. 2007; 7: 110- 115.
 37. Torrealba F. Eutanasia, libertad y responsabilidad social. Anuario Psicol. 1998;29(4):91- 99.
 38. Martínez K. Medicina y objeción de conciencia. An Sist Sanit Navar. 2007; 30 (2): 215-223.

Sedación profunda en enfermos terminales

Deep sedation in terminally ill patients

Fabio Fuenmayor

RESUMEN

La sedación profunda en pacientes terminales es un procedimiento médico indicado para abolir la conciencia de una persona con enfermedad terminal que padece un sufrimiento insoportable o un agotamiento extremo debido a síntomas refractarios al tratamiento. Debido a su carácter excepcional, no constituye una práctica rutinaria ni frecuente, por lo que su aplicación exige una rigurosa evaluación bioética. Asimismo, presenta marcadas diferencias respecto de los procedimientos eutanasícos y no sustituye los tratamientos médicos indicados para las dolencias del paciente. El presente artículo aborda los conceptos fundamentales de la sedación profunda en la etapa terminal, los criterios clínicos para su indicación, la evaluación de sus aspectos bioéticos, así como las pautas de aplicación práctica y los elementos que la distinguen de la eutanasia.

Palabras clave: sedación, enfermedad terminal, síntomas refractarios, bioética, eutanasia

SUMMARY

Deep sedation in terminally ill patients is a medical procedure indicated to eliminate the consciousness of a person with a terminal illness who is experiencing unbearable suffering or extreme exhaustion due to symptoms refractory to treatment. Given its exceptional nature, it is neither routine nor frequent; therefore, its implementation requires a rigorous bioethical assessment. Furthermore, it differs significantly from euthanasia procedures and does not replace the medical treatments indicated for the patient's ailments. This article addresses the fundamental concepts of deep sedation in the terminal stage, the clinical criteria for its indication, the evaluation of its bioethical aspects, as well as practical application guidelines and the elements that distinguish it from euthanasia.

Keywords: sedation, terminal illness, refractory symptoms, bioethics, euthanasia

ORCID:

[0009-0008-4634-1907](https://orcid.org/0009-0008-4634-1907)

***Autor:** Fabio Fuenmayor. Teléfono: 0412-2251652. E-mail: ffuenmayor62@gmail.com

Médico cirujano. Especialista en Anestesiología. MSc. en Bioética. Caracas - Venezuela

Recibido: 31 de julio 2026

Aceptado: 08 de septiembre 2026

INTRODUCCIÓN

La sedación profunda en enfermos terminales constituye una intervención médica compleja desde el punto de vista técnico y altamente debatida en el ámbito bioético. Consiste en la abolición de la conciencia en pacientes con enfermedad terminal que experimentan un sufrimiento insoportable derivado de síntomas refractarios al tratamiento disponible, o bien que presentan un estado de agotamiento extremo e infructuoso (1,2). Al igual que en cualquier procedimiento clínico, resulta fundamental definir con precisión sus indicaciones y

objetivos, así como ponderar los dilemas bioéticos asociados; más aún al tratarse de un recurso que suprime la conciencia del paciente y, por ende, su capacidad para revocar el consentimiento informado durante el acto médico. Aunque los distintos modelos bioéticos facilitan la toma de decisiones, en el contexto del final de la vida, los plazos se reducen y no siempre se dispone de la información completa para realizar una evaluación holística (3) que integre las dimensiones histórica, social y personal del individuo o de sus familiares al solicitar la sedación. No obstante, el abordaje analítico desde los modelos personalista y principialista ofrece un marco idóneo para orientar la indicación del procedimiento y prevenir la medicalización excesiva en la etapa terminal.

Dado que la intervención se realiza en la fase final de la enfermedad, la inminencia de la muerte representa un factor crítico a considerar, pues se interviene en una vivencia única e irrepetible del ser humano: su proceso de morir. Por este motivo, resulta inviable aplicar protocolos de actuación rígidos, lo que hace imperativa la individualización de cada caso.

Algunos autores identifican la sedación profunda en enfermos terminales como un tipo de eutanasia “lenta y misericordiosa” (4). Esto demuestra que no se tienen claros los conceptos y los objetivos de los procedimientos médicos que, aun cuando se asemejen por sus consecuencias visibles, se diferencian mucho en cuanto a sus propósitos y significados clínicos.

Definiciones

Enfermo terminal: persona que padece una enfermedad que no puede curarse, detenerse ni retrasarse y que se encuentra en una fase tan avanzada que determina un pronóstico de vida de días o de pocas semanas (5).

Sedación: del inglés sedation (6), es el acto de calmar mediante un sedante. Un sedante es un medicamento que comúnmente induce calma en el sistema nervioso (7). Los grupos de medicamentos con efecto sedante son: benzodiacepinas,

hipnóticos, antipsicóticos, neurolépticos, anticonvulsivantes y antihistamínicos, entre otros.

Sedación profunda: es un procedimiento médico que consiste en abolir la conciencia del paciente sobre una sintomatología refractaria, o sobre un procedimiento traumático (2,7).

Síntoma refractario: es aquel que no puede mitigarse tras la aplicación de todos los procedimientos médicos adecuados disponibles (2).

Sufrimiento insoportable: es aquel padecimiento que genera un malestar de tal magnitud que el paciente prefiere dejar de tener conciencia de sí mismo.

Criterios médicos para la administración de la sedación profunda

Tal como se ha señalado, la sedación profunda en el paciente terminal consiste en la abolición de la conciencia para aliviar uno o varios síntomas que resultan incontrolables con el tratamiento médico adecuado y disponible. Dichos síntomas refractarios generan en el enfermo un sufrimiento insoportable o un estado de agotamiento extremo. Esta intervención se considera una medida de excepción en los cuidados paliativos, cuyo propósito fundamental es el control sintomático, la optimización de la calidad de vida y la preservación de la autonomía del paciente. Aunque la sedación se indica cuando el control de los síntomas fracasa, conlleva un impacto deletéreo en la autonomía funcional del individuo. No obstante, en situaciones de agotamiento severo derivado de intervenciones previas, el recurso a la sedación profunda intermitente puede constituir una opción válida para preservar el bienestar y la dignidad en la etapa final.

El sufrimiento insoportable constituye una condición altamente individualizada e intrínseca al paciente terminal. De carácter multifactorial, se articula a partir de una interacción de síntomas físicos, psicológicos, así como de determinantes personales y socioambientales. Por ello, se

requiere una evaluación y un abordaje sistemáticos de cada uno de estos factores, previos a la solicitud del consentimiento informado para la sedación.

Así, el dolor refractario puede convertirse en la causa principal de este sufrimiento insoportable, situación que suele exacerbarse en sistemas de salud con severas limitaciones de acceso a analgésicos de alta potencia y a técnicas avanzadas de algología, como ocurre en el sistema sanitario venezolano. Asimismo, existen otros síntomas extrapiramidales y del sistema nervioso central que, por sí solos, justifican la indicación de sedación profunda, tales como el vértigo severo, el delirio, la psicosis y las crisis convulsivas incontrolables. Por otra parte, existen algunos síntomas refractarios que, por sí solos, pueden generar un agotamiento innecesario y deletéreo de las condiciones de vida e incluso acortar el tiempo de vida, que puede ser muy necesario y requerido por la persona. Estos síntomas habitualmente interfieren con el sueño; así ocurre con el hipo, el prurito, la tos, la disnea y el insomnio.

En el contexto del paciente en etapa terminal se distinguen dos modalidades principales de sedación: la continua, indicada fundamentalmente en la fase agonizante o preagónica, y la intermitente, orientada a brindar periodos de descanso al enfermo mediante ventanas de vigilia que le permitan satisfacer sus necesidades básicas de alimentación e interacción social.

Es preciso enfatizar que la sedación paliativa no constituye una terapia sustitutiva, sino una medida complementaria dentro de los cuidados paliativos. Por lo tanto, exige mantener las intervenciones terapéuticas dirigidas al control de los síntomas refractarios. El procedimiento consiste en la administración titulada de fármacos sedantes para reducir el nivel de conciencia, sujeto a estrictos protocolos de seguridad (que incluyan dosificación gradual, monitorización continua y dosis de rescate) y respaldado por una rigurosa evaluación bioética previa.

Debido a su complejidad técnica y ético-clínica, la sedación en el enfermo terminal debe ser realizada por un profesional médico debidamente capacitado, con competencias tanto

en farmacología paliativa como en el abordaje bioético de las decisiones al final de la vida.

Del análisis bioético al consentimiento informado

Aunque la evaluación bioética debe ser holística —pudiendo fundamentarse en la metodología integral propuesta por Ludwig Schmidt (3)—, la praxis médica cotidiana suele enfrentarse a limitaciones de tiempo e información en la historia clínica del paciente. En el escenario del enfermo terminal, esta dificultad se acentúa debido a la rápida evolución del cuadro clínico, en el que los cambios se suceden a tal velocidad que la formalización de los consentimientos informados por escrito resulta poco práctica, dada su efímera vigencia.

Tal como se planteó previamente, tanto el modelo principialista como el personalista brindan un marco conceptual valioso para deliberar éticamente en estos escenarios. Por ello, se propone integrar y jerarquizar ambos enfoques mediante un esquema estructurado de preguntas orientadoras que facilite la toma de decisiones clínicas fundamentadas sobre la sedación. A continuación, se expone el análisis detallado a partir de la convergencia entre ambos modelos.

Bioética de los Principios

1. *Principio de no maleficencia*: debemos preguntarnos si la sedación puede causarle daño al enfermo, incluso en un caso extremo, que podría provocarle la muerte, de manera que sería una eutanasia y no una sedación. Si bien es cierto que los sedantes pueden deprimir el centro respiratorio y ocasionar la muerte, en una buena práctica médica, cuando se cumplen los protocolos de seguridad, lo que suele ocurrir es que el paciente fallece por la enfermedad terminal y no por la sedación. No obstante, existe otro tipo de muerte que puede ocurrir durante la sedación, la muerte biográfica (8); desconectar la conciencia del enfermo

le impedirá socializar problemas que pueden ser muy importantes en los últimos minutos de su vida, como hablar con un ser querido o manifestar alguna decisión; en este caso se trataría por ejemplo de establecer comunicación con sus médicos tratantes y manifestar voluntades anticipadas en relación con la adecuación de las medidas terapéuticas (9). El tercer elemento que considerar es que el procedimiento a aplicar le impedirá manifestar la causa de una parte del sufrimiento que podría resolverse.

2. *Principio de Beneficencia:* deben existir parámetros evaluables que permitan demostrar que el paciente se encuentra mejor como consecuencia de la sedación. Esto es particularmente demostrable en la sedación intermitente (10) mediante el testimonio del enfermo, mientras que la sedación continua amerita evaluar las condiciones del enfermo en función del deterioro que produce la enfermedad.
3. *Principio de Autonomía:* La autonomía constituye el eje vertebral del modelo principialista; en el ámbito bioético, su salvaguarda resulta indispensable para el respeto integral de la dignidad de la persona. Por esta razón, la sedación profunda se considera una medida de excepción, éticamente equiparable a la anestesia general, pero con la salvedad de que, en el contexto paliativo, con frecuencia carece de reversibilidad. Ahora bien, la autonomía del enfermo terminal suele verse comprometida y condicionada por su vulnerabilidad. A menudo, las solicitudes del paciente responden más a la percepción de las expectativas u orientaciones de su entorno sociofamiliar que a una deliberación genuinamente individual. Asimismo, el deterioro funcional progresivo puede llevar al enfermo a desear la pérdida de conciencia; no obstante, en dicho estado de insensibilidad se anula la posibilidad de percibir y experimentar el afecto y el acompañamiento de sus allegados. Dado que el sufrimiento es de naturaleza multifactorial,

la respuesta paliativa exige intervenciones individualizadas para cada componente del cuadro clínico. En este escenario, representa un reto de alta exigencia deliberativa para el clínico discernir cuándo la solicitud de sedación por parte del paciente vacila entre el deseo indirecto de acelerar el desenlace vital bajo una fachada terapéutica y la demanda legítima de transformar sus condiciones de vida; es decir, entre una salida apresurada y una indicación médica para el alivio de un síntoma severo y refractario (11).

4. *Principio de Justicia:* este principio guarda una relación estrecha con los recursos disponibles para el paciente. El primer requisito para una sedación en el enfermo terminal es la presencia de síntomas refractarios al tratamiento, pero en nuestro medio muchos síntomas son refractarios porque no hay disponibilidad del tratamiento. Un ejemplo muy claro es el del dolor: en Venezuela, el vademécum de medicamentos no incluye el 80 % o más de las presentaciones y tipos de analgésicos opioides que existen en otros mercados; de la misma forma, han desaparecido o hay una escasez importante de muchos otros medicamentos indispensables para el control de síntomas. Las limitaciones del tratamiento paliativo son el epílogo de lo que fueron el tratamiento curativo y los procedimientos diagnósticos en un enfermo crónico y catastrófico, con recursos depauperados y una evolución acorde con esa deficiencia de recursos, que está cansado de vivir en la desesperanza (12). El principio de justicia permite proponer al paciente alternativas terapéuticas acordes con su situación, sin manifestar opiniones personales sobre lo que podrían ser nuestras decisiones en un trance similar.

Bioética Personalista

Aun cuando los fundamentos de este modelo de bioética guardan una relación estrecha con los principios anteriores y muchos conceptos parecen

repetirse, su incorporación al análisis le da un carácter más universal al proceso.

1. *Defensa de la vida:* En cuidados paliativos, este principio se identifica con el acto médico que reivindica la vida del sujeto hasta sus últimos momentos, considera la muerte como parte de la vida y procura alcanzar una de las metas de la medicina: “Procurar una muerte en paz”. La sedación del enfermo terminal procura la paz durante un morir inminente como una de las metas de la medicina asumidas por la Asociación Médica Mundial (13).
2. *Principio de Integridad:* El paciente terminal no es una máquina biológica a punto de colapsar; es un ser humano que goza de dignidad y trascendencia, que deben ser atendidas, inmersas en un carácter único e irrepetible. Analizar este conjunto complejo de particularidades nos permite determinar el tipo de sedación, cómo proponerla en el consentimiento informado y cuáles serán sus posibles alcances y adversidades. En condiciones similares, por ejemplo, de dolor o discapacidad refractarios, los pacientes pueden presentar necesidades diferentes y, en ocasiones, hasta contrapuestas.
3. *Libertad y responsabilidad:* Más allá de la visión inmediateista del Principio de Autonomía, la libertad de la que debe disponer el individuo está asociada a una responsabilidad por las consecuencias de sus decisiones; pero esa responsabilidad asociada a la libertad no es nueva: el individuo la carga desde que comenzó a comportarse de manera independiente. Las opciones de las que puede disponer hoy, en gran parte, son el resultado de las decisiones que tomó en el pasado. Este atributo, visto desde el pasado, modula un poco al principio de autonomía, pero sobre todo ayuda a evaluar el cuarto elemento de este modelo.
4. *Compromiso de sociabilidad y subsidiariedad:* Como seres sociales, tenemos el deber ético de comportarnos de manera solidaria con nuestros semejantes; esto atañe tanto al

médico como al paciente y a su entorno. Todos cumplimos una función que nos determina y nos relaciona con el otro, en este caso, el enfermo, su entorno social y el equipo asistencial. Si bien la sedación del enfermo terminal está indicada en casos de sufrimiento insoportable, ese sufrimiento es multifactorial y no es exclusivamente de carácter médico; por lo tanto, se debe tener mucho cuidado de no medicalizar factores de sufrimiento que no pertenecen al ámbito médico y, mucho menos, pretender aliviarlos con la farmacología. La sedación en el enfermo terminal es un acto médico y, como tal, debe ser entendido y asumido, recordando siempre su carácter extremo y complementario. Para cumplir con este principio de subsidiariedad, el médico debe contar con conocimientos científicos y humanísticos, así como con capacidad técnica.

El Consentimiento Informado

Una vez definido el criterio médico para realizar la sedación y realizado el análisis bioético del paciente y de sus circunstancias, se debe solicitar un consentimiento informado válido a quien tenga la potestad de decidir. El primer criterio de validez del consentimiento es la información veraz, entendible y prudente (14). Para suministrar este tipo de información debemos comenzar por demostrar las características del problema. Ejemplo: si se trata de una sintomatología refractaria al tratamiento y de la falta de acceso a otros procedimientos terapéuticos capaces de producir alivio. En este punto se alcanza el nivel de soporte, es decir, hasta que punto el enfermo puede tolerar el síntoma o que amerita la sedación.

Es muy importante obtener un consentimiento basado en los intereses y necesidades de la persona, y que la decisión sea libre, en el sentido de que se le permita valorar si realmente la sedación es la vía para mejorar su calidad de vida y no una manera de ausentarse socialmente “para dejar de molestar”. De acuerdo con los estudios de Kübler-

Ross (15), la muerte en paz se alcanza en un estado emocional de aceptación, y la aceptación es un proceso consciente; otros estados emocionales no parecen ser los más recomendables para iniciar una sedación profunda. Debemos recordar que aún desconocemos aspectos importantes de la farmacología de las drogas utilizadas en la sedación al final de la vida. Empíricamente sabemos que muchos pacientes sin capacidad de comunicación entienden mensajes y que sus signos vitales se modifican al comunicarse con ellos verbalmente.

En muchas ocasiones el consentimiento informado es otorgado por los familiares cuidadores. Se deben analizar de manera muy concienzuda los beneficios para el paciente y descartar sutilmente los intereses de los cuidadores que no coinciden con los del paciente. Por último, la revocatoria del consentimiento informado se determina mediante la evaluación continua del procedimiento; en otras palabras, la solicitud de consentimiento debe mantenerse de manera continua con base en los resultados y en la evolución clínica del enfermo.

Diferencia entre sedación en enfermos terminales y eutanasia

La sedación en el enfermo terminal es un acto médico con fines terapéuticos claros y precisos; por tratarse de una medida extrema, muchas veces se le denomina “Sedación al Final de la Vida” porque coincide con éste; es necesario aclarar que este concepto es errado, ya que la indicación no guarda relación con el final de la vida, por el contrario, la sedación tiene como indicación mejorar la calidad de la vida, no acabarla; esto bajo el paradigma de los cuidados paliativos tiene como objetivo de atención, procurar que lo que le quede a la persona sea vida y no una angustiosa espera de la muerte. La eutanasia se diferencia de la sedación en su intención: la eutanasia procura la muerte, mientras que la sedación procura el alivio de los síntomas mediante la inconsciencia o la mejoría física de un enfermo agotado. También difieren en el proceso: la sedación es un proceso controlado y vigilado, mientras que en la eutanasia

no es necesario. Por último, la sedación puede ser reversible mientras que la eutanasia siempre es irreversible. Durante una sedación, se puede permitir alcanzar ciertas metas, como la llegada de un ser querido, lo cual puede ser muy importante para el paciente y el familiar, prescindiendo de la angustia del sufrimiento; en la eutanasia, esta posibilidad está totalmente descartada.

Aspectos y experiencias prácticas de la sedación en enfermos terminales

La sedación en enfermos terminales es una práctica médica extrema; por lo tanto, su uso es poco frecuente entre quienes trabajan de manera continua en servicios de cuidados paliativos. Esto no desmedra su importancia y utilidad cuando debe emplearse. En nuestro medio el síntoma refractario se produce con mayor frecuencia por limitaciones materiales y farmacológicas que por condiciones propias del paciente. El dolor “intratable” puede presentarse cuando el paciente aún se encuentra lejos de la fase preagónica e incluso en las fases agónicas, debido a la inaccesibilidad a analgésicos potentes. Los requerimientos de analgésicos suelen disminuir.

Las sedaciones intermitentes suelen indicarse con mayor frecuencia que las sedaciones permanentes, como en casos de insomnio y de miedo nocturno. En la práctica, la sedación intermitente muchas veces no es solicitada por desconocimiento del paciente y de su cuidador, y por lo complicada y laboriosa que suele ser para el terapeuta. Otro factor que incide en la escasa solicitud de sedación, en general, es que, al alcanzar la calma emocional, el paciente no suele requerir sedación farmacológica.

La mayoría de los pacientes que solicitan y son beneficiarios de la sedación continua son aquellos que han logrado expresar sus voluntades anticipadas, encuentran realizados sus objetivos vitales y padecen enfermedades muy destructivas físicamente, pero que ocasionan una muerte lenta y dolorosa, con una fase preagónica larga y torturadora; son las llamadas “enfermedades que destruyen, pero no matan”. Algunos ejemplos de

ellas son muchos casos de cáncer de próstata y de cuello uterino, enfermedades degenerativas de la motoneurona, secuelas de patologías quirúrgicas de difícil control, entre muchas otras, todas de baja frecuencia. Por lo tanto, las instituciones o personas que realizan con frecuencia esta práctica probablemente carezcan de los criterios médicos y éticos descritos hasta el momento.

La sedación paliativa es un procedimiento complementario y no sustitutivo. Por ende, toda indicación de sedación debe acompañarse de las medidas de soporte inherentes al cuidado de un paciente con compromiso de la conciencia, manteniendo simultáneamente los esquemas terapéuticos dirigidos al control de la sintomatología refractaria que motivó la intervención.

El estándar de oro para inducir sedación lo constituyen los fármacos con acción moduladora sobre el sistema nervioso central (sedantes). Asimismo, es posible emplear agentes hipnóticos, siempre que se monitoricen estrictamente sus efectos depresores sobre la función respiratoria y se encuentren rigurosamente documentados tanto los criterios de uso como los protocolos de vigilancia clínica.

Aunque algunas publicaciones sugieren el uso de opioides para este fin y la literatura farmacológica respalda que estos pueden potenciar el efecto hipnótico de los sedantes (16), los opioides están indicados específicamente para el alivio del dolor, la disnea y la tos, y no como agentes primarios de sedación. En general, los opioides potentes resultan efectivos frente al dolor intenso de etiología nociceptiva (no neuropática). A dosis e indicaciones adecuadas, los opioides no producen depresión respiratoria clínicamente relevante. La depresión del sistema nervioso central asociada a su uso inadecuado puede ser erróneamente interpretada como sedación; sin embargo, responde a la hipercapnia (retención excesiva de CO_2) secundaria a la depresión del centro respiratorio. En consecuencia, la administración de opioides potentes (como morfina o fentanilo) durante la sedación profunda en el paciente terminal solo se justifica si formaban parte del esquema analgésico previo del paciente.

Dilemas comunes en la Sedación Paliativa

¿Es la sedación paliativa exclusiva para enfermos terminales?

La respuesta es no. Cualquier individuo cuyo sistema nervioso se encuentra sometido al desgaste amerita ser tratado con sedación paliativa intermitente. El caso más común es el de los pacientes recluidos en Unidades de Cuidados Intensivos.

¿Puede ocasionarse algún daño al paciente con la sedación paliativa?

Como cualquier otra terapia, puede tener efectos secundarios indeseables. Adicionalmente, al tratarse de enfermos con enfermedades graves, estos efectos no deseados pueden ser de gran importancia. Esta es la razón por la que los profesionales que la practican deben contar con suficiente entrenamiento y experiencia.

¿Cómo determinar si la solicitud de sedación responde a una necesidad del enfermo, a evitar ser una carga para la familia o, peor aún, a una forma disimulada de solicitar la eutanasia?

La clave para disipar estas dudas radica en el procedimiento de obtención del consentimiento informado. El consentimiento informado se otorga mediante la firma de un contrato de intención entre el paciente y el médico. Si en el contrato está claramente establecido que la intención del médico nunca será provocar la muerte, la eutanasia quedará descartada y el enfermo así lo entenderá. Por su parte, la tramitación del consentimiento informado entre el médico y un enfermo capaz permite indagar en sus verdaderas necesidades y en los alcances que él precisa que debe tener la sedación. Si el enfermo no está en condiciones de prestar consentimiento, el médico tendrá que abordar con el tutor los motivos y el alcance de la sedación paliativa.

Reflexión final

El enfermo no puede ser visto como una fotografía; al momento de la evaluación nos encontramos con una historia, con un pasado que

le pertenece, que él se ha dedicado a construir y sobre el cual va a tomar sus propias decisiones. Esta cosmovisión del ser humano nos permite entenderlo cuando toma decisiones tan drásticas como abandonar el tratamiento, solicitar la eutanasia o la sedación al final de la vida (12).

REFERENCIAS

1. Quintero V, Martínez C, Agámez C. Sedación paliativa en enfermedad terminal. *Rev Colomb Cancerología*. 2022; 26(1):3-13.
2. Vilches Y, González Barón M. Cuidados en la agonía, síntomas refractarios y sedación. En: González M, Coord. *Tratado de Medicina Paliativa*. 2.^a edición. Editorial Panamericana. 2007;799-806.
3. Schmidt L. Método y análisis holístico e interpretación de casos bioéticos. San Pablo colección Biodiké. 2008;3.
4. Nogueira FL, Sakata RK. Sedación paliativa del enfermo terminal. *Rev Bras Anesthesiol*. 2012;62(4).
5. Irurzun Zuazabal J. Actuación paliativa en las distintas fases de la enfermedad terminal. En: Astudillo W, Mendinueta C, Díaz-Albo E, editores. *Los cuidados paliativos, una labor de todos*. San Sebastián: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos (SOVPAL); 2007. p. 15-30.
6. Oxford Compact English Dictionary. Oxford University Press. 1996.
7. Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas. Editorial Salvat. 11a edición. Barcelona: 1981.
8. García Garcés L. Papel de la enfermería para garantizar una muerte en paz mediante la planificación anticipada de la asistencia sanitaria [tesis doctoral]. Valencia: Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir; 2016.
9. Broggi MA. Las voluntades anticipadas. *Humanitas Humanidades Médicas*. 2003; 1(1): 61-70.
10. Santos D, Della A, Barlocco B, Pereyra J, Bonilla D. Sedación paliativa: experiencia en una unidad de cuidados paliativos de Montevideo. *Rev Méd Urug*. 2009;25(2).
11. Azulay A. La sedación terminal. Aspectos éticos. *An Med Interna (Madrid)*. 2003;20(12).
12. Fracapani M. Limitaciones de tratamiento. Ed Lumen. Buenos Aires: 1997. p. 73-86.
13. The Hastings Center Report. Los objetivos de la medicina. Establecer nuevas prioridades. 1996. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/j.1552-146X.1996.tb04777.x>
14. Simón P. El consentimiento informado. Editorial Triacastela. Madrid 2000. Capítulo 3. 207-247.
15. Kübler-Ross E. Sobre la muerte y los moribundos. Grijalbo. 1975.
16. Aldrete J, Paladino M. Farmacología: para Anestesiólogos, Intensivistas, Emergenciólogos y Medicina del Dolor. Corpus Editorial. 2006; 17: 195-210.

Reflexiones sobre donación de órganos

Reflections on organ donation

Anabela Arminio Recalde

RESUMEN

El concepto de donación es la piedra angular de los procesos de trasplante de órganos y tejidos. Sin donantes no hay trasplantes. La donación es un acto moral que, por su propia naturaleza, trasciende la relación mercantilista, la cual pone el énfasis en lo comprado e iguala al comprador y al vendedor, al haber un pago por un bien y este pago satisface a ambas partes; en la donación, el énfasis está en la relación entre las partes, no en el objeto donado. Es una relación altruista que lleva que los actores a abandonar un individualismo cerrado y a adoptar un individualismo abierto que opera en el marco de las ideas de la responsabilidad social y el bien común.

Palabras clave: donación de órganos, altruismo, trasplante

SUMMARY

Donation is a cornerstone of organ and tissue transplantation. Without donors, there are no transplants. Donation is a moral act and, by its nature, transcends the mercantilist relationship that emphasizes what is purchased and equalizes buyer and seller when there is a payment for a good, and this payment satisfies both parties; in donation, the emphasis is on the relationship between the parties, not on the donated object. This altruistic relationship moves actors from closed individualism to open individualism, operating within the framework of social responsibility and the common good.

Keywords: organ donation, altruism, transplant

ORCID:

[0009-0003-2857-7186](https://orcid.org/0009-0003-2857-7186)

***Autor:** Anabela Arminio Recalde. Tel: +58 416 6387801. E-mail: anabela.arminio@gmail.com

Médico Cirujano. Especialista en Nefrología, MSc en Bioética-UCV. Jefe del Servicio de Nefrología y Trasplante Renal. Hospital Universitario de Caracas. Asesor Médico Organización Nacional de Trasplante de Venezuela (ONTV). Caracas - Venezuela

Recibido: 31 de julio 2026

Aceptado: 11 de septiembre 2026

INTRODUCCIÓN

Si una persona sufre la falla irreversible de un órgano, una de las alternativas terapéuticas sería la sustitución del órgano enfermo por uno sano, si este puede reemplazarse por uno proveniente de un donante fallecido o vivo, o por un segmento de un órgano capaz de regenerarse, y que dicho procedimiento no cause daño al donante.

Así, en 1954, surgió el trasplante renal como tratamiento de elección para la enfermedad renal crónica avanzada, ya no como algo experimental. Hoy, se podría afirmar que solo el cerebro no se considera susceptible de trasplante, lo que

evidencia el impresionante avance de la medicina de trasplantes.

Un programa de trasplantes necesariamente requiere donantes: sin donantes no hay trasplantes, y es sobre el significado de la donación que debemos reflexionar para comprender la complejidad moral, filosófica y ética del problema.

La donación, según el Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua, es un acto de liberalidad por el cual una persona dispone gratuitamente de una cosa que le es propia en favor de otra que la acepta. En la donación, lo importante no es el objeto donado, como ocurre en una relación mercantilista: si compro algo, lo importante es lo que compro, no la relación con el vendedor; si dono algo, lo que importa no es lo donado, sino la relación que se establece entre donante y receptor, que ha de ser para ambas partes voluntaria y libre y, por tanto, dotada de cualidad moral. El valor deja de estar en el objeto para afianzarse en los sujetos —donante y receptor—, dibujándose así una relación que trasciende el individualismo tradicional para alcanzar otro individualismo, menos cerrado, más permeable al otro y que ya hace parte de una respuesta de responsabilidad social.

La liberalidad de la donación la rescata de un mero carácter fáctico, como ocurre en la relación de compraventa, y enaltece las relaciones humanas habituales, en las que los objetos son con frecuencia más importantes que los sujetos implicados. Donar es un acto que va más allá de la relación mercantilista establecida en una compraventa: no se le puede fijar un precio a lo donado, pues el valor radica en el gesto, en la dación, en la ofrenda, y allí no se puede establecer equivalencia. El que dona un órgano da una parte de sí mismo, de su cuerpo: no algo que le pertenece, sino algo que es de su propio ser. Por ello que la donación debe ser una decisión propia, nunca delegada. Nadie debe decidir por el donante (1,2)

La relación generada por una donación siempre será asimétrica, pues no existe una transacción económica que iguale a ambas partes. En el caso que nos ocupa, que es la donación de órganos o

tejidos para trasplante, no se dona para tener, para que el receptor tenga o posea algo, sino para ser, para que el receptor siga siendo. Se dona una parte del propio ser para que otro pueda continuar su propia trayectoria vital. La existencia permite la manifestación de la esencia; entonces, si a través de una donación la persona sigue existiendo, en realidad continúa manifestando su esencia, su ser.

La donación introduce relaciones no utilitarias en la obtención y distribución de elementos necesarios para el bien común, y muchas veces estas relaciones no utilitarias no son comprendidas por sociedades que solo entienden como buenas las relaciones simétricas y tasables.

El receptor de una donación no debe perder nunca su libertad: debe reajustarla mediante el agradecimiento. La donación no debe ofender ni degradar al receptor, que siempre deberá sentirse igual que el donante en cuanto a dignidad se refiere. El receptor de la donación debe entenderla como una invitación a su propio crecimiento y nunca como una degradación de su ser (3).

La donación de órganos o tejidos para trasplante siempre ha de ser libre y tanto en el caso del donante vivo como en el del donante fallecido, se considera de beneficencia supererogatoria, es decir, excede lo exigido moral y legalmente. Nadie está obligado a donar, pues si donar es un ejercicio de libertad, no puede haber condicionantes y las partes deben entenderlo así. Se genera una relación desinteresada en la que no se busca el retorno ni una contraprestación, sino que lo que interesa es el otro, el “alter”: el altruismo (4).

La confidencialidad de la donación en el caso del donante cadáver es una parte importante del altruismo ejercido: la familia donante y el receptor desconocen el origen y el destino del órgano trasplantado, por lo que el beneficio de la donación deja de ser estrictamente personal para ubicarse en el terreno del beneficio social colectivo. En algunos países esto no funciona así y todas las partes tienen derecho al conocimiento íntegro del proceso, lo cual deriva de diferencias morales entre sociedades, pues unas preservan la libertad individual como valor supremo y otras prefieren que la memoria colectiva del bien causado sea

lo predominante, es decir, el personalismo de la primera opción se transforma en valor comunitario (5).

Donación, ética y leyes

La mayoría de los procedimientos médicos no están sometidos a legislaciones especiales: bastan los códigos propios de la profesión y las leyes generales que rigen en el país; pero la donación y los trasplantes sí son objeto de legislación especial, que además va cambiando según la evolución de las necesidades, las técnicas de intervención y la moralidad y la ética de las sociedades y de los agentes implicados.

Y ¿por qué ocurre esto? Porque, para hacer un trasplante, primero hay que obtener el órgano a trasplantar – ya sea de donante vivo o de donante fallecido – y esta donación compromete a dos sujetos – donante y receptor – con intereses contrapuestos, legítimos y absolutamente respetables. Inclusive el donante fallecido, que, por estarlo, ya no debería tener intereses que defender, sí genera necesidades de respeto en función de la persona que fue y de los vínculos que los familiares siguen manteniendo con el difunto, representados en el cadáver. También juegan un papel los sistemas de creencias y costumbres de cada sociedad, que deben ser respetados y para los cuales se debe legislar para regular todos estos aspectos (6).

El personal de salud involucrado en los procesos de donación y trasplante tiene una profunda responsabilidad moral y debe evaluar constantemente su propia actuación. Los conceptos de vida, muerte, responsabilidad social, libertad y consentimiento, forman parte del discurso cotidiano de esta actividad, pero hay que entender que algunos principios garantistas de la salud que encontramos en países desarrollados, no pueden ser aplicados estrictamente en contextos menos privilegiados, sin que esto libere a los implicados en este quehacer de su obligación moral, ética y legal de cumplir los principios y normas vigentes

y estar siempre sometidos al escrutinio legal y la discusión ética (4,6).

Las leyes sobre trasplantes ponen especial énfasis en evitar la comercialización y el tráfico de órganos y tejidos, manteniendo el concepto de donación altruista, pilar fundamental de esta actividad médica tan poliédrica, que la sitúa en el marco ético que la hace plenamente justificable ante toda la sociedad.

El proceso de donación en el caso del donante fallecido debe ser siempre respetuoso de la decisión del donante y su familia, pues, aunque la figura del consentimiento presunto está presente en la mayoría de las leyes de trasplante vigentes en los diferentes países y permitiría la extracción legal de los órganos, si no hay conocimiento cierto de la voluntad en contrario del difunto, siempre se solicita la autorización familiar, pues así se refuerzan las ideas de solidaridad y altruismo, principios que han de regir toda la actividad de trasplante de órganos y tejidos.

Donar un órgano no es obligatorio. El donante, tanto vivo como fallecido, siempre ha de ser libre. Además, el principio ético de no maleficencia debe proteger siempre al donante, tanto vivo como fallecido, pues dicho principio obliga, en este último caso, a diagnosticar con certeza la muerte de esa persona para que ninguno de los procedimientos médicos o quirúrgicos a los que será sometido sea la causa de su muerte, sino que ésta haya sido certificada previamente. El principio de no maleficencia debe prevalecer siempre sobre el principio de beneficencia, que, con seguridad, ampara al receptor que requiere el órgano.

¿A quién corresponde cumplir la tarea? ¿Quién debe acometer la labor de obtener los órganos, distribuirlos según criterios éticamente correctos y acordados con anterioridad entre las partes y realizar los trasplantes necesarios? La respuesta es sencilla pero muy compleja: le corresponde a la sociedad como un todo, que estará entregando los órganos de sus difuntos para resolver el problema de los enfermos que

requieren un órgano para recuperar su salud y mejorar su calidad de vida y le corresponde al Estado como gestor del bien-común y basado en la donación altruista (con valor, pero sin precio), que este procedimiento médico se mantenga en el marco ético y legal donde debe ser ejercido.

REFERENCIAS

1. Domingo Moratalla A, Domingo Moratalla T. Filosofías del don. Usos y abusos de la donación en la ética contemporánea. *Rev VERITAS*. 2013; (8): 41-62.
2. Barreto González D. La donación y lo imposible. Aproximación a la filosofía de Jean-Luc Marion. *Almogaren*. 2005; 37:11-37.
3. Martínez-Uriónabarrenetxea K. Bioética y trasplante de órganos. *Dial Traspl*. 2008;29 (3):116-24.
4. Gracia D. La tradición política y el criterio de justicia: el bien de terceros. *Fundamentos de Bioética*. Ed. Eudema Universidad. Bogotá. 1989; p. 199-311.
5. Rosel J, Frutos MA, Blanca MJ, Ruiz P. La decisión de donar órganos: variables contextuales y consecuencias de la decisión. *Psicothema*. 1995; 7: 605-18.
6. Pérez HI. Aspectos éticos de la donación de órganos, más allá de la mera generosidad. *Gastroenterol Latinoam*. 2016;27(Supl 1): S76-S78.

Integridad vs. Fraude científico

Integrity vs. Scientific Fraud

Romy Casbarro Arriaga

RESUMEN

La integridad científica y la veracidad académica son los pilares fundamentales que sostienen el avance del conocimiento y la confianza social en la ciencia. No obstante, el entorno académico actual enfrenta retos significativos que ponen a prueba estos principios morales y profesionales. Objetivo: Analizar los desafíos que la cultura académica contemporánea plantea a la integridad científica y proponer estrategias orientadas a consolidar una práctica investigativa ética y transparente. Desarrollo: Se examina el impacto de la presión por publicar ("Publish or Perish") y cómo las métricas bibliométricas pueden distorsionar la calidad de la producción científica. Se discuten las diversas manifestaciones de mala conducta o inconducta científica en la publicación, desde la deformación de la autoría hasta la fragmentación de resultados, y se analiza la necesidad de marcos legales y éticos más robustos, ilustrada por el debate sobre la criminalización del fraude. Conclusiones: Preservar la veracidad científica requiere trascender la autorregulación y avanzar hacia una cultura de rendición de cuentas. Se propone

la adopción de nuevas métricas de impacto social (DORA) y la implementación de guías de integridad en las instituciones de salud, como herramientas esenciales para garantizar que la investigación cumpla su fin trascendental al servicio de la sociedad.

Palabras clave: ética científica, integridad científica, bioética, publicaciones científicas, veracidad de la ciencia

SUMMARY

Scientific integrity and academic veracity are fundamental pillars that sustain the advancement of knowledge and social trust in science. However, the contemporary academic environment faces significant challenges that test these moral and professional principles. Objective: To analyze the challenges imposed by contemporary academic culture on scientific integrity and to propose strategies aimed at consolidating a transparent and ethical research practice. Methods: This study conducted a reflective analysis of scientific misconduct and its relationship to current bibliometric pressures. Results/Development: The study examines the impact of "Publish or Perish" pressure, showing how bibliometric metrics can distort the quality of scientific output. The paper discusses various manifestations of publication misconduct (from authorship distortion to result fragmentation) and the need for robust legal and ethical frameworks, illustrated by the debate over criminalizing scientific fraud. Conclusions: Preserving scientific veracity requires moving beyond self-regulation toward a culture of accountability. The adoption of new social impact metrics aligned with DORA and the implementation of integrity guidelines in health institutions are proposed as essential tools to ensure that research fulfills its transcendental purpose in the service of society.

ORCID:

[0000-0003-3411-0155](https://orcid.org/0000-0003-3411-0155)

***Autor:** Romy Casbarro Arriaga. Tel: +58 04242119163.
E-mail: medicinaoral.casbarro@gmail.com

Odontóloga. MSc. en Medicina Estomatológica, MSc. en Bioética, Doctora en Seguridad Social. Profesor Agregado de la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela. Caracas - Venezuela

Recibido: 31 de julio 2026

Aceptado: 11 de septiembre 2026

Keywords: scientific ethics, scientific fraud, scientific integrity, publications, bioethics, veracity.

INTRODUCCIÓN

La integridad científica se define como el comportamiento ético que promueve principios de honestidad, responsabilidad, objetividad y respeto hacia la labor ajena (1). Como señala Martínez-Suárez (2): la transparencia y la veracidad son reglas inexcusables en los ámbitos docente y científico, espacios donde cualquier sesgo de falsedad compromete la integridad del conocimiento.

Toda la estructura de la ciencia se basa en un postulado fundamental: la presunción de que los investigadores siempre dicen la verdad. Si el objetivo de la ciencia es descubrir la verdad sobre los fenómenos naturales mediante el método científico, resulta paradójico suponer que, en su ejercicio, exista un intento de falsear datos. Inventar una “verdad” sabiendo que es falsa constituye una contradicción intrínseca a la labor investigativa (3).

La ciencia es un producto humano y, como tal, los científicos están sujetos a pasiones, ambiciones y presiones que pueden sobrepasar la integridad personal y llevar a la mentira. Aunque la sociedad suele tolerar ciertas formas de engaño, la ciencia cuenta con mecanismos de seguridad que limitan la vida útil de cualquier fraude: el espíritu crítico de la comunidad, la replicabilidad de los estudios en distintos laboratorios, el arbitraje riguroso de los comités de bioética y de los comités editoriales, y la naturaleza abierta del trabajo científico (2).

El fraude científico: una amenaza para la credibilidad de la ciencia

Desde una aproximación conceptual, el fraude científico se distingue del error involuntario por la presencia de dolo e intencionalidad en la manipulación de los resultados (4,5). En el ámbito de la investigación, la Academia Nacional de Ciencias de EE. UU. y el *Committee on Publication Ethics* (COPE) definen el fraude como la fabricación, falsificación y plagio en la propuesta, ejecución o comunicación de resultados (3,6). A diferencia del error honesto o de la

negligencia (inherentes a la falibilidad humana y, a veces, necesarios para el avance científico), el fraude es una acción deliberada para distorsionar la verdad y engañar a la sociedad (3).

Para sintetizar la extensa variedad de conductas fraudulentas, estas pueden categorizarse según su etapa de ejecución (2,7,8):

- En la elaboración e investigación: Incluye la invención de datos, la manipulación de resultados para obtener valores “p” significativos (masaje estadístico) y el uso de “*paper mills*” o escritores fantasmas.
- En la autoría y los méritos: Se manifiestan en la autoría ficticia o de regalo, la inflación del currículum y el sensacionalismo (divulgación mediática antes que científica).
- En la difusión y publicación: Destacan la duplicación o redundancia de artículos, el autoplagio (cuando no se fundamenta en la necesidad de una base para nuevas investigaciones) y la autocita exagerada.

Mención especial merece la ética de las referencias bibliográficas. Desde la perspectiva de la integridad científica, la legitimidad de las citas es un indicador crítico de la honestidad intelectual. Más que un requisito formal, la referencia representa el nexo con el conocimiento previo que sustenta la validez del texto; en consecuencia, su manejo inadecuado o malintencionado constituye una vulneración ética fundamental (3,8).

Publicar o morir: la cultura del falseamiento

El avance científico depende del intercambio de hallazgos mediante publicaciones; sin embargo, la presión por publicar grandes volúmenes en plazos mínimos ha generado el síndrome conocido como ‘*publish or perish*’. En esta dinámica, la publicación se percibe como la meta última y el indicador principal de productividad y de reputación profesional (6,9).

Instituciones y rankings globales, como el *Times Higher Education Index*, refuerzan esta

tendencia al asignar hasta el 60 % de su puntuación a la investigación, en la que el volumen de publicaciones es determinante (10). Esta estructura de incentivos vincula directamente el avance profesional, la obtención de financiamiento y la permanencia en cargos académicos a indicadores bibliométricos. Como resultado, el objetivo final del investigador se desplaza hacia la cantidad de citas y publicaciones, a menudo “a casi cualquier precio” (2).

La base de datos Retraction Watch evidencia las consecuencias de esta presión: desde 2010 se observa una tendencia creciente de retractaciones científicas, que superan las 39.000 en la última década, con un incremento proyectado del 23 % anual (11). Como señalan Tudela y Aznar (6), casi la mitad de estas acciones se deben a dudas sobre la autenticidad de los hallazgos y la integridad del proceso de investigación.

Bunge sostiene que la mayoría de los fraudes científicos se originan en la “ansia de prestigio instantáneo” (10). Cuando el sistema de recompensas prioriza la cantidad sobre la calidad, se incentiva la toma de “atajos”: alterar resultados u ocultar datos que no se alinean con la hipótesis (2, 9). Bajo estas condiciones, la mística de la ciencia cede ante una “cultura del engaño” que atrapa a los profesionales más predispuestos (12). Ante la creciente suspicacia sobre la autoría y la veracidad de las obras, es imperativo analizar los hechos con objetividad para preservar la verdad científica.

Las publicaciones: la punta del iceberg del fraude científico

El paradigma de “tanto públicas, tanto vales” incentiva la apropiación de ideas ajenas y la saturación de los sistemas editoriales (6, 13). Como advierte França-Tarragó (14), un volumen inusualmente alto de publicaciones de un solo autor debe ser una señal de alerta para examinar la integridad de su obra. En 2023, se alcanzó un récord de 10.000 retractaciones a nivel mundial, lo que no solo evidencia un desperdicio de fondos públicos y otros financiamientos, sino que también

socava la confianza en el conocimiento científico (9).

Dentro del ecosistema de inconductas o malas conductas en la publicación, destacan categorías que distorsionan la autoría y la novedad:

- **Deformación de la autoría:** Incluye desde la autoría ficticia (regalo, cortesía o presión) hasta la exclusión de autores reales (fantasmas), lo que diluye la responsabilidad ética en el crédito científico (15).
- **Segmentación y redundancia:** La publicación duplicada (mismas hipótesis, métodos y resultados) y la “publicación salami” (fragmentación de un mismo proyecto en unidades mínimas) saturan las bases de datos sin aportar información relevante (16-19). Se exceptúa la “publicación secundaria” en otro idioma, siempre que sea transparente y esté autorizada por los editores (20,21).
- **Autoplagio y apropiación:** El uso de material propio previamente presentado como nuevo constituye un engaño a la buena fe editorial (6). Aún más grave es la apropiación de manuscritos no publicados por parte de árbitros o evaluadores para beneficio personal (3).

Asimismo, el conflicto de intereses (especialmente el económico), subyace en muchas de estas prácticas cuando la entidad financiadora busca alterar o bloquear resultados que no le benefician (22-25). Esto se manifiesta en sesgos de publicación (omitir resultados no significativos), manipulación estadística para resaltar fenómenos inexistentes u ocultamiento de detalles técnicos para impedir la replicabilidad (22, 26).

En última instancia, los comités editoriales actúan como filtros, pero su alcance es limitado. El artículo publicado es apenas la punta del iceberg; poco se puede saber del proceso de investigación real que lo precede. Tanto el error como la mentira pueden tener una larga vida en la ciencia si los mecanismos de supervisión fallan ante el afán de notoriedad (3).

¿Es penalizable el fraude científico?

El plagio, definido como la apropiación ilícita de ideas o resultados ajenos, constituye una forma de simulación y un atentado contra la propiedad intelectual (27, 28). Para la *US Office for Research Integrity* (ORI), este integra, junto con la fabricación y la falsificación, el núcleo de la “mala conducta científica” (*research misconduct*) (4, 29). Como advierte Bunge, el plagio no es un error común, sino una “estafa perpetrada con pericia” ante la comunidad científica (10).

En la actualidad, el acceso a la información y la cultura del *copy-paste* han normalizado estas prácticas desde la etapa escolar (2). Sin embargo, surge un debate ético-legal: ¿deberían estas acciones ser sancionadas con multas o con prisión? (30,31). Desde la filosofía del derecho, la criminalización se justifica si el acto representa una amenaza real para terceros y resulta intrínsecamente injusta (31, 32). En biomedicina, el riesgo es directo: datos falsos pueden derivar en protocolos clínicos erróneos, lesiones o muertes, además de socavar la confianza pública en la ciencia (33, 34).

Un hito histórico es el caso de Eric Poehlman (2006), el primer científico estadounidense sentenciado a prisión efectiva por falsificar datos en solicitudes de subvención y en publicaciones sobre obesidad. Tras la denuncia de un técnico de su equipo, fue condenado a un año y un día de cárcel e inhabilitado de por vida para el ejercicio de la actividad investigativa con fondos públicos (34).

Pese a la gravedad de estos casos, la autorregulación institucional sigue siendo el modelo predominante. No obstante, este enfoque presenta conflictos de interés: las universidades, al investigarse a sí mismas, suelen priorizar la protección de su reputación por encima de la transparencia (35, 37). La transición hacia sanciones penales más estrictas no solo desalentaría el fraude, sino que también obligaría a las instituciones a reformar sus normas y elevar el rigor ético. No existe una razón válida para que la ciencia carezca de la consistencia legal que se exige a otras profesiones (23).

CONCLUSIONES

Hacia una cultura de integridad

La autorregulación, aunque es el modelo predominante, presenta limitaciones críticas debido a la falta de transparencia y los conflictos de interés institucionales (36). Para revertir la “cultura del engaño”, es imperativo transitar hacia nuevos paradigmas de evaluación y control:

- **Nuevas métricas de valor:** Iniciativas como la Declaración de San Francisco (DORA) proponen evaluar la investigación por su calidad e impacto social real, desplazando la tiranía de los factores de impacto y el número de citas (9, 37).
- **Transparencia radical:** Las revistas deben priorizar el intercambio de datos experimentales brutos, lo que facilita la replicabilidad y la verificación por pares (9).
- **Rendición de cuentas:** las instituciones y los organismos financiadores deben implementar mecanismos de debida diligencia. Incluir declaraciones obligatorias sobre retractaciones previas en las solicitudes de subvención, verificables mediante bases de datos como Retraction Watch, actuaría como un disuasivo eficaz (9).

En el contexto venezolano, se han dado pasos significativos desde la academia. La línea de investigación Fraude e Integridad Científica del Centro Nacional de Bioética (CENABI-UCV) se ha desarrollado desde el 2022, con herramientas como la Guía de Pautas de Integridad Científica para Investigadores del Área de la Salud, incluida en el Trabajo de Grado para optar al Grado de Maestría de la autora de este artículo (38). Este recurso no sólo busca prevenir la mala conducta intencional, sino también instruir a los investigadores para identificar y evitar fraudes por desconocimiento, ofreciendo un marco adaptable a diversos centros de investigación.

Fomentar una cultura de integridad no es sólo un imperativo ético, sino también un mandato legal. La Ley de Universidades vigente define a

la institución como una comunidad volcada a la “búsqueda de la verdad” y al “esclarecimiento de los problemas nacionales” (39).

Como académicos, debemos asumir la responsabilidad imperativa de garantizar que la ciencia trascienda la mera producción de datos y se consolide como un baluarte de la veracidad. La integridad científica no es un requisito burocrático, sino el cimiento ético que sostiene la confianza pública en el conocimiento construido en la universidad. La plena convergencia entre los valores trascendentales y la praxis investigativa (en la que la transparencia y la rendición de cuentas sean pilares fundamentales) constituye la única garantía para que la ciencia cumpla su fin último: el progreso legítimo, la justicia académica y el beneficio genuino de la sociedad.

Declaración de uso responsable de IA: La autora declara haber utilizado la herramienta de inteligencia artificial Gemini (Google) para la optimización estilística y la síntesis de textos. El contenido intelectual, el análisis crítico y las conclusiones finales son responsabilidad exclusiva de la autora.

REFERENCIAS

1. Gracia D. Medicina basada en la evidencia: Aspectos éticos. *Bioética*. 2000;8(1):4-9.
2. Martínez-Suárez V. Veracidad académica y científica. *Pediatr Integral*. 2018;22(7):343-7.
3. Schulz P, Katime I. Los fraudes científicos. *Rev Iberoam Polim*. 2003;4(2):1-90.
4. Office of Research Integrity (ORI). Definition of Research Misconduct. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services; 2011.
5. Organización Panamericana de la Salud. Pautas éticas internacionales para la investigación en salud humana. Ginebra: CIOMS/OPS; 2017.
6. Tudela J, Aznar J. ¿Publicar o morir? El fraude en la investigación y publicaciones científicas. *Pers Bioét*. 2013;17(1):12-27.
7. Self-plagiarism: Unintentional, harmless, or fraud? [Editorial]. *Lancet*. 2009;374(9691):664.
8. Bielsa R. Las citas en los escritos sobre derecho. *Rev Col Abog Rosario*. 1929; 1:143-52.
9. Tran N. La mentalidad de “publicar o morir” está alimentando las retractaciones de artículos de investigación y socavando la ciencia. *The Conversation*. 2024. Disponible en: <https://theconversation.com>.
10. Bunge M. El fraude científico. *La Nación*. 2000. Disponible en: <https://www.lanacion.com.ar/38036-el-fraude-cientifico>.
11. The Center for Scientific Integrity. Retraction Watch Database. New York: The Center for Scientific Integrity. 2024. Disponible en: <http://retractiondatabase.org/>.
12. Delgado-López-Cózar E, Torres-Salinas D, Roldán-López A. El fraude en la ciencia: reflexiones a partir del caso Hwang. *El Prof Inf*. 2007;16(2):143-50.
13. Guraya SY, Norman RI, Khoshhal KI, Guraya SS, Forgione A. Publish or Perish mantra in the medical field: A systematic review of the reasons, consequences and remedies. *Pak J Med Sci*. 2016;32(6):1562-7.
14. França-Tarragó O. Estrategias para inhibir y prevenir el fraude en las investigaciones científicas. *Rev Latinoam Bioet*. 2014;14(27):90-9.
15. Bennet D, Taylor D. Unethical practices in authorship of scientific papers. *Emerg Med*. 2003;15(3):263-70.
16. Uzun C. Multiple submission, duplicate submission and duplicate publication. *Balkan Med J*. 2013;30(1):1-2.
17. Quan SF. The case of simultaneous submission: “Flying too close to the sun”. *J Clin Sleep Med*. 2014;10(8):833.
18. Kuzma S. Criminal liability for misconduct in scientific research. *Univ Mich J Law Reform*. 1992;25(2):357-401.
19. Alfonso F, Bermejo J, Segovia J. Publicación duplicada o redundante: ¿podemos permitirnoslo? *Rev Esp Cardiol*. 2005;58(5):601-4.
20. Bannura G. Publicación duplicada y auto-plagio en publicaciones médicas. *Rev Chil Cir*. 2017;69(1):1-2.
21. Slavin R. Best evidence synthesis: an intelligent alternative to meta-analysis. *J Clin Epidemiol*. 1995;48(1):9-18.
22. Sovacool B. Using criminalization and due process to reduce scientific misconduct. *Am J Bioeth*. 2005;5(5): W1-W7.
23. Bhutta Z, Crane J. Should research fraud be a crime? *BMJ*. 2014;349: g4532.
24. Pickett J, Roche SP. Questionable, objectionable or criminal? Public opinion on data fraud and selective reporting in science. *Sci Eng Ethics*. 2018;24(1):151-71.
25. Bravo R. Aspectos éticos en las publicaciones científicas. *Infodoc*. 2000. Disponible en: <http://www.infodoc.org/rafa bravo/fraude.htm>.

26. Miranda-Montecinos A. Plagio y ética de la investigación científica. *Rev Chil Der.* 2013;40(2):711-26.
27. Juyal D, Thawani V, Thaledi S. Plagiarism: an egregious form of misconduct. *N Am J Med Sci.* 2015;7(2):77-80.
28. Godlee F. Plagiarism and punishment. *BMJ.* 2007;335:6.
29. Redman B, Caplan A. Off with their heads: the need to criminalize some forms of scientific misconduct. *J Law Med Ethics.* 2005;33(2):345-6.
30. Redman B, Caplan A. No one likes a snitch. *Sci Eng Ethics.* 2015;21(4):813-9.
31. Büllow W, Helgesson G. Criminalization of scientific misconduct. *Med Health Care Philos.* 2019;22(2):245-52.
32. Resnik D. Data fabrication and falsification and empiricist philosophy of science. *Sci Eng Ethics.* 2014;20(2):423-31.
33. Hansson S. Do we need a special ethics for research? *Sci Eng Ethics.* 2011;17(1):21-9.
34. Bosch X. Historia reciente del fraude en la investigación biomédica. SEBBM. 2008. Disponible en: <https://revista.sebbm.es>.
35. Segev R. Should law track morality? *Crim Justice Ethics.* 2017;36(3):205-23.
36. Bouter L. From punishment to empower: A blame-free approach to research misconduct. *Nature Index.* 2019. Disponible en: <https://www.nature.com>.
37. Declaración de San Francisco sobre la Evaluación de la Investigación (DORA). 2012. Disponible en: <https://sfdora.org>.
38. Casbarro R. Fraude e integridad científica: consideraciones bioéticas y guía de pautas de integridad científica para investigadores del área de la salud [Tesis de Maestría]. Caracas: Universidad Central de Venezuela, 2022.
39. Congreso de la República de Venezuela. Ley de Universidades. *Gaceta Oficial de la República de Venezuela*, n.º 1.429 Extraordinario (Sept. 8, 1970).

Arbitraje de Publicaciones Biomédicas

Peer Review of Biomedical Publications

Rosa Gabriela Rondón Rodríguez

RESUMEN

El arbitraje de publicaciones científicas es un proceso fundamental para garantizar la calidad y la integridad de la información científica publicada, en particular en el ámbito biomédico. Este artículo revisa el sistema de arbitraje en las revistas biomédicas, su importancia en la validación de la ciencia, los desafíos que enfrenta y las mejores prácticas para lograr mayor transparencia, equidad y ética en el proceso. Asimismo, se aborda cómo el arbitraje por pares no solo valida los trabajos, sino que también favorece la mejora continua de las publicaciones científicas en el ámbito de la biomedicina. Se destacan también los retos que enfrenta el arbitraje, como el sesgo, la falta de diversidad y la saturación de revisores, lo cual afecta la objetividad y rapidez del proceso.

Palabras clave: arbitraje, publicaciones científicas, revistas biomédicas, revisión por pares, ética científica, transparencia

SUMMARY

Peer review in scientific publishing is a fundamental process to ensure the quality and integrity of published scientific information, particularly in the biomedical field. This article reviews the peer review system in biomedical journals, its importance in validating science, the challenges it faces, and best practices to improve transparency, fairness, and ethics. It also explains how peer review not only validates scientific work but also drives continuous improvement in biomedical publications. The challenges faced by peer review, such as bias, lack of diversity, and reviewer overload, which affect the objectivity and timeliness of the process, are also highlighted.

Keywords: peer review, scientific publishing, biomedical journals, scientific ethics, transparency

INTRODUCCIÓN

El arbitraje por pares es uno de los mecanismos más utilizados para garantizar la calidad científica en las publicaciones académicas, especialmente en revistas biomédicas, donde los avances científicos tienen un impacto directo en la salud pública y el bienestar de la sociedad. El sistema de arbitraje por pares, también conocido como “*Peer review*”, consiste en una evaluación crítica de los artículos por parte de expertos de la disciplina antes de su publicación.

Este proceso tiene la finalidad de verificar que los estudios sean metodológicamente sólidos, que los resultados se interpreten con

ORCID:

[0009-0008-9083-2260](https://orcid.org/0009-0008-9083-2260)

***Autor:** Rosa Gabriela Rondón Rodríguez. Tel: +58 : 0424-1725996. E-mail: rgrondonr@gmail.com

Odontóloga. Especialista en Ortodoncia, MSc. en Odontología, MSc. en Bioética. Profesor Asistente de la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela. Caracas - Venezuela

Recibido: 31 de julio 2026

Aceptado: 12 de septiembre 2026

precisión y que se respeten los principios éticos en toda investigación. Beauchamp y Childress (1) sostienen que la ética biomédica debe basarse en principios como la beneficencia, la justicia, la no maleficencia y la autonomía, principios que también deben observarse en la publicación científica, ya que esta representa una extensión del acto médico en el plano académico.

La función del arbitraje es preservar la integridad científica, al filtrar aquellos estudios que no cumplen con estándares éticos o metodológicos. En la biomedicina, donde los estudios suelen involucrar pacientes o sujetos humanos, es imperativo que las investigaciones respeten normas éticas rigurosas. Smith resalta que “la revisión por pares se ha mantenido como el estándar de oro de la calidad científica, aunque no está libre de imperfecciones” (2).

Este reconocimiento de sus limitaciones ha impulsado reformas en los modelos actuales de evaluación por pares. Finalmente, es necesario que el sistema de arbitraje responda a las exigencias de transparencia, eficiencia y responsabilidad.

El proceso debe equilibrar la confidencialidad con la equidad editorial, garantizando que tanto autores como revisores actúen conforme a estándares éticos claramente definidos. Lee (3) propone que “la revisión por pares abierta y responsable es una estrategia viable para reducir la opacidad editorial y fomentar la confianza en la literatura científica”.

Metodología del Arbitraje de Publicaciones Científicas

El proceso de arbitraje puede adoptar diferentes formas, y cada una de ellas conlleva implicaciones en materia de imparcialidad y transparencia. Los tres métodos más comunes son:

1. **Arbitraje Enmascarado Simple:** En este modelo, el revisor no sabe quién es el autor, pero el autor sí sabe quiénes son los revisores. Esto reduce el riesgo de que la relación personal entre los revisores

y los autores influya en el juicio (2). Sin embargo, el sesgo aún puede persistir si, por ejemplo, el revisor tiene intereses personales o profesionales que afectan su evaluación.

2. **Arbitraje Doble Enmascarado:** En este caso, tanto el autor como los revisores permanecen desconocidos entre sí. Este modelo ha sido el más utilizado en los últimos años porque reduce significativamente los sesgos en la evaluación (3). La imparcialidad de la revisión es un factor clave en el proceso, ya que los revisores deben evaluar el mérito científico del trabajo sin influencias externas.
3. **Arbitraje Abierto:** En este tipo de arbitraje, tanto el autor como los revisores conocen la identidad del otro. Este enfoque promueve la transparencia y la responsabilidad, pero puede generar conflictos de interés si el revisor percibe que su evaluación podría afectar su relación con el autor (1).

Fundamentos y evolución del arbitraje científico

La práctica del arbitraje científico tiene sus orígenes en el siglo XVII, con la aparición de las primeras sociedades científicas y de sus publicaciones periódicas. Un ejemplo emblemático es *Philosophical Transactions* de la Royal Society of London considerada la primera revista científica en implementar un sistema de evaluación externa. Este mecanismo inicial, aunque rudimentario, sentó las bases del control por pares como práctica destinada a validar el conocimiento antes de su difusión pública.

A medida que la ciencia se consolidaba como una actividad sistemática, fue necesario establecer mecanismos internos de regulación para asegurar la calidad del conocimiento producido. Mulligan y col. (4) explican que, en sus comienzos, el arbitraje era una práctica informal entre colegas que compartían intereses científicos afines. Sin embargo, con el paso del tiempo y el aumento de la producción científica, se volvió imprescindible formalizar el proceso para mantener estándares objetivos y comparables entre las publicaciones.

Durante el siglo XX, el crecimiento exponencial de los manuscritos científicos, impulsado por el aumento de universidades, institutos de investigación y especializaciones, condujo a la consolidación del arbitraje como etapa obligatoria en la mayoría de las revistas académicas. Esta institucionalización respondió no solo a la necesidad de seleccionar trabajos de calidad, sino también a la de filtrar información errónea o no replicable, un aspecto fundamental en el ámbito biomédico.

Ziman (5) argumenta que la revisión por pares constituye una manifestación del *ethos* de la ciencia moderna, es decir, una forma en que la comunidad científica ejerce control sobre sus propias normas, prácticas y resultados. Este control comunitario implica que los pares expertos juzgan la validez metodológica, la originalidad y la relevancia de los hallazgos, actuando como filtro epistémico y ético a la vez.

A partir de la década de 1990, el desarrollo de las tecnologías digitales provocó una transformación significativa en los modelos de arbitraje. Las plataformas electrónicas permitieron acelerar el intercambio de manuscritos y ampliar el alcance geográfico de los revisores. Bohannon (6) señala que estas innovaciones tecnológicas dieron lugar a nuevas formas de revisión, como el arbitraje abierto, en el que las identidades de autores y revisores son conocidas, o el arbitraje post-publicación, en el que los comentarios se generan después de que el artículo se difunde en línea.

Estos nuevos modelos han generado debates sobre la transparencia, la imparcialidad y la eficiencia. Mientras que el sistema doble ciego tradicional busca reducir sesgos personales, el modelo abierto apunta a aumentar la responsabilidad de los revisores y fomentar un diálogo más directo entre evaluadores y autores. Sin embargo, como advierte Bohannon (6), cada formato conlleva limitaciones y riesgos asociados, lo que ha generado una búsqueda constante de equilibrio entre rigor y flexibilidad.

En este contexto, Tennant y col. (7) han propuesto modelos colaborativos de arbitraje que integran elementos de revisión tradicional

con mecanismos de incentivo académico. Entre estos se incluyen el reconocimiento público a los revisores, la inclusión de sus informes en el expediente de publicación y la posibilidad de citarlos formalmente. Tales propuestas buscan contrarrestar la invisibilización del trabajo de revisión, que a menudo es extenso, riguroso y no remunerado.

Otra línea de evolución ha sido la implementación de plataformas abiertas de revisión, en las que múltiples revisores pueden comentar dinámicamente los manuscritos en desarrollo. Este enfoque permite una mayor pluralidad de voces y facilita el escrutinio colectivo, aunque también plantea retos logísticos y de moderación. Mulligan y col. (4) advierten que, si bien estas plataformas promueven la transparencia, pueden aumentar la presión sobre los autores y afectar la espontaneidad del diálogo crítico.

A pesar de todos estos avances, el sistema de arbitraje continúa siendo objeto de crítica por su lentitud, falta de homogeneidad y vulnerabilidad a conflictos de interés. Ziman (5) subraya que, aunque el sistema busca la objetividad, los juicios emitidos por los revisores pueden verse influidos por intereses personales, ideologías o disputas académicas previas. Por ello, la evolución del arbitraje también debe incluir marcos éticos más robustos y mecanismos de supervisión.

En el campo biomédico, el arbitraje adquiere una dimensión adicional: su papel como salvaguarda de la ética en la investigación en salud. La revisión de estudios que involucran seres humanos no solo exige rigor metodológico, sino también una evaluación crítica del respeto a los principios éticos fundamentales. En este sentido, la revisión por pares actúa como un filtro que puede impedir la publicación de investigaciones que no cumplan con estándares éticos aceptables.

Los desafíos actuales del arbitraje también implican la necesidad de una mayor diversidad entre los revisores. Muchas veces, los mismos especialistas son convocados repetidamente, lo que genera sobrecarga y posibles sesgos de perspectiva. Tennant y col. (7) plantean que un

sistema más inclusivo, con revisores jóvenes y provenientes de contextos distintos, puede enriquecer el debate y reducir el elitismo editorial.

En definitiva, la evolución del arbitraje científico refleja la complejidad de una ciencia global, dinámica y sometida a presiones crecientes. A pesar de sus imperfecciones, sigue siendo un componente indispensable del ecosistema académico. La revisión por pares no solo valida los contenidos científicos, sino que también asegura que la producción de conocimiento se realice de forma responsable, ética y transparente.

Dimensión bioética del arbitraje

La ética en la investigación biomédica no se limita a la aprobación de los protocolos por parte de los comités de ética institucionales. Al contrario, se prolonga hasta la publicación científica, donde el arbitraje por pares adquiere un papel regulador que vela por la calidad, la veracidad y la responsabilidad social del conocimiento difundido. Emanuel y col. (8) subrayan que la publicación de resultados debe enmarcarse en principios éticos como el respeto a las personas, la equidad en el acceso al conocimiento y la transparencia metodológica. En este sentido, el revisor científico no puede limitarse a emitir un juicio técnico o metodológico. Su responsabilidad ética se amplía a la protección de los derechos de los participantes, a la confidencialidad de los datos y a la evaluación del sustento ético de los procedimientos empleados. Marcovitch (9) destaca que “el revisor no es solo un técnico, sino un garante de la integridad científica y ética del manuscrito que evalúa”, enfatizando la dimensión moral de su tarea.

Uno de los aspectos más delicados que el revisor debe evaluar es el manejo ético de los datos, especialmente cuando se trata de información sensible o derivada de sujetos humanos. La revisión debe comprobar que se ha obtenido el consentimiento informado de manera válida y que se han cumplido las exigencias de anonimato y confidencialidad. Estos elementos no solo tienen

implicaciones legales, sino también bioéticas, en tanto protegen la dignidad y la autonomía de los participantes.

Resnik (10) advierte que las malas prácticas científicas, como la manipulación de resultados, la omisión de datos inconvenientes o la invención de hallazgos, constituyen violaciones éticas que pueden pasar inadvertidas sin un arbitraje riguroso. El revisor, en este marco, actúa como un filtro que puede detectar inconsistencias narrativas, falta de trazabilidad de los datos o afirmaciones sin respaldo empírico, lo que contribuye a mantener la integridad del conocimiento publicado.

Otra de las tareas éticas del arbitraje es vigilar la autoría científica. Resnik (10) insiste en que la inclusión de autores debe basarse en criterios legítimos de contribución intelectual y no en prácticas indebidas, como la autoría honoraria o la exclusión injustificada de colaboradores. Estas irregularidades constituyen una forma de injusticia académica que distorsiona la distribución del crédito científico y puede acarrear graves implicaciones reputacionales.

El plagio, en cualquiera de sus formas, constituye una transgresión ética que el revisor debe identificar. Aunque las revistas cuentan con programas antiplagio, el juicio del revisor sigue siendo clave para detectar apropiaciones encubiertas de ideas, omisiones deliberadas de fuentes o reutilización excesiva de textos previos sin la debida atribución. El arbitraje ético implica una postura activa ante estos comportamientos, promoviendo la originalidad y la honestidad intelectual.

Desde la perspectiva de la bioética contemporánea, el arbitraje también debe fomentar la justicia epistémica. Fricker (11) desarrolla este concepto para denunciar las estructuras de exclusión que silencian las voces de las minorías —mujeres, comunidades indígenas y otros grupos históricamente marginados— en la producción de conocimiento. El revisor ético, entonces, debe estar atento a que no se reproduzcan sesgos de exclusión en el proceso editorial. Este compromiso con la equidad implica que los revisores deben

evaluar los trabajos sin prejuicios geográficos, lingüísticos ni institucionales. No se debe subvalorar una investigación por provenir de contextos periféricos o por emplear metodologías no tradicionales. La evaluación justa reconoce el valor de la diversidad epistemológica y la contribución de las perspectivas subrepresentadas en la literatura biomédica.

Asimismo, el arbitraje ético exige identificar y declarar los conflictos de interés. Un revisor con vínculos financieros, institucionales o personales con los autores o con el objeto de estudio puede emitir juicios sesgados. Por ello, tanto las revistas como los propios revisores deben implementar mecanismos para prevenir y transparentar cualquier situación que comprometa la objetividad del proceso.

El disenso entre revisores también forma parte del proceso científico. Lejos de ser un obstáculo, es una oportunidad para enriquecer el juicio editorial. Sin embargo, dicho disenso debe ser constructivo, basado en argumentos científicos y no en confrontaciones personales o prejuicios ideológicos. Un arbitraje ético reconoce el valor de la pluralidad de enfoques y promueve el diálogo crítico entre pares. Además, es imprescindible que el arbitraje se lleve a cabo con responsabilidad, evitando evaluaciones negligentes, juicios descalificadores o dictámenes infundados. El respeto hacia los autores forma parte de la ética de la revisión, aun cuando se detecten errores significativos. Las observaciones deben formularse con rigurosidad, pero también con profesionalismo y cortesía académica.

Así, la dimensión bioética del arbitraje por pares abarca múltiples aspectos que trascienden la técnica y se inscriben en la defensa de los valores fundamentales de la ciencia. La justicia, la integridad, la inclusión y el respeto a la dignidad humana son principios que deben guiar la labor del revisor. De esta manera, el arbitraje se convierte no solo en una herramienta de control de calidad, sino también en una práctica moral que resguarda el sentido ético del quehacer científico.

Importancia del Arbitraje en las Revistas Biomédicas

El arbitraje por pares constituye un componente esencial de la validación y legitimación del conocimiento científico, en particular en el ámbito de las ciencias biomédicas. Su objetivo principal es garantizar que los trabajos publicados cumplan criterios rigurosos de calidad metodológica, pertinencia teórica y validez empírica. Dado que las decisiones clínicas y las políticas sanitarias pueden basarse en evidencia publicada, el proceso de revisión por pares actúa como un filtro crítico que protege la integridad de la información difundida.

De acuerdo con Lee (2), la revisión por pares asegura que los artículos que alcanzan la publicación hayan superado un escrutinio detallado por parte de expertos en la materia. Este control de calidad permite verificar que los hallazgos presentados estén fundamentados en pruebas sólidas y que las conclusiones respondan de manera coherente a los objetivos e hipótesis planteados. En el campo biomédico, esta garantía reviste particular importancia, pues una mala interpretación de los resultados podría conllevar consecuencias clínicas negativas o un malgasto de recursos en salud.

Asimismo, los revisores pueden identificar errores metodológicos que podrían comprometer la validez interna o externa de un estudio. Pueden señalar inconsistencias en la selección de muestras, en la aplicación de instrumentos de medición o en el análisis estadístico de los datos. Esta función crítica no solo mejora la calidad técnica del artículo, sino que también contribuye a prevenir la difusión de resultados erróneos o manipulados.

La revisión por pares también desempeña un papel importante en la detección de fraudes científicos, como el plagio, la fabricación de datos o la manipulación selectiva de resultados. Estos actos, que atentan contra los principios fundamentales de la ética investigativa, pueden

pasar desapercibidos si no existen mecanismos de control eficaces como el arbitraje científico. El proceso permite, entonces, preservar la honestidad académica y proteger la credibilidad de la literatura biomédica.

En paralelo a su función técnica, el arbitraje ejerce una función ética fundamental. En la investigación biomédica, en la que los sujetos de estudio suelen ser seres humanos, resulta indispensable garantizar que cumplimiento de principios éticos básicos. La revisión por pares contribuye a este objetivo al exigir que los autores demuestren haber obtenido el consentimiento informado, haber respetado la confidencialidad de los participantes y haber minimizado los riesgos inherentes a la investigación.

Los principios de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia, provenientes del Informe Belmont (12), deben orientar toda actividad científica que involucre a personas. En este sentido, los revisores tienen la responsabilidad de velar por la aplicación de estos principios en los estudios evaluados. Esto no solo asegura la protección de los participantes, sino que también refuerza la confianza del público en las publicaciones científicas.

Además, la revisión por pares contribuye al fortalecimiento de una cultura de responsabilidad compartida entre autores, editores y revisores. Este sistema de control mutuo promueve el compromiso con estándares éticos y científicos elevados y desalienta prácticas oportunistas o negligentes. En el contexto biomédico, donde la vida y la salud de las personas pueden estar en juego, esta corresponsabilidad adquiere un carácter aún más trascendental.

El arbitraje también tiene una función pedagógica que suele pasarse por alto. Los comentarios de los revisores no solo corrigen errores, sino que también orientan al autor hacia mejoras sustantivas en su trabajo. Este intercambio puede enriquecer la formación de investigadores, especialmente de quienes están en etapas iniciales de su carrera, y elevar así el nivel global de la producción científica.

Otro aspecto relevante es que el proceso de arbitraje permite garantizar que las investigaciones biomédicas publiquen resultados socialmente útiles. Esto implica evaluar la relevancia de las preguntas de investigación, el impacto potencial de los hallazgos y su aplicabilidad en contextos clínicos reales. El arbitraje, por tanto, no es un fin en sí mismo, sino un medio para alinear la ciencia con las necesidades y los valores de la sociedad.

Por tanto, el arbitraje por pares no solo actúa como garante de la calidad científica, sino también como mecanismo ético y social indispensable para la legitimidad de la investigación biomédica. Al facilitar la detección de errores, asegurar el respeto a los derechos humanos y promover la responsabilidad colectiva, se convierte en una pieza clave del engranaje científico moderno. Su fortalecimiento es, por ende, una condición necesaria para avanzar hacia una ciencia más rigurosa, ética y comprometida con el bienestar de la sociedad.

Desafíos y Críticas al Arbitraje por Pares

El arbitraje por pares, aunque ampliamente aceptado como el estándar de calidad en la publicación científica, ha sido objeto de diversas críticas debido a limitaciones inherentes a su funcionamiento. Uno de los principales problemas señalados es el sesgo de los revisores, una falencia que puede comprometer seriamente la objetividad y la equidad del proceso. Dichos sesgos pueden estar motivados por factores ideológicos, institucionales, disciplinarios o incluso personales, lo que afecta negativamente la imparcialidad del dictamen editorial.

Según Bohannon (6), el sesgo de los revisores se vuelve particularmente crítico en campos científicos altamente competitivos, donde la rivalidad entre grupos de investigación puede inducir evaluaciones deshonestas o excesivamente severas. Este fenómeno es más frecuente cuando los revisores identifican al autor, aun bajo modelos de revisión ciega simple, lo que demuestra la fragilidad de ciertos mecanismos diseñados para preservar el anonimato.

Otro problema central es la limitada diversidad de los cuerpos de revisores. La homogeneidad académica o cultural de los evaluadores puede llevar a la reproducción de perspectivas dominantes, lo que excluye visiones alternativas o emergentes. Esto obstaculiza la innovación científica y restringe el desarrollo de enfoques críticos. En ese sentido, el arbitraje corre el riesgo de convertirse en una herramienta de conservación epistemológica más que en un avance científico.

La falta de transparencia también es una preocupación persistente en el debate sobre la revisión por pares. Tradicionalmente, los procesos de evaluación se han realizado bajo esquemas ciegos para minimizar el favoritismo. Sin embargo, algunos investigadores cuestionan si este anonimato realmente cumple su propósito. En respuesta, se ha propuesto el modelo de arbitraje abierto como alternativa para promover una mayor transparencia y responsabilidad. No obstante, Lee (2) advierte que el arbitraje abierto no está exento de riesgos. Al eliminar el anonimato, los revisores pueden sentirse presionados a moderar sus críticas para evitar confrontaciones o represalias. Este escenario es especialmente delicado en comunidades científicas pequeñas, donde los vínculos personales o profesionales entre autores y revisores son frecuentes. Por tanto, el dilema entre transparencia y libertad crítica sigue siendo objeto de controversia.

La carga de trabajo de los revisores representa otro desafío significativo. En la mayoría de los casos, la revisión por pares es una actividad no remunerada, asumida como parte de las responsabilidades académicas. Esta situación puede provocar retrasos considerables en la evaluación de los manuscritos, lo que afecta el flujo de publicaciones y, en consecuencia, la difusión oportuna del conocimiento científico (6).

Este retraso impacta particularmente a investigadores que dependen de publicaciones recientes para acceder a financiamiento, promociones o reconocimientos institucionales. Además, algunos revisores, por falta de tiempo o de motivación, emiten dictámenes superficiales o incompletos, lo que disminuye la calidad del proceso. En vista de ello, es fundamental repensar

el papel del revisor como un actor clave que requiere mayor apoyo y reconocimiento.

La propuesta de implementar incentivos para los revisores ha cobrado fuerza en los últimos años. Estos pueden incluir reconocimientos formales, acceso gratuito a contenidos científicos, créditos académicos o incluso compensaciones económicas simbólicas. Tales medidas no solo estimularían una mayor participación, sino también un compromiso más riguroso con la calidad del arbitraje.

Además, la eficiencia del proceso puede mejorarse mediante la adopción de tecnologías digitales que optimicen la comunicación entre autores, editores y revisores. Herramientas automatizadas para la asignación de revisores, el control de tiempos y el seguimiento de versiones pueden reducir significativamente los plazos sin sacrificar la rigurosidad del proceso. Así, la tecnología se convierte en un aliado estratégico para modernizar el arbitraje.

En resumen, aunque el arbitraje por pares continúa siendo el método predominante para garantizar la calidad en la ciencia biomédica, es indispensable reconocer y abordar sus limitaciones. Cuestiones como el sesgo, la falta de transparencia, la sobrecarga de trabajo y la ausencia de incentivos deben ser objeto de reformas estructurales. Solo mediante una revisión crítica y constante del sistema se logrará mantener su legitimidad y su contribución efectiva al avance del conocimiento científico.

Mejores Prácticas en el Arbitraje de Publicaciones Científicas

Para abordar los desafíos del arbitraje, se proponen varias mejores prácticas. Primero, la diversidad de los revisores es esencial para garantizar una evaluación imparcial. Las revistas deben incluir revisores de diferentes instituciones y países para reducir los sesgos culturales y geográficos (8).

Además, el arbitraje cumple una función ética al garantizar que las investigaciones respeten

los derechos de los participantes. Los estudios biomédicos a menudo involucran sujetos humanos, y la evaluación por pares asegura el cumplimiento de requisitos éticos, como el consentimiento informado y la protección de la privacidad de los datos personales. Según Beauchamp y Childress (1), “el cumplimiento de principios éticos como la beneficencia y la justicia es indispensable en toda investigación biomédica.”

Por último, la transparencia debe ser un objetivo primordial. La adopción de modelos de arbitraje abierto puede ser una forma de mejorar la rendición de cuentas y la confianza en el proceso, aunque es necesario equilibrarla con medidas que protejan la confidencialidad de los revisores (2).

Recomendaciones internacionales

El arbitraje por pares, al ser un proceso clave para la validación y la difusión del conocimiento científico, requiere un marco normativo y buenas prácticas a nivel global. Existen varias recomendaciones internacionales para mejorar la transparencia, la equidad y la calidad en el arbitraje, adoptadas por diversas organizaciones y revistas científicas de alto impacto.

La *Open Science Framework* (OSF) (13) propone la implementación de la revisión abierta como una de las mejores prácticas para aumentar la transparencia del proceso. En este modelo, los revisores son identificados públicamente, lo que fomenta la rendición de cuentas y minimiza el sesgo. Esta recomendación se basa en el principio de que la ciencia debe ser accesible y transparente, lo que permite que tanto los autores como los revisores participen activamente en el proceso editorial.

Por su parte, el *Committee on Publication Ethics* (COPE) (14) ha publicado directrices detalladas para garantizar la ética y la equidad en el arbitraje. En sus recomendaciones, enfatiza la importancia de diversificar los revisores, asegurando que las evaluaciones no se limiten a un pequeño grupo homogéneo de expertos, sino que se busquen revisores de diversas procedencias

geográficas, culturales y académicas. De acuerdo con COPE, esto ayuda a minimizar los sesgos y a ofrecer una evaluación más equilibrada de los trabajos.

Por su parte, el *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE) (15) también ha sugerido la implementación de incentivos para los revisores, como el reconocimiento en las publicaciones y una mayor visibilidad de su contribución en el proceso editorial. Esto, además de promover una participación activa, puede reducir la carga de trabajo excesiva que enfrentan los revisores y mejorar la calidad de las revisiones.

De igual manera, la *World Health Organization* (WHO) (16) recomienda que las revistas biomédicas sigan prácticas éticas rigurosas en la selección de revisores, especialmente en investigaciones con implicaciones para la salud pública global. Asegurar que los revisores sean expertos y, por otro lado, cuenten con la experiencia necesaria, lo cual es crucial para garantizar que los estudios sean evaluados con la debida precisión y sin conflictos de interés.

Finalmente, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) (17) resalta la importancia de promover la justicia epistémica en las publicaciones científicas y de fomentar la participación de investigadores de diversas regiones, especialmente de países en desarrollo, para evitar la concentración del conocimiento en determinadas regiones del mundo. La inclusión de diferentes perspectivas y contextos geográficos no solo favorece la equidad, sino que también enriquece el conocimiento científico.

Propuesta para el contexto venezolano

En el contexto venezolano, el arbitraje por pares enfrenta obstáculos significativos derivados de la inestabilidad económica, social e institucional que caracteriza al país desde hace más de una década. Estos factores han limitado tanto la producción científica como la calidad de las publicaciones biomédicas, lo que ha afectado

el desarrollo de una cultura sólida de revisión por pares.

Una de las estrategias clave para fortalecer este sistema es la incorporación de módulos formativos específicos sobre arbitraje científico en los programas de posgrado en salud, bioética e investigación. Dichos módulos deben incluir aspectos éticos, técnicos y procedimentales del arbitraje por pares, de modo que los futuros investigadores comprendan su importancia y se preparen adecuadamente para asumir este papel.

Además, la creación de talleres permanentes sobre ética de la publicación científica, en articulación con sociedades científicas y comités editoriales nacionales, permitiría estandarizar criterios de evaluación, combatir malas prácticas y promover una cultura de integridad científica en el arbitraje venezolano.

El uso de plataformas digitales es otra medida necesaria para mejorar los procesos de revisión. La adopción de sistemas de gestión editorial, como Open Journal Systems (OJS) (18), puede facilitar la transparencia, la trazabilidad y la eficiencia del proceso editorial. Varias revistas latinoamericanas ya han implementado estas herramientas con buenos resultados.

Una medida estructural relevante sería la creación de un Registro Nacional de Revisores Científicos, gestionado por una instancia autónoma, como el Observatorio Nacional de Ciencia y Tecnología. Este registro permitiría identificar evaluadores por áreas de experticia, experiencia previa y trayectoria, garantizando la imparcialidad y la diversidad en la asignación de manuscritos.

En paralelo, debe impulsarse una política formal de reconocimiento académico para los revisores. Tal como sugiere Rivera (19), es urgente que las universidades y los entes evaluadores reconozcan la revisión por pares como un componente del trabajo académico y curricular. Esto aumentaría la motivación y el compromiso de los expertos para participar activamente en los procesos editoriales.

Otro elemento crítico es la articulación con organismos internacionales como COPE y la Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe (RedALyC) (20), para la adopción de estándares éticos internacionales adaptados al contexto nacional. Esta vinculación permitiría a las revistas locales actualizar sus políticas editoriales e incorporar mecanismos más robustos de control ético.

Debido a las limitaciones presupuestarias del país, se recomienda establecer alianzas estratégicas entre revistas científicas y universidades extranjeras que puedan ofrecer apoyo técnico y formación continua a editores y revisores. Estas alianzas también pueden servir como puente para la internacionalización de las publicaciones venezolanas. Asimismo, se deben implementar mecanismos de denuncia anónima y de sanción para casos de plagio, conflicto de intereses no declarado y manipulación editorial. La transparencia en la gestión editorial es indispensable para restaurar la confianza en las revistas nacionales y preservar su integridad.

Finalmente, el fortalecimiento del arbitraje por pares en Venezuela no debe verse como un objetivo aislado, sino como parte integral de una política nacional de ciencia y tecnología que promueva el acceso abierto, la producción científica responsable y la difusión de conocimiento útil para la salud pública y el desarrollo social.

Reflexiones finales

El arbitraje por pares sigue siendo uno de los pilares fundamentales de la publicación científica, especialmente en el ámbito biomédico. Si bien es cierto que enfrenta desafíos éticos y prácticos, también se trata de un proceso en constante evolución que busca adaptarse a los tiempos actuales. Mediante reformas a las mejores prácticas, el arbitraje puede seguir cumpliendo su misión de garantizar la calidad científica y la integridad ética de las publicaciones.

Es importante que las revistas biomédicas no solo sigan las recomendaciones internacionales,

sino que también adapten sus estrategias a sus contextos locales, como se ha propuesto para el caso de Venezuela. Esto permitirá no solo mejorar la calidad de las investigaciones publicadas, sino también fomentar un entorno académico más inclusivo, diverso y equitativo.

La revisión por pares abierta y responsable, el fortalecimiento de la formación de revisores y la creación de mecanismos de incentivo para los evaluadores son pasos clave para mejorar el arbitraje en las publicaciones científicas. A medida que la ciencia avanza, es necesario que el proceso de arbitraje también se adapte a nuevas exigencias, manteniendo siempre su objetivo de asegurar la veracidad y la calidad del conocimiento científico.

REFERENCIAS

1. Beauchamp TL, Childress JF. Principios de ética biomédica. 8ª ed. Nueva York: Oxford University Press; 2019.
2. Smith R. La revisión por pares: un proceso defectuoso en el corazón de la ciencia y las revistas científicas. *J R Soc Med*. 2006;99(4):178-82.
3. Lee K. Revisión por pares abierta: Una solución a los problemas de la publicación científica. *Front Educ*. 2017;12(2):13-5.
4. Mulligan A, Hall M, Raphael A. La evaluación y el impacto del proceso de revisión por pares: una visión general de la literatura actual. *J Educ Res*. 2008;1(2):58-69.
5. Ziman J. La ciencia real: Qué es y qué significa. Cambridge: Cambridge University Press; 2000.
6. Bohannon J. ¿Quién teme a la revisión por pares? *Science*. 2013;342(6162):60-5.
7. Tennant JP, Waldner F, Jacques DC, Masuzzo P, Collister LB, Hartgerink CH. The academic, economic and societal impacts of Open Access: an evidence-based review. *F1000Res*. 2016;5:632.
8. Emanuel EJ, Wendler D, Grady C. ¿Qué hace ética la investigación clínica? *JAMA*. 2000;283(20):2701-11.
9. Marcovitch H. Revisión por pares e integridad científica. *Journal of Medical Ethics*. 2001;27(3):147-50.
10. Resnik DB. Ética en la investigación: Una guía para las ciencias biomédicas. 2ª ed. Londres: Springer; 2003.
11. Fricker M. Injusticia epistémica: El poder y la ética del saber. Oxford: Oxford University Press; 2007.
12. Department of Health, Education, and Welfare; National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. The Belmont Report. Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research. *J Am Coll Dent*. 2014 Summer;81(3):4-13.
13. Open Science Framework (OSF). Mejores prácticas para la revisión por pares. Disponible en: <https://osf.io/>.
14. Committee on Publication Ethics (COPE). Directrices éticas de COPE. Disponible en: <https://publicationethics.org>.
15. International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE). Recomendaciones para la conducta, informe, edición y publicación del trabajo académico en revistas médicas. Disponible en: <https://www.icmje.org>.
16. World Health Organization (WHO). Directrices éticas para la investigación en salud. Disponible en: <https://www.who.int/ethics>.
17. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO). El papel de la ciencia en la sociedad y en la ética. Disponible en: <https://www.unesco.org/es/ciencia>.
18. Bobe K, Gusmão E. Open Journal Systems como alternativa para la gestión editorial en América Latina. *Rev Interam Bibliotecol*. 2020;43(1):23-34.
19. Rivera H. El arbitraje académico en América Latina: una tarea pendiente para las universidades. *Educ Med Salud*. 2021;37(2):115-20.
20. Ugalde A. Revisión por pares en América Latina: entre la internacionalización y los desafíos locales. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2022;27(5):1587-1594.

Tecnologías de la información y la comunicación: impacto en niños y adolescentes

Information and communication technologies: impact on children and adolescents

Maritza Padrón-Nieves^{1a*}, Alicia Ponte Sucre^{2b}

RESUMEN

La vida social y responsable, así como el funcionamiento de todas las sociedades humanas, se asientan en el uso de códigos para expresar ideas; por ello, surge la definición de la comunicación como el acto mediante el cual un individuo establece contacto con otro para transmitir información. A lo largo de la historia de la humanidad se evidencia cómo el hombre ha buscado herramientas que le permitan progresar, y cada nuevo paso ha traído consigo cuestionamientos éticos acordes con la complejidad de dichas herramientas. Con el desarrollo de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC), se tienen al alcance equipos, sistemas y programas para encontrar soluciones a diversos problemas; sin embargo, la velocidad del avance tecnológico hace reflexionar sobre la importancia de su uso adecuado. En la primera parte de este artículo se describen las características de las TIC y las regulaciones vigentes, y en la segunda se desarrolla una de las consecuencias del uso masivo de estas herramientas: su impacto en la niñez y la adolescencia.

Palabras clave: tecnologías de la información y comunicación, niñez, adolescencia, salud

SUMMARY

Social and responsible life, as well as the functioning of all human societies, is grounded in the use of codes to express ideas; communication is thus defined as the act by which an individual establishes contact with another to convey information. Throughout human history, humanity has sought tools to foster progress, and each new step has brought ethical questions commensurate with the complexity of those tools. With the development of Information and Communication Technologies (ICT), we have access to equipment, systems, and programs to solve various problems; however, the rapid pace of technological advancement prompts reflection on the importance of using them properly. The first part of this article describes the characteristics of ICT and current regulations, while the second part explores one consequence of the widespread use of these tools: their impact on childhood and adolescence.

Keywords: information and communication technologies, childhood, adolescence, health

ORCID:

¹ [0000-0001-5333-8097](https://orcid.org/0000-0001-5333-8097)

² [0000-0001-8135-0763](https://orcid.org/0000-0001-8135-0763)

***Autor de correspondencia:** Maritza Padrón-Nieves.
Teléfono. +58 416 9109506 , E-mail: mapa2111@gmail.com

Recibido: 31 de julio 2026

Aceptado: 13 de septiembre 2026

- a. Lic. en Biología, MSc. en Bioética, Dra. en Farmacología, Profesor Titular de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela. Caracas- Venezuela
- b. Lic. en Educación. MSc. Biofísica y Fisiología. Doctorado en Farmacología Prof. Titular de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela. Academia de Ciencias Físicas Matemáticas y Naturales, Caracas -Venezuela

INTRODUCCIÓN

Las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) se definen como las herramientas y programas desarrollados para administrar, transmitir y compartir información. Se refiere, como término general, a cualquier dispositivo de comunicación: radio, televisión, teléfonos inteligentes, enrutadores (mejor conocidos por el anglicismo *routers*) y satélites. Entre sus beneficios se pueden mencionar: a) mejoría de la comunicación, b) mayor facilidad en el proceso de socialización, c) mayor acceso a la información, d) nuevas formas de aprendizaje y entrenamiento y e) nuevas formas de manejo del ocio (1,2). En consecuencia, Tapia (3) ha señalado que las TIC llegaron para quedarse y están transformando todo el entorno, desde lo político-ideológico como el concepto de ciudadanía, hasta la forma de hacer ciencia.

Asimismo, el Equipo de Expertos de Ciencia y Tecnología de la Universidad Internacional de Valencia, España (4) señaló en el 2018 que en los últimos años la sociedad ha experimentado grandes cambios en el ámbito de las empresas, las escuelas y los hábitos. Por su parte, la Fundación FEPROPAZ (5) ha advertido que la tecnología es una herramienta poderosa que podría utilizarse para el bien o para el mal, y que su influencia en las generaciones digitales es un tema complejo y multifacético que afecta muchos aspectos de la vida moderna, incluyendo la educación, el trabajo, las relaciones interpersonales y la salud mental y física. Por ello, resulta fundamental fomentar una educación digital adecuada que permita a las nuevas generaciones comprender y gestionar el uso de la tecnología de manera responsable y segura.

Origen, historia y evolución de las TIC

Se pueden señalar brevemente algunos hechos, a partir del año 3.500 a.C., cuando aparecen en Sumeria la escritura cuneiforme y en Egipto la jeroglífica; luego, durante el Renacimiento, Gutenberg inventó la imprenta de letras metálicas móviles (1456-1457), lo que permitió divulgar la información. En 1899 se realizó la primera

transmisión de radio a larga distancia. En 1926 apareció la televisión. Entre 1943 y 1945, en la Escuela Moore de la Universidad de Pensilvania, en EE. UU., se diseñó y construyó el Computador e Integrador Numérico Electrónico (ENIAC, por sus siglas en inglés), originalmente conocido como “Proyecto PX”. En 1971 se envió el primer correo electrónico; las conexiones a internet se iniciaron en la década de los 80 y entonces se crearon las redes sociales que hoy en día suman al menos dieciocho, siendo Facebook, WhatsApp, YouTube e Instagram las de mayor uso (2,4).

El trabajo conjunto entre la ciencia y la ingeniería tiene como objetivo desarrollar dispositivos y sistemas que resuelvan problemas cotidianos en diversos ámbitos. En los procesos sanitarios, específicamente, las herramientas que aporta la informática ayudan a gestionar todos los datos obtenidos, mejorando el desempeño diario y generando grandes beneficios. Los investigadores del área de la salud también han venido incorporando las TIC a sus proyectos (6).

Las TIC se usaron inicialmente en la industria y con el tiempo, se han convertido en parte integral de muchas disciplinas. Por ejemplo, la inteligencia artificial (IA) es una tecnología que busca realizar tareas y tomar decisiones empresariales de forma automática y autónoma, aprendiendo de manera continua a partir de la información que se le suministra. La inteligencia artificial integra un conjunto de herramientas desarrolladas para que el sistema sea capaz de “tomar decisiones” imitando el funcionamiento del cerebro humano y dotándolo de lógica. Esta característica le permite estar al servicio de las TIC, especialmente porque ha impulsado el surgimiento de nuevas posibilidades para gestionar y resolver muchos problemas (4,6,7).

Entre las herramientas que generan sus diversos lenguajes se encuentran: a) *Cognitive computing*: tecnología que permite reconocer matices tan humanos como la ironía, el humor o los giros lingüísticos; b) *Machine learning*: que tiene la capacidad automática de aprender con cada cálculo, traducción o interpretación de datos que realiza y c) *Deep learning*: que puede extraer y transformar de forma automática nuevas

características del proceso de la información, simulando el funcionamiento básico del cerebro. Algunos ejemplos de esa inteligencia artificial ya están al alcance de nuestras manos, como los celulares y los asistentes virtuales (*Alexa*), que son sistemas comerciales de inteligencia artificial capaces de dar respuestas a cualquier pregunta, reconociendo no solo las palabras sino también el contexto (7).

El uso de diferentes aplicaciones y tecnologías del mundo de la información ha permitido analizar enormes cantidades de datos (*big data*) en un tiempo extremadamente corto o que dicho análisis sea fácilmente optimizado por la inteligencia artificial (p. ej., *Machine learning*), que, aplicadas a la salud, permiten mejorar la calidad de vida, en lo educativo, promover hábitos de vida saludables y, en lo asistencial, controlar pacientes crónicos utilizando la virtualidad.

La “era digital” en la que se combinaron la electrónica con el *software* fue impulsada en los años 70, mientras que a finales de los noventa, cuando las investigaciones desarrolladas permitieron la convergencia de la electrónica, la informática y las telecomunicaciones, se hizo realidad la interconexión entre redes y fue así que surgieron las TIC, las cuales se clasifican en tres categorías: redes (los softwares y hardware), terminales (computadoras, televisores, teléfonos celulares y consolas de videojuegos) y servicios (correo electrónico, plataformas de mensajería instantánea o plataformas de redes sociales) (8). Por otro lado, el internet, que además es la red mundial que permite el acceso a la información desde cualquier parte del mundo y hace posible la comunicación desde distintos lugares en un lapso casi instantáneo, facilita el intercambio y la obtención de información prácticamente inmediatos (1).

Ya en 1998, varios autores proponían las características de las TIC, y Cabero (9), de la Universidad de Sevilla, España, las recopiló en su trabajo documental. Estas son:

- a. Inmaterialidad: su materia prima es la información en múltiples códigos y en formatos transparentes e instantáneos,

disponible en cualquier lugar y para múltiples usuarios.

- b. Interactividad: es la más importante, ya que permite el intercambio de información entre la máquina y el usuario, adaptando, en función de la interacción, los recursos utilizados a las necesidades y particularidades del sujeto.
- c. Interconexión: se refiere a la posibilidad de crear nuevas tecnologías a partir de la conexión entre ellas; es decir, aunque se presentan de manera independiente, pueden combinarse, ampliando así sus conexiones.
- d. Instantaneidad: entre la transmisión y la comunicación de la información, entre lugares físicamente alejados, de forma instantánea, gracias a las redes de comunicación y su integración con la informática.
- e. Calidad de imagen y sonido: debido a la mejora de los parámetros de las transmisiones multimedia, se ha incrementado la fiabilidad y la fidelidad de la información transferida.
- f. Digitalización: de la información transmitida y representada en un formato único universal.
- g. Penetración en todos los sectores de la sociedad: se refleja en los ámbitos cultural, educativo, económico e industrial, entre otros.
- h. Innovación: permanente y constante, lo que permite que el traspaso de información y la comunicación sean cada vez mejores.
- i. Tendencia hacia la automatización: en las diversas áreas personales, profesionales y sociales, lo que mejorará la productividad y reducirá los tiempos de ejecución de las tareas.
- j. Diversidad: ya que cumplen más de una función, sirviendo así para diversos propósitos. Se utilizan desde la comunicación entre usuarios hasta el proceso de transformación para crear información nueva.

El Internet es un gran ecosistema en el que conviven numerosos usuarios con distintos niveles de conocimiento sobre su uso. Para febrero de 2025, se contabilizó que la población mundial era de 8.231 millones de habitantes, de los cuales el 58,1 % vive en zonas urbanas; de estos, el 70,5 % tiene teléfono celular, el 67,9 % es usuario de internet y el 63,9 % tiene perfiles en redes sociales (RRSS) (10).

El uso de la tecnología ha permitido realizar una clasificación de Generaciones Tecnológicas, que se describen en el Cuadro I. También han sido denominadas Generaciones Digitales, agrupando en cada una a personas que han crecido en un entorno tecnológico y han aprendido a utilizar las herramientas digitales desde temprana edad, o no, como ocurre con la Generación Silente. Cada generación tiene una relación particular con la tecnología; esta relación influye en su forma de interactuar con el mundo (11).

¿Cómo enfrentamos la avalancha de las tecnologías de la información?

Las TIC tienen ventajas como la comunicación inmediata, el acceso fácil a la información, el ahorro de tiempo, nuevas formas de emprender proyectos, la igualdad de oportunidades y la interacción global. En contraparte, se han convertido en fuente de distracción, de disminución de la socialización, de exclusión, de hiperinformación y de dependencia tecnológica, como nunca antes había ocurrido (11).

En el ámbito de los profesionales de la salud, Lee y col. (12) plantearon que, ante el avance de la revolución digital, se debe estar atento a cumplir con la responsabilidad del profesional en tres aspectos: a) el uso a distancia de las telecomunicaciones o telemedicina en la atención sanitaria; b) la adecuada relación profesional de salud-paciente, permitiendo la comunicación como elemento fundamental de dicha relación; y c) informar y educar. Estos aspectos también son plenamente válidos en el ámbito de la investigación.

Los autores proponen que la respuesta pasa por buscar un equilibrio entre el aprovechamiento de las oportunidades y los desafíos inherentes a las TIC, así como por el uso que se les dé (Cuadro 2).

Por otro lado, un documento de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO, por sus siglas en inglés) (13) señala que las tecnologías de la información y la comunicación pueden contribuir al acceso universal a la educación, a la equidad, al ejercicio de la enseñanza y al aprendizaje de calidad; facilitar y ampliar la información, mejorar la calidad y garantizar la integración.

En cuanto a las pautas de uso de las TIC establecidas a nivel internacional y nacional, se realizó una búsqueda sobre su origen, objetivos y alcances desde 2002 hasta 2024. En relación con este último parámetro, se presentan: los globales, emitidos por organismos internacionales; los regionales, emitidos por organismos de áreas geográficas determinadas; y los locales, emitidos

Cuadro 1.
Clasificación de generaciones digitales y distribución poblacional en Venezuela para febrero de 2025 (11)

Generación	Periodo (años)	Rango de edad (años)	N° (millones)	Porcentaje que representa de la población total (%)
Alfa	2010 a la fecha	entre 1 a 15	1.344	16
Z o Centennials	1996 – 2009	16 a 29	1.856	22
Y o Millennials	1981 – 1995	30 - 44	1.751	21
X	1965 – 1980	45 - 60	1.426	17
Baby Boomer	1946 – 1964	61 – 79	1.184	14
Silente	1928 – 1943	80	274	3,3

Cuadro 2. Oportunidades y Desafíos de la tecnología de telecomunicaciones en el área de la salud	
OPORTUNIDADES (Mejoras)	
Intercambio de información	
Acceso a la atención sanitaria	
Calidad de la atención	
Telemedicina: tiene la capacidad de llegar a pacientes con acceso limitado a la asistencia médica y el potencial de mejorarla	
Comunicación electrónica (e-comunicación): intercambio de información a través de plataformas seguras como portales o el correo electrónico	
Informar y educar a través de las Redes Sociales (RRSS) y aplicaciones de mensajería	
DESAFIOS	
Problemas de seguridad de los datos del paciente, compromiso de la privacidad y confidencialidad	
Brecha digital: adopción diferencial de tecnología entre las poblaciones de pacientes que pueden contribuir a las disparidades en la atención	
Expectativas no alineadas: posibles errores tipográficos o las malas interpretaciones debido a la ambigüedad del lenguaje escrito sin el contexto del lenguaje corporal	
Mantener los límites adecuados en la relación profesional de la salud/paciente: separación de la identidad digital profesional de la identidad personal	
Cuidar la reputación en línea, que es permanente la huella digital	
Poder desarrollar todo el potencial de las tecnologías digitales	

Modificado de Lee y col. (12)

por países o instituciones específicas de un país (Cuadro III). A nivel nacional se encontraron 6 documentos (Cuadro IV).

En relación con los de carácter global, se presentan cinco documentos elaborados por la UNESCO que, en cumplimiento de su función de fundamentar las normas y protocolos, ha publicado: dos guías para el uso de las TIC en la planificación de la formación docente, elaboradas en el 2002 (13) y actualizadas en el 2012 (14). Además, presentó un informe mundial sobre los aportes de las TIC para sentar las bases de una ética que las oriente (15) y, finalmente, en 2021 (16) y 2024 (17), publicó recomendaciones sobre la ética de la Inteligencia Artificial (IA) y de la IA generativa en educación e investigación. En todos estos documentos se reconocen las repercusiones positivas y negativas, profundas y dinámicas, de estas herramientas en las sociedades, el medio ambiente, los ecosistemas y las vidas humanas, afectando la educación, las ciencias sociales y

humanas, las ciencias exactas y naturales, la cultura, la información y la comunicación.

Así mismo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2021 (18), como producto de las deliberaciones entre expertos en ética, tecnología digital y derechos humanos, así como representantes de ministerios de salud de Estados miembros, publicó una guía de gobernanza específicamente sobre el uso de la IA en el área de la salud, la cual plantea desafíos y riesgos éticos del uso de la herramienta y principios de consenso para su manejo.

En el 2022, se realizó un Foro Mundial sobre Bioética en la Investigación (19) (GFBR, por sus siglas en inglés), cuyo objetivo fue definir las pautas para la revisión ética y la supervisión de los estudios basados en la IA.

Por su parte, tres editoriales de importancia en el área de ciencias básicas e investigación académica (*Elsevier*, *Springer Nature* y *Taylor &*

Cuadro 3.
Documentos Internacionales sobre uso de las TIC*

Año y Lugar	Título	Institución	Objetivo	Tipo de documento
2002 Paris-Francia	Las TIC en la formación docente: guía de planificación	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura UNESCO (13)	Mejorar la calidad de la educación por medio de la diversificación de contenidos y métodos innovadores, difusión y el uso compartido de información y de buenas prácticas	Guía de planificación en formación docente
2004 Cajamarca-Perú	Ética y valores aplicados a la informática en la Escuela de Ingeniería Informática y Sistemas (EIS)	Universidad Privada San Pedro (26)	Proponer pautas para ser utilizada por los estudiantes	Monografía dividida en 3 capítulos sobre. Ética y valores en la EIS
2005 Paris-Francia	Hacia las sociedades del conocimiento	UNESCO (15)	Describir el aporte de las nuevas tecnologías al conocimiento económico, político y cultural	Libro con Informe Mundial
2012 Paris-Francia	Las tecnologías de la información y comunicaciones (TIC) en la educación	UNESCO (14)	Describir el aporte de las TIC en educación general y en poblaciones vulnerables	Fichas-prácticas para mejorar el aprendizaje de TIC para educación
2017 Asilomar California, EE. UU.	Principios normativos para una ética de la Inteligencia Artificial (IA)	Future of Life Institute (21)	Formular principios para una IA ética y valores para investigación	Conferencia sobre IA Beneficiosa
2019 Bruselas, Bélgica	Directrices éticas para una IA fiable	Comisión Europea, Dirección General de Redes de Comunicación, Contenido y Tecnologías (22)	Promover una inteligencia artificial fiable	Documento resumen de reunión de expertos

2021 Paris, Francia	Recomendación sobre la ética de la inteligencia artificial	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) (16)	Aborda la ética de la IA como una reflexión normativa sistemática, y ofrece una base para aceptar o rechazar las tecnologías de la IA	Recopilación de recomendaciones que deberían respetar, promover y proteger los valores, principios y normas éticos relativos a la IA
2021 Ginebra, Suiza.	Guía sobre Ética y Gobernanza de la Inteligencia Artificial para la Salud	Organización Mundial de la Salud (OMS) (18)	Identifica los desafíos y riesgos éticos del uso IA en la salud, recomendaciones para la gobernanza	Guía producto de 18 meses de deliberaciones entre expertos en ética, tecnología digital, DD.HH. y ministerios de salud
2022 Ciudad del Cabo, Sudáfrica	Ética de la IA en la investigación en salud global	Foro Global de Bioética en Investigación (19)	Discutir los marcos regulatorios tradicionales de ética de la investigación ante los avances en la tecnología de IA	Documento resumen del Foro
2022 Lima, Perú	Experiencias suramericanas en telemedicina de enfermedades desatendidas	Boletín de Malariología y Salud Ambiental (25)	Estudiar las enfermedades olvidadas presentes en Suramérica	Recopilación de la normativa legal sobre telemedicina en Suramérica
2023 México México	Política editorial sobre uso de IA en revistas científicas	Editoriales Elsevier, Springer Nature y Taylor & Francis (20)	Recopilar políticas editoriales sobre el uso adecuado de IA en revistas científicas	Cuadro resumen de las políticas sobre IA de tres editoriales
2024 Montevideo, Uruguay	Guía de CAF para el diseño de políticas públicas de inteligencia artificial	Banco de Desarrollo de América Latina y el Caribe (CAF) (24)	Brindar 1) marco lógico y estructurado para el diseño participativo de políticas públicas y estrategias de IA y para el desarrollo y fortalecimiento de los habilitadores	Guía Practica
2024 San José, Costa Rica	Guía para la Regulación del uso de IA en revistas certificadas de ciencias sociales en proceso de arbitraje y para reportar su uso en textos científicos	Universidad de Costa Rica (27)	Facilitar elementos orientadores para el reporte de uso de la IA en actividades que integran el proceso de publicación científica	Marco ético y herramientas concretas en forma de guía

2024 París, Francia	Guía para el uso de IA generativa en educación e investigación	UNESCO y Biblioteca Digital (17)	Establecer requisitos para el uso de IA generativa en educación e investigación	Marco político
2024 Bruselas, Bélgica	Ley de Inteligencia Artificial	Comisión Europea (Oficina de IA) (23)	Regular los avances de esta tecnología	Documento oficial con acceso en línea para fácil acceso

*= documentos revisados para este artículo

Francis) han redactado políticas editoriales que abordan el tema (20) y buscan regular el uso de la IA en las publicaciones científicas.

A nivel regional se agruparon los documentos realizados en alguna parte del mundo en particular, aunque la proyección de sus directrices sea a nivel mundial. En los Estados Unidos, se realizó la Conferencia de Asilomar (21) en el estado de California, organizada por el Instituto del Futuro de la Vida (*Future of Life Institute*), en la que se reunieron más de cien expertos e investigadores para discutir y formular principios para el uso ético de la inteligencia artificial. En Europa, en el 2019, la Dirección General de Redes de Comunicación, Contenido y Tecnologías de la Comisión Europea publicó las directrices éticas para una IA fiable y, en diciembre del 2024 (22), se aprobó la Ley de la Unión Europea (23) sobre IA. En el mismo orden de ideas, el Banco de Desarrollo de América Latina y el Caribe (24) (CAF, por sus siglas en inglés) elaboró una guía titulada “Diseño de políticas públicas de inteligencia artificial. Desarrollo de habilitadores para su implementación en América Latina y el Caribe” que incluye buenas prácticas y recomendaciones para el diseño de políticas públicas y estrategias orientadas al desarrollo sostenible y la adopción responsable de la inteligencia artificial en la región.

A nivel particular, para la telemedicina, han sido emitidos decretos, resoluciones y leyes a partir de 2015 en las diez principales naciones

suramericanas con principios y alcances para esta categoría (25). Igualmente, dos universidades han regulado aspectos muy precisos: a) en la universidad privada de San Pedro, filial-Cajamarca, en Perú, (26) se elaboró en el 2004 un documento sobre la ética y valores aplicados a la informática para la Escuela de Ingeniería Informática y Sistemas y b) en la Universidad de Costa Rica (27) crearon una guía para la regulación del uso de la IA en revistas científico-académicas de Ciencias Sociales en proceso de arbitraje y para reportar su uso en textos científicos.

En Venezuela, han sido elaborados seis documentos por universidades del país durante el período 2006-2023 (Cuadro IV). El más antiguo es un artículo publicado en una revista de Gerencia, donde Silva y Espina (28), profesores de la Universidad del Zulia, analizaron las conformidades y desavenencias de los rasgos estructurales que caracterizan la ética informática, realizaron una revisión teórica de puntos de vista de expertos en el ámbito mundial; además revisaron los problemas éticos en la utilización de las TIC y comentaron los códigos deontológicos de la tecnología informática creados por la Sociedad de la Información y del Conocimiento (SIC) para la época. Si bien no es un documento oficial, presentó lineamientos estratégicos para el uso responsable de estas tecnologías en el área de gerencia.

Cabe destacar, que estos autores llamaron la atención sobre los cambios en los aspectos

Cuadro 4. Documentos Nacionales sobre uso de las TIC*				
Año y Lugar	Título	Institución	Objetivo	Tipo de documento
2006 Maracaibo	Ética Informática en la Sociedad de la Información	Revista Venezolana de Gerencia. Silva y Espina (28)	Formular lineamientos estratégicos para el uso responsable de las TIC Analizar la ética informática que posibilitará la solución de los problemas en el manejo de las TIC	Artículo
2009 Caracas	Manual de políticas para el uso de los recursos de las TIC	Dirección de Tecnologías de Información y Comunicaciones de la UCV (29)	Desarrollar Políticas y Lineamientos para el uso adecuado de los recursos y servicios de Tecnología de Información y Comunicaciones (TIC)	Manual
2011 Mérida	Plan de Desarrollo y Crecimiento de las TIC	Dirección General de Planificación y Desarrollo ULA (30)	Garantizar el mantenimiento, expansión e integración de las TIC en los entornos universitarios	Documento oficial
2019 Caracas	Unidad de Innovación y Tecnología Educativa	Vicepresidencia de Desarrollo UNIMET (31)	Apoyar en el uso de Herramientas tecnológicas	Entrevista a directora
S/F Maracaibo	Reglamento sobre el uso de las TIC como herramienta docente en el contexto universitario	Universidad Dr. Rafael Bellosó Chacín URBE (32)	Establecer el uso de las TIC como herramientas de apoyo para el docente	Reglamento
2023 Caracas	Decreto Rectoral N° 2.19 sobre las políticas generales relacionadas con el uso de la IA en las funciones universitarias	Universidad Católica Andrés Bello UCAB (33)	Establecer una política para incorporar la IA en los distintos ámbitos	Decreto Rectoral

*= documentos revisados para este artículo

sociales, culturales, políticos y económicos de la sociedad actual generados por los nuevos paradigmas y el avance vertiginoso de las TIC, que han producido modificaciones en las características morales y éticas en el uso de las computadoras, programas, información y otros aspectos de índole tecnológico, y que a su vez han creado dilemas éticos para los usuarios, los profesionales informáticos y la cultura informática en las organizaciones.

En el 2009, la Dirección de Tecnología Información y Comunicaciones de la UCV, (29) publicó un manual con las políticas y lineamientos para el uso adecuado de los recursos y servicios de las TIC, con la misión de apoyar y facilitar los procesos fundamentales de la universidad, mediante la prestación de servicios corporativos para el desarrollo, actualización, integración, gestión, normalización y regulación de soluciones de las TIC. Es tarea pendiente desarrollar guías que regulen su uso en la práctica diaria de docentes, estudiantes y personal administrativo.

Por su parte, en la Universidad de Los Andes (30), publicó en el 2011 un documento oficial denominado Plan de Desarrollo y Crecimiento de las TIC para garantizar el mantenimiento, expansión e integración de éstas en los entornos universitarios en función de proporcionar su uso y desarrollo en las actividades académicas, fortalecer los procesos de Innovación Tecnológica y Educativa y apoyar las necesidades y expectativas de la institución en lo referente a la modernización de los procesos de enseñanza y aprendizaje en la docencia, investigación y extensión universitaria.

No se encontraron documentos oficiales de la Universidad Pedagógica Experimental Libertador ni de la Universidad de Oriente, pero se sabe que en estas instituciones se están llevando a cabo proyectos y tesis de grado en los que se evalúa el impacto de las TIC en los procesos educativos desde la primaria hasta el nivel universitario.

Con el mismo enfoque, tres universidades privadas —Metropolitana (UNIMET) (31), Dr. Rafael Beloso Chacín (URBE) (32) y Católica Andrés Bello (UCAB) (33)— han publicado documentos sobre el tema.

En la UNIMET (31) se creó la Unidad de Innovación y Tecnología Educativa con el fin de apoyar la teleeducación, brindando soporte en el espacio virtual para que los docentes rediseñaran los programas de asignaturas y cursos mediante herramientas tecnológicas.

En la URBE (32) se aprobó un Reglamento de 27 artículos sobre el uso de las TIC como herramienta docente en el contexto universitario; de acuerdo con este, se ofrecen programas de estudio en Pregrado, Postgrado y Extensión, apoyados por las TIC, para promover una educación universitaria incluyente que alcance a toda la comunidad universitaria.

Finalmente, en el 2023, en la UCAB (33), se autorizó, mediante el decreto rectoral N° 2.19, la aplicación de políticas generales relativas al uso de la IA en las funciones universitarias. En 14 artículos se presentan lineamientos y acciones estratégicas para el uso de la IA desde una perspectiva ética, inclusiva y de sustentabilidad ambiental. Cabe resaltar el decreto rectoral de la UCAB, ya que constituye el primer documento de una institución de educación superior en Venezuela que establece una política para incorporar la IA en los distintos ámbitos del quehacer universitario. Más aún, en el artículo 12 la UCAB se compromete a realizar esfuerzos para el intercambio con otras instituciones de educación superior a nivel nacional e internacional, así como con instituciones educativas de otros niveles y con otros actores u organizaciones sociales o instituciones del Estado, para ampliar el alcance del conjunto de iniciativas de formación, investigación y definición de políticas relacionadas con la inteligencia artificial.

Impacto en los niños

En Venezuela, de acuerdo con la Ley Orgánica de Protección de Niños, Niñas y Adolescentes (34) (LOPNNA), los menores de edad se consideran niños hasta cumplir los 12 años y adolescentes desde los 12 hasta cumplir los 18 años. En este artículo se desarrollará el uso de las TIC en estos grupos etarios que representan cerca del 40 % de

la población usuaria de estos servicios, como se mostró en el Cuadro 1.

Las generaciones digitales alfa y Z, o centennials, se han convertido en objeto de estudio. En 2014, se cuantificó que la red social más utilizada entre niños de hasta 12 años era YouTube, y que el 83% de los jóvenes de 15 a 16 años de ambos sexos ya habían creado perfiles en las RRSS (35).

En el caso de los menores de 6 años, un estudio realizado en España en 2017 por Terrecillas-Lacave y col. (36) reveló que el grado de exposición a las TIC varía según la edad de estos y de sus padres. Encontraron que la percepción de los progenitores respecto a las TIC es muy variada, en general positiva, ya que suponen que representan un avance por estar integradas en los procesos educativos y por preparar a los niños para que sean capaces de desenvolverse en un futuro laboral cada vez más tecnológico. Sin embargo, los autores demostraron que las TIC podrían perjudicar la comunicación directa, mientras que se favorece la comunicación intrafamiliar, como ocurre con la aplicación Whatsapp que abre nuevos escenarios de comunicación por la hiperconexión y la inmediatez.

También encontraron que podrían surgir riesgos, tales como el uso inadecuado de redes sociales, las páginas de contactos, la posibilidad de que vean contenidos pornográficos y el acoso escolar (bullying), que se refiere a un comportamiento agresivo e indeseado entre niños en esta etapa que implica un desequilibrio de poder, real o percibido. Los padres consideraron que este último es preexistente a las TIC y que sus efectos negativos pueden verse incrementados como consecuencia de la hiperconexión, que posibilita un acoso permanente. En general, los padres tienen diversas percepciones de las TIC: como una “extensión del cordón umbilical”, una herramienta escolar o un medio de negociación y de estímulo en caso de conflicto con sus hijos. Concluyeron que las TIC relacionadas con internet están totalmente integradas en las familias urbanas y han sustituido a la televisión como el elemento tecnológico que servía para la unión en los hogares (36).

Impacto en la salud física y psicoemocional en los adolescentes

La etapa de transición entre la niñez y la adultez es la adolescencia, en la que ocurren numerosos cambios a nivel somático, fisiológico, psicológico y emocional, lo que la vuelve vulnerable a trastornos como la ansiedad y la depresión. En épocas anteriores, un desliz quedaba como una anécdota del grupo; ahora, con las redes sociales, cada paso en falso queda compartido, amplificado, reaccionado e immortalizado, con repercusiones sociales que podrían no ser bien manejadas en este periodo de la vida. Los jóvenes se plantean obtener y mantener una validación externa constante. Esto es tener aprobación digital en la búsqueda de una identidad personal y en la adquisición de diversos comportamientos y estilos de vida. La sumatoria de la condición inmadura propia del adolescente y los efectos del uso incontrolado de las redes sociales, lo hacen más susceptible al desarrollo de patologías psicoemocionales

En situaciones como la pandemia del COVID-19, se profundizó en la era digital, en la que estas herramientas se utilizaron para dar continuidad a la educación y a las relaciones interpersonales. Se recurrió a nuevas tecnologías para trabajar de manera colaborativa, compartir información o incluso impartir clases en línea; el hecho es que hoy los niños y los adolescentes no conciben su vida sin Internet. La red ofrece muchas ventajas, pero también conlleva inconvenientes derivados de una vida “conectada”, especialmente en una etapa como la adolescencia.

En un informe de la Organización de Consumidores y Usuarios (OCU) (37) de España, realizado en el 2023, con base en los resultados de una encuesta en línea sobre los hábitos de más de 500 adolescentes entre 16 y 17 años y de 300 padres entre 35 y 59 años, se evidenció que estos tenían diferentes percepciones sobre el uso, los tiempos, las actividades y los riesgos de la red. En relación con el uso, los padres coincidieron en las RRSS más utilizadas, alcanzando Instagram el 85 %; el 81 % de los adolescentes respondió que la segunda opción más usada era la red social china TikTok, que permite realizar videos cortos, aunque también el 72 % de los padres refirieron

utilizarla. Es interesante resaltar que se está tomando conciencia de los riesgos del uso y abuso de las RRSS, ya que el informe también señaló que dos tercios de los adolescentes encuestados admitieron que pasar demasiado tiempo en Internet tiene efectos negativos en ellos.

Por su parte, Gómez-Campos y col. (38) llamaron la atención sobre los efectos del uso excesivo de Internet en la salud física de los usuarios. Los cambios en los hábitos nutricionales y el sedentarismo favorecen la obesidad, las malas posturas, los problemas musculoesqueléticos, la exposición a las pantallas, la fatiga ocular y la mayor incidencia de miopía. También se afecta la calidad del sueño por el uso nocturno de dispositivos, lo que disminuye la secreción de melatonina y provoca insomnio, despertares frecuentes y fatiga diurna.

El otro aspecto en el que el Internet ha impactado de manera sustancial se relaciona con la salud psicoemocional. Por ejemplo, se ha descrito una relación directa entre el uso excesivo de internet y la aparición de ansiedad y depresión. Al respecto, Gómez-Ramos y col. (39) realizaron un estudio en 2024 con 432 estudiantes de tres preparatorias ubicadas en el Golfo de México para determinar la asociación entre la sobreexposición al uso de las TIC y la percepción de estilos de vida saludables y de la salud mental, antes y durante la pandemia de COVID-19. Los resultados sugieren que el uso prolongado ocasionó efectos importantes que se suman a los cambios en la esfera psicoemocional propios de la etapa de desarrollo en la que se encontraban.

Los efectos de las TIC en el sistema nervioso central se han relacionado con la secreción de dopamina, que se produce tanto por la estimulación visual de las pantallas como por la gratificación que se obtiene con los “me gusta” de las propias redes sociales, lo que genera un ciclo de dependencia emocional y una búsqueda constante de placer digital. Esto activa el circuito de recompensa inmediata del cerebro, de manera similar a lo que ocurre al consumir sustancias psicoactivas (40).

En este sentido, se ha introducido el término FOMO (de la expresión en inglés fear of missing out — temor a perderse algo) para identificar un tipo de ansiedad social que se produce por miedo a perderse eventos o experiencias, lo que deriva en un deseo de estar continuamente conectado con lo que hacen los demás (41).

Otro nuevo concepto es el de acoso digital o ciberacoso (cyberbullying) entendido como el uso de tecnologías digitales (redes sociales, plataformas de mensajería, juegos en línea y teléfonos móviles) para intimidar, hostigar, humillar o amenazar a una persona. Es como una búsqueda constante de validación y de comparación con otros (42). Un estudio realizado por la UNICEF (43) en España encontró que los adolescentes que sufrían acoso digital presentaban un riesgo 5 veces mayor de depresión.

En cuanto a la atención y la memoria, se ha demostrado que los estímulos digitales fragmentan la concentración y que realizar tareas múltiples de forma virtual afecta el pensamiento profundo. Otros aspectos que considerar son el aislamiento social, pues el hecho de que los adolescentes mantengan contacto virtual no se compara con la conexión emocional presencial (38). Las comunidades y modas virales que promueven retos digitales pueden implicar riesgos, por ejemplo: los desafíos en TikTok y la búsqueda de ser influencers para lograr fama, reconocimiento y obtener ingresos económicos, además de lograr una forma de expresión creativa y de libertad. Los influencers se han convertido en los nuevos referentes de los adolescentes, incidiendo en la conducta vocacional, como modelos a seguir o por la influencia que ejercen en la toma de decisiones y en el proceso de construcción de su proyecto de vida (41,43).

Cabe mencionar la experiencia de Orben y col. (44) en el Reino Unido, en su trabajo sobre ventanas de sensibilidad evolutiva a las redes sociales en el cual recopilaban datos por 13 años para evaluar la relación entre el uso de las RRSS y la satisfacción con la vida, demostrando que ésta cambia a lo largo del desarrollo de los

adolescentes. En su estudio encontraron que las redes eran utilizadas principalmente por niñas de 11 a 14 años durante un lapso de 7 horas o más al día. El análisis transversal de la información obtenida de 84.011 participantes de entre 10 y 80 años reveló que la satisfacción con la vida disminuye con la edad. Por otro lado, en el análisis longitudinal de los datos de 17.409 participantes de edades entre 10 y 21 años, se evidenciaron distintas ventanas de desarrollo de la sensibilidad a las redes sociales, encontrando el mayor efecto negativo en las niñas entre los 11 y 13 años, en los niños entre los 14 y 16 años y en ambos sexos a los 19 años.

Pautas de uso de las TIC en educación

En educación, las TIC facilitan el acceso a comunidades de interés, así como a contenidos y recursos educativos, y permiten desarrollar tutoriales para aprender de forma autodidacta, lo que hace que los jóvenes adquieran formación en temas de su interés (45).

Con las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) se ha transformado la educación, tanto la enseñanza como el aprendizaje, redefiniendo los papeles de educadores y estudiantes en el aula (46). El docente debe combinar competencias en lo académico, lo tecnológico y la gestión de procesos educativos, así como estimular el trabajo cooperativo y motivar al estudiante. Se han elaborado pautas para su mejor utilización: a) Conocer los intereses de los alumnos según la edad, b) Enseñar a usar los buscadores y a ser críticos en la selección de información, c) Pactar con los padres las reglas de uso de Internet en clases, d) Promover la creación de contenidos multimedia, e) Fomentar el uso de recursos interactivos del aula, f) Incentivar el respeto de la privacidad y derechos de los demás y g) Usar un blog para compartir el trabajo del aula (47). Por su parte, el estudiante debe tener una participación activa, desarrollar la autogestión y el trabajo en equipo, así como la socialización en entornos virtuales.

Una herramienta importante es el uso de los videojuegos. La denominada gamificación, como herramienta innovadora, permite promover el aprendizaje autorregulado y pretende valorar el progreso en el proceso de enseñanza-aprendizaje de los alumnos de forma personalizada y en tiempo real (48, 49). Sin embargo, desde el principio se deben establecer límites saludables, y es fundamental el acompañamiento activo de los padres, con una comunicación abierta sobre el tiempo y el contenido a utilizar durante la gamificación, para promover lo que se ha denominado higiene digital.

Una consideración de importancia es la llamada Brecha Digital, término que refleja la desigualdad en el acceso a Internet y a las TIC, así como en los procesos de alfabetización digital, que puede darse de una casa a otra, de una escuela a otra, de una comunidad a otra, etc. Esta inequidad digital es un elemento más que afecta las oportunidades educativas (45).

Sin embargo, Torrecillas-Lacave y col. (36) en su estudio sobre la percepción de los padres sobre el empoderamiento digital de las familias madrileñas en hogares hiperconectados, no encontraron brecha digital en el uso y aprendizaje de dispositivos digitales, a excepción del manejo de videoconsolas; tampoco encontraron que existieran barreras tecnológicas que impidieran a los padres ayudar y colaborar en las tareas escolares de sus hijos.

Uso adecuado de las TIC

Además de sus aplicaciones en educación, el uso de las TIC en general ha sido beneficioso en varios aspectos, como la comunicación, ya que permite la interacción constante, el sentido de pertenencia a un grupo y el desarrollo de relaciones significativas, lo cual resulta fundamental en contextos de migración o de aislamiento. La visibilidad, porque permite expresar ideas, compartir proyectos, participar en movimientos sociales y causas solidarias, y la creatividad,

al permitir desarrollar contenidos artísticos y narrativos mediante fotos, videos y opiniones, lo que influye positivamente en la construcción de la identidad y la autoestima (45,50).

Un ejemplo interesante del uso adecuado de las TIC ha sido el de San Carlo Acutis, quien ha sido reconocido como el “primer santo milenial” por la Iglesia Católica. Fue un nativo digital, ya que utilizó herramientas digitales para transmitir el Evangelio; por ello, ha sido denominado el “Influencer de Dios”. En el cuadro aprobado por el Vaticano para su canonización, que se encuentra en el Santuario Diocesano de Urda, España, lleva en sus manos una tableta que recuerda el dominio que tuvo sobre las nuevas tecnologías, sin dejarse dominar por ellas (51).

Otro ejemplo de uso adecuado e innovador de las TIC se observa en la educación en salud, como se describe en el trabajo de Alidosti y col. (52) en Irán. Estos autores diseñaron y evaluaron un conjunto de videos animados en mp4 que pueden compartirse en redes sociales; uno de ellos trata de la historia de una niña que padece leishmaniasis cutánea en el rostro por no prestar atención a los mensajes de prevención, y en los videos se le enseñan las conductas a seguir para su recuperación.

Usos inadecuados de las TIC

Se han descrito usos negativos que deben ser del conocimiento de todos para poder contrarrestarlos. Estos pueden conllevar consecuencias negativas como la adicción tecnológica, el aislamiento social y los problemas de salud física y/o mental, a las que se suman la exposición a contenido dañino y problemas de privacidad y seguridad, como se detalla a continuación (50,53).

- Anonimato o identidad falsa: atentados contra la intimidad y la veracidad. Produce un impacto muy negativo: depresión, baja autoestima e incluso suicidio. Algunos autores señalan que algunos jóvenes renuncian a su imagen personal y utilizan su identidad en línea para escapar al mundo virtual.

- Pornografía: en inglés, “sexting” que consiste en enviar fotos y/o videos sexuales por los teléfonos móviles, facilitando las conductas sexuales de riesgo. Además, está asociado con incremento en el consumo de alcohol o drogas,

- Acoso psicológico: trato descalificatorio y vejatorio con el propósito de desestabilizar psíquicamente a una persona

- Acecho, o stalking: se refiere a la persecución que se ejerce contra una persona con el fin de establecer contacto personal, en contra de la voluntad de la víctima.

- Grooming: forma anglicista del engaño por parte de pederastas para establecer un vínculo y ejercer control emocional sobre un menor y cometer abuso sexual.

También cabe mencionar que se han identificado plataformas diseñadas para retener la atención y moldear el comportamiento de las potenciales víctimas por influencia algorítmica, que logran reducir la autonomía mental mediante la manipulación de la atención (54).

Medidas de control

En menores de 1 a 4 años, debe evitarse la exposición prolongada a pantallas. Cuando se les limita, por carecer de madurez emocional y de lenguaje para regularse, reaccionan con llanto incontrolable, gritos y pataletas.

En el caso de tener niños menores escolarizados en hogares hiperconectados, los padres deben utilizar estrategias de control digital sobre los contenidos, los horarios y los tiempos de uso de los dispositivos disponibles en el hogar. Al respecto, las sociedades científicas y la Organización Mundial de la Salud (OMS) han propuesto un tiempo de uso según el rango de edad del menor (Cuadro 5) (36, 55).

Otros padres prefieren la navegación compartida y establecer estrategias de refuerzo que van desde la intensificación de la comunicación familiar

Cuadro 5. Recomendaciones de actividad física, tiempo de exposición a la pantalla y horas de sueño para niños hasta 12 años			
Edad de los niños	Actividad física	Tiempo de uso constante de pantallas	Horas de sueño
Menores de 1 año	Al menos 30 min	Nunca	0 a 3 meses: 14 a 17 h/día 4 a 11 meses: 12 a 16 h/día
Entre 1 a 2 años	Al menos 180 min/día	1 año: no recomendado 2 años No mayor de 60 min	11 a 14 h/día
Entre 3 a 4 años	Al menos 180 min/día De estos 60 min deben ser de actividad intensa	No mayor de 60 min	10 a 13 h/día
De 5 a 12 años	Al menos 180 min/día De estos 60 min deben ser de actividad intensa	No mayor de 60 min	9 a 12 h/día

hasta la concienciación sobre los posibles peligros y las repercusiones de la publicación de imágenes y vídeos en redes sociales o en WhatsApp (36).

En el caso de los adolescentes, el punto clave es la prevención mediante el diálogo sobre las consecuencias negativas, como el sedentarismo y la obesidad; es esencial un proceso educativo en el que los padres y los profesores puedan facilitar la adquisición de destrezas y habilidades que los ayuden a enfrentarse con éxito a los retos y dificultades de la vida cotidiana. En las familias debería alcanzarse un acuerdo entre padres e hijos sobre el uso adecuado de las nuevas tecnologías.

En este sentido, en el 2002, García Fernández y Bringue Salas (56) publicaron las siguientes recomendaciones para el control digital:

- ✓ Los padres deben ser un modelo de uso responsable

- ✓ Establecer un tiempo para su uso
- ✓ Explorar alternativas de otras actividades lúdicas con los menores
- ✓ Si es adicto a las TIC, hacer la transición poco a poco
- ✓ Buscar ayuda profesional
- ✓ Enseñar a los jóvenes a utilizar las nuevas tecnologías con prudencia
- ✓ Crear conciencia en los menores de las consecuencias del uso excesivo

Los autores, además, enumeraron las conductas donde consideran que se debe ejercer control: a) Interferencia con otras actividades: estudio, ejercicio deporte, ocio, sociabilidad; b) Falta de privacidad y uso indebido de datos personales; c)

Exceso de información disponible; d) Información inapropiada; e) Aislamiento social y retraso en el desarrollo de las habilidades sociales; f) Nuevas vías de acoso y g) Dificultades para conciliar el sueño (denominado como *Vamping*).

Asimismo, los padres y profesores deben estar atentos a las señales de adicción digital, tales como: aislamiento social, abandono escolar, falta de reconocimiento del tiempo de uso, irritabilidad, tristeza al desconectarse y bajo rendimiento académico. En estos casos, hay que intervenir de inmediato, estableciendo límites claros y rutinas tecnológicas saludables, promoviendo tiempo libre sin pantallas, brindando acompañamiento emocional y, si los síntomas persisten o son de alta intensidad, buscando ayuda profesional (57).

En cuanto al tiempo libre de tecnologías, se ha generado un fenómeno que se opone al FOMO, descrito anteriormente, para el cual se utiliza el término JOMO (*Joy of Missing Out*). Este consiste en sentir satisfacción y bienestar al elegir, de forma voluntaria y consciente, disfrutar del tiempo a solas o en grupo, realizando actividades ajenas a la tecnología, y en fomentar la desconexión sin culpa; así se puede reconectar consigo mismo y tomar decisiones basadas en el deseo propio en lugar de la presión social (58).

Por otro lado, para minimizar la manipulación algorítmica, en especial con el auge de la inteligencia artificial, se propone combinar: a) la educación de los usuarios sobre el tema, llamada alfabetización digital; b) el desarrollo de regulaciones legales que exijan la rendición de cuentas de las empresas; y c) el impulso de una ética denominada “algorética” para el diseño de algoritmos que prioricen el bienestar social. En este aspecto, la UNESCO (18) tiene una participación importante; en su documento enfatiza que hace falta una “brújula ética” en el desarrollo de la IA, porque estas tecnologías, sin barreras éticas, corren el riesgo de reproducir prejuicios o alimentar divisiones sociales.

Finalmente, se está promoviendo el uso del proceso del consentimiento digital (59), definido como un permiso obtenido antes de

realizar cualquier acción que involucre datos o interacciones en línea. Este consentimiento constituye un permiso explícito para respetar los límites sin coerción.

Los dispositivos deben ser herramientas, no refugios emocionales. Es deber de los adultos asegurar que los niños y adolescentes los usen adecuadamente y proporcionarles toda la atención, el afecto y el cariño para que no busquen alternativas en las redes sociales.

REFERENCIAS

1. Bonilla FM. Origen y evolución de las tecnologías de la información de la comunicación. YOPAL. 2009. Disponible en: <https://sites.google.com/site/ticsyopal5/assignments>.
2. Calvo A Ivars R, Plaza B, Sorli J. Línea del tiempo de las TIC's. 2013. Disponible en: [nuevasclasesdetics](https://nuevasclasesdetics.com/) 4. Blogspot.com.
3. Tapia F. Reseña del libro: Las TIC en el combate de las enfermedades desatendidas: una visión latinoamericana. Rev TISD Tendencias e Innovación en la Sociedad Digital. 2018; 2(1):130-4.
4. Equipo de Expertos de Ciencia y Tecnología de la Universidad Internacional de Valencia. La evolución de las TIC desde el ábaco al Smartphone. 2018. Disponible en: <https://www.universidadviu.com/int/actualidad/nuestros-expertos>.
5. Fundación FEPROPAZ. La tecnología y las nuevas generaciones. 20 de marzo de 2023. Disponible en: <https://fepropaz.com/>.
6. Leadera Marketing Solutions. Inteligencia artificial aplicada a los servicios TIC. 2018. Disponible en: <http://www.leaderasolutions.com>.
7. Brdicka R. Artificial intelligence and modern information and communication technologies entering medicine. Cas Lek Česk. 2019;158(2):87-91.
8. Martín GH, Olmedo Canchola VH, Andoney Mayén YV. Uso de las tecnologías de la información y comunicación (TIC) en las residencias médicas en México. Acta Med Grup Ángeles. 2017;15(2): 150-153.
9. Cabero J. Impacto de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación en las organizaciones educativas. En Lorenzo M y otros (Coords.): Enfoques en la organización y dirección de instituciones educativas formales y no formales. Granada: Grupo Editorial Universitario. 1998. pp. 197-206.

10. Fraguera N. We are social. Melwater. 2025. Disponible en: [https:// marketing4ecommerce.co/usuarios-de-internet-mundo/](https://marketing4ecommerce.co/usuarios-de-internet-mundo/).
11. Actualidadtecnológica.com. Ventajas y Desventajas de las TIC. 2024
12. Lee JL, Matthias M, Menachemi N, Frankel RM, Weiner M. A critical appraisal of guidelines for electronic communication between patients and clinicians: the need to modernize current recommendations. *J Am Med Inform Assoc*. 2018;25(4):413-418.
13. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). Las TIC en la formación docente: guía de planificación. 2002. Disponible en: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000129533_spa.
14. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). Las tecnologías de la información y comunicaciones (TIC) en la educación. 2012. Disponible en: <http://www.unesco.org/new/es/unesco/themes/icts/>.
15. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). Hacia las sociedades del conocimiento. Informe Mundial. 2005. Disponible en: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000141908>.
16. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). Recomendación sobre la ética de la inteligencia artificial. 2021.
17. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) y Biblioteca Digital. 2024. Guía para el uso de IA generativa en educación e investigación. Disponible en: <https://cutt.ly/Yw4tJFNo>.
18. World Health Organization. Ethics and governance of artificial intelligence for health: WHO guidance. 2021. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/341996/9789240029200-eng.pdf?sequence=1>.
19. Global Forum in Bioethics Research. Background paper: Ethics of AI in global health research Cape Town, November 2022. Disponible en: <https://eaccr.org/global-forum-bioethics-research-ethics-ai-global-health-research>.
20. Padrón-Nieves M. Políticas editoriales sobre el uso de inteligencia artificial generativa. *Rev Ética e Integridad Académica*. 2025;11: 23-26.
21. Future of Life Institute. Conferencia sobre IA beneficiosa. Asilomar-California. 2017. Disponible en: <https://futureoflife.org/open-letter/ai-principles/>
22. Comisión Europea, Dirección General de Redes de Comunicación, Contenido y Tecnologías. Directrices éticas para una IA fiable. Oficina de Publicaciones, 2019. Disponible en: <https://data.europa.eu/doi/10.2759/14078>.
23. Comisión Europea (Oficina de IA). Ley de Inteligencia Artificial. 2024. Disponible en: <https://artificialintelligenceact.eu/ai-act-explorer/>
24. Banco de Desarrollo de América Latina y el Caribe (CAF). Guía de la CAF para el diseño de políticas públicas de inteligencia artificial. 2024. Disponible en: <https://www.gub.uy/>.
25. Rojas Salazar AO, Siccha Macassi AL, Ferrer Mejía ML, Silva Infantes M, Castro Cayllahua F, Andrade-Arena L, et al. Experiencias suramericanas en telemedicina de enfermedades desatendidas. *Boletín de Malariología y Salud Ambiental*. Lima. 2022; LXII:879-89.
26. Quispe López RJ, Tasilla Yarasca L, Vigo Cabanillas B. Ética y valores aplicados a la informática en la escuela de ingeniería informática y sistemas. 2004. Disponible en: www.monografias.com.
27. Penabad-Camacho L, Morera M, Penabad-Camacho MA. Guía para la regulación del uso de IA en revistas certificadas de ciencias sociales en proceso de arbitraje y para reportar su uso en textos científicos. Universidad de Costa Rica. 2024. Disponible en: <https://repositorio.una.ac.cr/handle/11056/27431>.
28. Silva N, Espina J. Ética Informática en la Sociedad de la Información. *Rev Venez Gerencia*. 2006; 11(36):559-80.
29. Universidad Central de Venezuela. Dirección de Tecnologías de Información y Comunicaciones. Manual de políticas para el uso de los recursos de TIC. Caracas. 2009.
30. Universidad de Los Andes (ULA). Dirección General de Planificación y Desarrollo. Plan de Desarrollo y Crecimiento de Tecnologías de Información y Comunicación (TIC) de la Universidad de Los Andes 2011 – 2016. Mérida. 2011.
31. Universidad Metropolitana (UNIMET). la Unidad de Innovación y Tecnología Educativa (UITE). Entrevista a su directora, la Prof. Yuly Esteves. 2019. Disponible en: <https://www.unimet.edu.ve/>.
32. Universidad Dr. Rafael Belloso Chacín (URBE). Reglamento de uso de las TIC como herramienta docente en el contexto universitario. S/F. J. Disponible en: cdn.urbe.edu.
33. Universidad Católica Andrés Bello (UCAB). Decreto Rectoral N° 2.19 sobre las políticas

- generales relativas al uso de la inteligencia artificial (IA) en las funciones universitarias. 2024. Disponible en: <https://www.ucab.edu.ve/wp-content/uploads/2023/06/2.91.pdf>.
34. Ley Orgánica para la Protección de Niños, Niñas y Adolescentes. (LOPNNA). Gaceta Oficial No. 5.859. 10 de abril de 2007. Caracas. Disponible en: <http://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2011/7519.pdf>.
 35. Mascheroni G, Ólafsson K. Net Children Go Mobile: risks and opportunities. Second edition. Milano: Educatt. 2014.
 36. Torrecillas-Lacave T, Vázquez-Barrio T, Monteagudo-Barandalla L. Percepción de los padres sobre el empoderamiento digital de las familias en hogares hiperconectados. *Profesional de la Información*. 2017; 26(1):97-105.
 37. Organización de Consumidores y Usuarios (OCU). Los adolescentes e Internet: uso actividades y riesgos. Madrid. 2023. Disponible en: <https://www.ocu.org/tecnologia/internet-telefonía/informe/encuesta-adolescentes-online>.
 38. Gómez-Campos R, Urra-Albornoz C, Riveros J, Opazo O, Rivera-Portugal M, et al. Uso de redes sociales, obesidad y salud mental en adolescentes chilenos. *Rev Chil Pediatr*. 2021;92(3):314-322.
 39. Gómez-Ramos RG, Argüelles-Nava VG, López-Zetina J, Ortiz-Chacha CS, Pavón León P, Ortiz-León MA. Pandemia COVID-19: consecuencias de la sobreexposición al uso de tecnologías de la información y comunicación. *Horiz Sanitario*. 2024;23(1):119-28.
 40. Jaramillo Gutiérrez OJ. Manipulación algorítmica: ¿cómo afecta nuestras decisiones digitales?. *Educación Tecnológica: La Revista – Asperger para Asperger*. 2025.
 41. Gutiérrez Arenas MP, Ramírez García A, Reifs Ruiz RM. La generación Z desea ser youtuber y/o influencer. Factores que determinan esta tendencia. *ICONO 14*. 2022; 20(2).
 42. Przybylski AK, Murayama K, DeHaan CR, Gladwell V. Motivational, emotional, and behavioral correlates of fear of missing out. *Computers Human Behavior*. 2013;29 (4):1841-48.
 43. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Impacto del acoso digital en la salud mental de los adolescentes. 2021.
 44. Orben A, Przybylski AK, Blakemore SJ, Kievit RA. Ventanas de sensibilidad evolutiva a las redes sociales. *Nat Commun*. 2022;13(1):1649.
 45. Rosas-Chávez P. Tecnologías para el aprendizaje y desafíos curriculares. En: Héctor Sevilla, F. T. y Marisol L. (coordinadores) *Educación en la era digital* docencia, tecnología y aprendizaje. México DF. Editorial Pandora, S.A. de C.V. 2017.
 46. Saenz López JM. Valoración del impacto que tienen las TIC en educación primaria en los procesos de aprendizaje y en los resultados a través de una triangulación de datos. *Rev Latinoamer Tecnol Educ*. 2021; 11(1):4151.
 47. Cahuasa PB. Los videojuegos, herramientas terapéuticas para la salud mental. Universidad Franz Tamayo. 2024. Disponible en: <https://unifranz.edu.bo/blog/los-videojuegos-herramientas-terapeuticas-para-la-salud-mental/>.
 48. Zambrano-Álava AP, Lucas-Zambrano MA, Alcívar KE, Lucas-Zambrano AT. La Gamificación: herramientas innovadoras para promover el aprendizaje autorregulado. *Dom Cien*. 2020;6(3):349-369.
 49. Morales Álvarez M, Torres N, Figueroa L. La brecha digital en contextos educativos de América Latina: desafíos pospandemia. *Rev Educ LATAM*. 2024;29(1):58-72.
 50. Alou M, Álvarez Lares LR, Arias P, Castillo L, Egca A, Elba H. et al. El impacto de las redes sociales en los jóvenes: uso y abuso. *Junior-report.media*. 2025. Disponible en: <https://juanxxiicartuja.junior-report.media/el-impacto-de-las-redes-sociales-en-los-jovenes-uso-y-abuso/>.
 51. López N. Un beato millennial para la era digital: Carlo Acutis, el «influencer» de Dios. 2024. Disponible en: <https://www.elimpulso.com/2024/06/02/clickdominical-un-beato-millennial-para-la-era-digital-carlo-acutis-el-influencer-de-dios-2jun/>.
 52. Alidosti M, Shahnazi H, Heidari Z, Zamani-Alavijeh F. Design and evaluation of two educational media in the form of animation and games to promote the cutaneous leishmaniasis prevention behaviors in adolescent female. *BMC Public Health*. 2022;7;22(1):2288.
 53. Bilbao A. El cerebro del niño explicado a los padres. Barcelona: Plataforma editorial. 2015.
 54. Valderrey Lorono MD, Echeverría Guzmán AY. Aplicaciones Éticas de Autonomía Cognitiva con Respecto a la Inteligencia Artificial en la Educación Universitaria. *Rev Ciencia*. 2024;9(33):382-403.
 55. Organización Mundial de la Salud (OMS). Nuevas directrices de la OMS sobre actividad física, sedentarismo y sueño para niños menores de 5 años. Ginebra. 2019. Disponible en: <https://www.who.int/>.
 56. García Fernández F y Bringue Salas X. Una familia en el ciberespacio. *Edu.com*. Madrid. 2002.
 57. Cruz Navarro L, Durán Sánchez P. ¿Cómo influyen las nuevas tecnologías en los

- adolescentes? Aesthesis Psicólogos Madrid. Psicología de la Salud. 2020. Disponible en: <https://www.psicologosmadridcapital.com/blog/como-influyen-nuevas-tecnologias-adolescencia/>
58. Chiara F. Joy of Missing Out (JOMO): ¿qué es y cómo implementarlo? 2025. Disponible: <https://psicologiyamente.com/psicologia/joy-of-missing-out-jomo-que-es-y-como-implementarlo>.
59. National Sexual Violence Resource Center (NSVRC): El consentimiento digital. 2018. Pennsylvania. Disponible en: <https://www.nsvrc.org/es/saam/2>

Digitalización y vigilancia epidemiológica

Digitalization and epidemiological surveillance

Romy Casbarro Arriaga

RESUMEN

La vigilancia epidemiológica del cáncer bucal en Venezuela enfrenta desafíos críticos debido a la fragmentación y a la falta de integridad de la información clínica. La transición de registros analógicos a sistemas digitales no representa solo un avance técnico, sino también un imperativo ético para garantizar la precisión diagnóstica, el seguimiento terapéutico y la veracidad de los datos. Este artículo analiza la digitalización de la información clínica como una obligación bioética fundada en el principio de beneficencia, tomando como referente de observación práctica la experiencia de transformación digital implementada en el Servicio de Medicina Bucal de la Universidad Central de Venezuela (UCV) dirigido por la autora. A partir de este caso de estudio, se examinan las brechas del registro manual, su impacto en la trazabilidad de pacientes con patologías malignas y potencialmente malignas, y la generación de subregistros que comprometen la salud pública. Se concluye que la fiabilidad del dato clínico digitalizado es indispensable para sostener una vigilancia epidemiológica robusta, que sustente la

toma de decisiones y la propuesta de políticas públicas efectivas, asegurando una atención multidisciplinaria, un monitoreo longitudinal continuo, la asignación justa de recursos sanitarios y la optimización de las interconsultas para una atención digna de los pacientes.

Palabras clave: cáncer bucal, bioética, digitalización de datos clínicos, vigilancia epidemiológica, gestión de datos

SUMMARY

Epidemiological surveillance of oral cancer in Venezuela faces critical challenges due to the fragmentation and lack of integrity of clinical information. The transition from analog to digital records is not only a technical advance but also an ethical imperative to ensure diagnostic accuracy, therapeutic follow-up, and data veracity. This article analyzes the digitization of clinical information as a bioethical obligation based on the principle of beneficence, using as a reference the experience of the digital transformation implemented in the Oral Medicine Service of the Central University of Venezuela (UCV), which is headed by the author of this article. Based on this case study limited to the service, the gaps in manual registration, their impact on the traceability of patients with malignant and potentially malignant pathologies, and the under-registration that compromises public health are examined. It is concluded that reliable digitized clinical data are essential to sustain robust epidemiological surveillance, which supports decision-making and the proposal of effective public policies ensuring multidisciplinary care, continuous longitudinal monitoring, fair allocation of health resources, and optimized interconsultations for the dignified care of patients.

ORCID:

[0000-0003-3411-0155](https://orcid.org/0000-0003-3411-0155)

*Autor: Romy Casbarro Arriaga. Tel: +58 04242119163.

E-mail: medicinaoral.casbarro@gmail.com

Odontóloga. MSc. en Medicina Estomatológica, MSc. en Bioética, Doctora en Seguridad Social. Profesor Agregado de la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela. Caracas - Venezuela

Recibido: 31 de julio 2026

Aceptado: 15 de septiembre 2026

Keywords: oral cancer, bioethics, digitization of clinical data, epidemiological surveillance, data management

INTRODUCCIÓN

La brecha entre la práctica clínica y la vigilancia epidemiológica del cáncer bucal

El cáncer bucal representa un desafío de salud pública de magnitud creciente, cuya morbimortalidad está intrínsecamente ligada a la oportunidad diagnóstica y a la eficacia del seguimiento clínico (1). En el contexto venezolano, la vigilancia epidemiológica de estas patologías ha dependido históricamente de registros manuales; una praxis que, si bien cumplió una función operativa en el pasado, hoy resulta insuficiente y éticamente cuestionable frente a las demandas de la medicina contemporánea y las ventajas del paradigma tecnológico actual.

El retraso diagnóstico, frecuentemente exacerbado por una gestión deficiente de la información en los niveles primarios de atención, amplía el denominado Intervalo de Diagnóstico, un factor crítico que incrementa la mortalidad. En patologías de alta complejidad, donde el tiempo es el determinante pronóstico fundamental, la fiabilidad del dato clínico trasciende la meta técnica para convertirse en un imperativo bioético ineludible.

Esta situación se evidenció en la experiencia de gestión e investigación del Servicio de Clínica Estomatológica de la Facultad de Odontología de la UCV (2), que se utilizará como modelo empírico y como sustento práctico en el presente análisis. En dicho trabajo se examinó la brecha analógica mediante la auditoría técnica de los cuadernos de registro manual del servicio entre julio de 2024 y julio de 2025, contrastándolos con un modelo digital estandarizado enfocado en pacientes con sospecha o diagnóstico de lesiones potencialmente malignas y de carcinomas de células escamosas, la lesión maligna más frecuente de la mucosa bucal.

Al evaluar la integridad de la data analógica bajo criterios de legibilidad (interpretación diagnóstica sin ambigüedades caligráficas), consistencia técnica (uso correcto de terminología y nomenclaturas internacionales) y completitud (omisión de campos críticos como edad, sexo, localización anatómica exacta o hábitos de riesgo),

los resultados confirmaron que la gestión manual induce a errores de transcripción, pérdida de información longitudinal y, en última instancia, a la invisibilidad estadística del paciente.

Cuando los datos de un servicio clínico se encuentran fragmentados, la caligrafía o la ortografía impiden identificar al paciente, y existen registros inconclusos, el sistema de salud vulnera los principios de beneficencia y justicia, lo que imposibilita el diseño de políticas institucionales, locales y públicas basadas en la realidad epidemiológica. Por el contrario, la transición hacia maquetas digitales estandarizadas demostró una clara superioridad operativa: optimizó la eficiencia en la localización de historias, garantizó la trazabilidad de los operadores tratantes y aseguró una constancia fiel tanto en el soporte físico como en el digital.

Esta experiencia práctica permitió contrastar la teoría de la vigilancia epidemiológica con la realidad operativa de los registros institucionales, evidenciando cómo la persistencia del soporte físico como única fuente de datos se traduce en una vulnerabilidad sistémica que compromete la seguridad del paciente y la integridad del acto médico.

Limitaciones de la gestión analógica y el riesgo de la invisibilidad clínica

La gestión de datos clínicos en soporte físico, de manera manual y tradicionalmente imperante en la mayoría de las instituciones de salud venezolanas, presenta vulnerabilidades que trascienden la mera logística administrativa. La dependencia de estos registros como única fuente de registros genera una desintegración de la información, que compromete de forma directa la trazabilidad de los pacientes, dentro de los cuales el paciente oncológico es el que se pone en mayor riesgo debido a esta falla. Dado que la vigilancia epidemiológica del cáncer bucal depende enteramente de la integridad de la información recolectada en la consulta inicial, la fragilidad del soporte en papel introduce una vulnerabilidad crítica: la dependencia absoluta

del factor humano (operador-dependiente) (3). Esta praxis está expuesta a errores caligráficos que imposibilitan la lectura posterior, a faltas ortográficas en la terminología diagnóstica y a omisiones de datos sociodemográficos o clínicos esenciales (entre otros).

En el caso del cáncer bucal, donde el pronóstico depende de un seguimiento longitudinal riguroso, la gestión analógica exhibe cuatro falencias estructurales de profunda importancia bioética:

En primer lugar, la fragilidad del registro, caracterizada por el deterioro del papel, el extravío de folios o la ilegibilidad caligráfica, transforma la historia clínica en un documento inerte, incapaz de nutrir la investigación académica ni de garantizar la continuidad asistencial. En segundo lugar, emerge el riesgo biológico ocupacional, un aspecto frecuentemente desatendido: la acumulación y manipulación de archivos físicos convierten el papel en un foco de contaminación biológica. La degradación del material y el almacenamiento prolongado favorecen la proliferación de colonias fúngicas cuyas esporas, al suspenderse en el aire, exponen al personal de salud y al equipo de archivo a riesgos respiratorios y de hipersensibilidad. La digitalización se erige así no solo como una mejora administrativa, sino también como una medida de bioseguridad indispensable.

En tercer lugar, la discontinuidad informativa y la imposibilidad de cruzar datos en tiempo real entre servicios impiden el abordaje interdisciplinario y condenan al paciente a una invisibilidad estadística. Un ciudadano cuyos datos no se conservan adecuadamente no figura en los registros oficiales y, por ende, queda excluido de la planificación sanitaria. Finalmente, el error en la recolección de datos inherente a la transcripción manual genera subregistros de lesiones potencialmente malignas, distorsionando la realidad epidemiológica institucional e impidiendo la oportuna toma de decisiones.

Mantener un sistema analógico en la era digital actual no constituye una mera obsolescencia técnica; implica exponer al paciente a un riesgo evitable. La invisibilidad clínica derivada de una gestión deficiente de datos opera como una barrera

de acceso a la salud, en la que la información perdida se traduce en diagnósticos tardíos, tratamientos inoportunos y estadísticas poco confiables. En última instancia, esa imperceptibilidad clínica se convierte en una forma de exclusión sistemática y éticamente injusta.

El imperativo bioético de la fiabilidad: más allá del registro técnico

Desde la perspectiva de la bioética y en el marco principialista fundamental de Beauchamp y Childress (4), la falta de fiabilidad de los datos clínicos trasciende la falla administrativa para configurarse como una transgresión directa del principio de no maleficencia. Un dato mal asentado o una letra ilegible se traduce en estadísticas distorsionadas e infieles. Si la vigilancia epidemiológica es deficiente, la detección precoz y las decisiones terapéuticas en el cáncer bucal se basan en fundamentos erróneos, lo que compromete el derecho de la población a una atención sanitaria eficiente y basada en evidencia real.

La bioética nos exige comprender que el dato clínico no es una simple cifra, sino la representación abstracta de una vida humana. Un sistema de información precario conlleva riesgos que derivan en daños irreparables: desde diagnósticos omitidos hasta tratamientos tardíos. Sin embargo, el impacto vulnera también la ética de la investigación científica, generando un círculo vicioso caracterizado por dos dinámicas críticas:

- 1. La desaparición estadística del paciente:** Si el dato no es fidedigno, el paciente es subregistrado, duplicado o erróneamente categorizado, lo que conduce a su invisibilización dentro del sistema de vigilancia, y anula su derecho a ser contemplado en las decisiones institucionales que priorizan su seguimiento.
- 2. La erosión de la evidencia científica:** La publicación de investigaciones e informes epidemiológicos sustentados en datos manuales (propensos al error de captura

y al sesgo de transcripción), compromete la veracidad de la literatura médica. Generar conocimiento sobre bases frágiles constituye un problema ético de mayor alcance que afecta la credibilidad de las instituciones académicas y la integridad de sus investigadores.

Frente a esta realidad, la digitalización emerge como una exigencia de justicia distributiva. Sólo un dato confiable permite mapear con exactitud los focos de cáncer bucal, identificar las poblaciones de mayor vulnerabilidad, priorizar factores predisponentes, y asignar los recursos sanitarios de manera equitativa. Asimismo, la fiabilidad de la información es condición sine qua non para el ejercicio efectivo de la autonomía: el paciente sólo puede ejercer un verdadero consentimiento informado si la evidencia que respalda su diagnóstico es íntegra y transparente; de lo contrario, el acto médico se construye sobre una ficción técnica. Finalmente, la complejidad de este escenario demanda articular la práctica clínica con principios bioéticos contemporáneos:

- **El Principio de Responsabilidad:** La responsabilidad ética de los académicos y clínicos no se limita al sillón odontológico, sino que se extiende a la custodia rigurosa de la información. La responsabilidad nos impone, además de trabajar en entornos bioseguros, y con la pericia clínica suficiente, la obligación de migrar los datos a entornos digitales que aseguren una evidencia científica honesta, reproducible y auditable.

- **El Principio de Precaución:** Ante la vulnerabilidad probada del sistema analógico (que abarca desde la pérdida de datos y los errores de transcripción hasta los riesgos biológicos ocupacionales del papel), la inacción resulta éticamente incomprensible. El principio de precaución dicta que la digitalización debe adoptarse de forma prioritaria como una medida protectora para salvaguardar al paciente, al personal de salud y a la salud pública colectiva, que al final repercute positivamente en el sistema público nacional de salud y contribuye a su desarrollo efectivo.

De la teoría a la praxis: ejes de un modelo de gestión digital éticamente responsable

La transición hacia la digitalización en el ámbito clínico no debe concebirse como un simple cambio de soporte tecnológico, sino como una reestructuración integral de la gestión médica y docente, en línea con las directrices de la Organización Panamericana de la Salud (5). Para mitigar la pérdida de solidez de la evidencia científica, erradicar la invisibilidad estadística del paciente y neutralizar los riesgos biológicos del soporte analógico, la experiencia desarrollada en el Servicio de Clínica Estomatológica de la Facultad de Odontología de la UCV permitió estructurar una propuesta de transformación sustentada en tres ejes fundamentales:

1. **Estandarización de la captura de datos (*Input único*):** Rediseñar la recolección de información mediante campos obligatorios indexados (como el número de cédula e historia clínica) y nomenclaturas unificadas para diagnósticos provisionales y definitivos, así como para procedimientos, y utilizar tantos campos como se requieran para registrar cada consulta. Esta normalización elimina la ambigüedad diagnóstica derivada de la sinonimia clínica y erradica el sesgo caligráfico, garantizando la integridad del dato desde su origen. No se desestima el dato manual, pues este constituye parte del acervo documental histórico, científico y legal del Servicio, pero se erradica como trámite cotidiano para transcribirlo digitalmente a diario.
2. **Interoperabilidad y trazabilidad longitudinal:** Un sistema digital permite que la información acompañe la trayectoria del paciente. Al asegurar la accesibilidad e integridad del dato en las interconsultas continuas (como el intercambio fluido con el Servicio de Cirugía Bucal, y otros servicios clínicos de consulta frecuente en el Hospital Clínico Universitario y otros centros), se garantiza el seguimiento longitudinal necesario para una vigilancia

epidemiológica efectiva. La meta proyectada para finales de 2026 es consolidar un archivo compartido que erradique los subregistros, las duplicidades y la invisibilidad estadística mencionada anteriormente.

3. Auditoría y validación en tiempo real:

A diferencia del papel (sustrato inerte y biológicamente vulnerable), la arquitectura digital permite integrar protocolos de validación inmediata que detectan inconsistencias durante la carga de datos. Esto blindará la base de datos contra errores de transcripción, asegurando la validez y la veracidad exigidas por la comunidad académica internacional para la producción científica derivada.

Esta transformación trasciende lo estrictamente tecnológico para consolidarse como un proceso pedagógico y cultural. La colaboración interdisciplinaria (destacando el valioso intercambio con la Facultad de Humanidades y Educación y la Escuela de Bibliotecología y Archivología), junto con la participación activa de residentes y estudiantes, permitió edificar una nueva cultura organizacional. La digitalización se consolida así no como un mero imperativo de eficiencia, sino como una salvaguarda para la vida del paciente y el soporte ético del conocimiento institucional: la metamorfosis de un archivo frágil en una base de datos viva, biosegura y éticamente responsable.

La vigilancia epidemiológica fidedigna como herramienta de justicia distributiva

En el marco de la Bioética Social y de la ética de la responsabilidad, el principio de justicia distributiva exige que los recursos sanitarios (frecuentemente escasos en el sector público) se asignen de manera equitativa y eficiente (6). Sin embargo, la justicia resulta impracticable sin veracidad. La dependencia de registros manuales y el consecuente debilitamiento de la evidencia impiden calibrar la carga actuarial, clínica y social real del cáncer bucal, lo que deriva en una distribución inequitativa de insumos, especialistas y centros de atención.

En este escenario, la digitalización de la información clínica actúa como un catalizador de justicia social sustentado en tres ejes fundamentales:

1. Identificación de poblaciones vulnerables:

Un sistema de información fiable permite la estimación precisa de la incidencia y la prevalencia del cáncer bucal. Esto permite a las instituciones dirigir campañas de prevención y recursos terapéuticos hacia las zonas de mayor riesgo, basándose en necesidades objetivas y no en estimaciones sesgadas. Al considerar determinantes sociales críticos (como el tabaquismo asociado a la pobreza, en el que, por ejemplo, fumar se utiliza trágicamente como un supresor del hambre), contar con datos fidedignos resulta indispensable para diseñar estrategias de educación y detección precoz adaptadas a la realidad socioeconómica y cultural de cada comunidad.

2. Optimización del gasto público:

Al erradicar el subregistro y las fallas diagnósticas derivadas de la pérdida de información, se evitan redundancias y se garantiza la oportunidad de cada intervención. La eficiencia tecnológica se traduce, por ende, en una mayor capacidad de cobertura presupuestaria, lo que permite ampliar el alcance del sistema de salud hacia un número mayor de beneficiarios con los mismos recursos disponibles.

3. Transparencia y rendición de cuentas:

Los ecosistemas digitales facilitan la auditoría continua de la gestión en salud. La trazabilidad de la atención asegura que el derecho a la salud no se disuelva en la opacidad de los archivos analógicos, proporcionando una base empírica sólida para fundamentar políticas públicas orientadas a una atención digna para cada persona.

4. Validez y rigor ético de la evidencia científica derivada:

La investigación clínica y las publicaciones académicas no pueden desligarse de la veracidad del dato primario. La resistencia o falta de voluntad

institucional para migrar a archivos digitales compromete la integridad del dato desde la fuente, viciando de origen la evidencia reportada. Una vigilancia epidemiológica cabal es, en última instancia, el filtro ético que convalida la producción científica de un servicio: si el registro clínico inicial es frágil, incompleto o poco fiable, cualquier estudio, estadística o artículo derivado carecerá de la validez bioética y científica exigida por la comunidad internacional.

En definitiva, la digitalización restituye a la vigilancia epidemiológica su verdadera naturaleza: la de un proceso orientador, analítico, objetivo y sistemático. El dato fidedigno constituye, en última instancia, el único lenguaje mediante el cual el sistema de salud puede consolidarse como éticamente digno y socialmente justo.

CONCLUSIONES

La digitalización como estándar de calidad, excelencia y ética clínica

La experiencia del Servicio de Clínica Estomatológica de la Facultad de Odontología de la UCV, en convergencia con las reflexiones bioéticas expuestas, permite concluir que la transformación digital no constituye un destino tecnológico opcional, sino un punto de partida ético ineludible, un imperativo ético. La transición del soporte analógico al dato digital fidedigno representa la única garantía para detener el deterioro de la evidencia científica y restituir la visibilidad del paciente con cáncer bucal dentro del sistema sanitario.

De este análisis se desprenden tres ejes conclusivos fundamentales:

1. **La integridad del dato como derecho del paciente:** Un registro clínico exacto, íntegro y recuperable es el cimiento de la seguridad del paciente y la máxima expresión del principio de beneficencia. Sin la digitalización, el sistema institucional incurre en una omisión ética (intencional o

no), al vulnerar la continuidad asistencial y fragmentar la historia longitudinal de la enfermedad.

2. **La fiabilidad científica como pilar de excelencia institucional:** Para que la producción científica y la vigilancia epidemiológica se erijan como referentes de rigor y veracidad, resulta obligatorio erradicar los sesgos inherentes al registro manual. La verdad en la investigación académica depende estrictamente de la transparencia y la trazabilidad, que sólo los ecosistemas digitales pueden garantizar de manera sistemática.
3. **Hacia un nuevo paradigma de justicia social:** La digitalización es el fundamento sobre el cual deben establecerse las reformas en salud pública y en previsión social. Solo un sistema que “ve” y “escucha” a partir de datos precisos puede evolucionar hacia modelos de atención integral, donde la dignidad humana trascienda la aspiración retórica y se consolide como un derecho garantizado mediante una gestión responsable, eficiente y equitativa.

En última instancia, el imperativo bioético de digitalizar la información clínica es un llamado urgente a la coherencia profesional, a las buenas prácticas, a la responsabilidad institucional y a la excelencia científica y académica. La construcción de un sistema de salud justo, capaz de responder con precisión a las demandas reales de la población, comienza por asegurar que cada dato registrado sea un testimonio fiel, perdurable y trazable. Digitalizar es, en su sentido más profundo, un acto ineludible de respeto a la ciencia y a la vida.

Declaración sobre el uso de Inteligencia Artificial

Se utilizó la herramienta de Inteligencia Artificial Generativa (Gemini de Google) exclusivamente como apoyo para la revisión de estilo, la fluidez sintáctica y la precisión léxica

del texto. La autoría intelectual, el análisis crítico, la conceptualización bioética y las conclusiones presentadas son responsabilidad exclusiva y total de la autora.

REFERENCIAS

1. World Health Organization. Oral health: Achieving better oral health as part of the universal health coverage. Geneva: World Health Organization; 2022. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>
2. Blanco D, Casbarro R, Mujica V, Tovar J. Gestión de la transformación digital de los datos del servicio de Clínica Estomatológica de la Facultad de Odontología de la UCV, con énfasis en el cáncer bucal (Proyecto N° 367-2024) Caracas: Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico (CDCH-UCV), Ministerio del Poder Popular para Ciencia y Tecnología (MINCYT); 2025. Disponible en: <https://saber.ucv.ve/handle/10872/24302>
3. Guzmán F, Franco A. La historia clínica: elemento fundamental del acto médico. Rev Colomb Cir. 2012; 27(1): 15-24.
4. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 8th ed. New York: Oxford University Press; 2019.
5. Organización Panamericana de la Salud. 8 Principios rectores para la transformación digital del sector salud. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2021. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/principios-rectores-para-transformacion-digital-sector-salud>
6. Zúñiga M. Reseña del libro Bioética mínima, de Diego Gracia. Síntesis Rev Filos. 2021; 4(1): 159-163. Disponible en: <https://sintesis.uai.cl/index.php/intusfilosofia/article/viewFile/352/322>

La Bioética: Una respuesta social

Bioethics: A Social Response

María Antonia Lombardi

RESUMEN

La Bioética social en América Latina es una respuesta a los dilemas clínicos individuales, con un enfoque macrobioético y global, orientada a resolver problemáticas colectivas, de justicia sanitaria y de equidad regional, con independencia y creatividad, sin repetir soluciones impuestas por otras latitudes. Se centra fundamentalmente en la solidaridad, entendida como un valor social indispensable en soluciones grupales que rompen la atomización para disminuir la vulnerabilidad, y busca establecer un manejo equitativo y sustentable de los recursos en salud pública, sin abandonar ni proteger a la población, con precaución y responsabilidad profesional. Con respeto a los derechos humanos, la equidad y la eficacia, garantiza la calidad y la continuidad de la atención. Con mayor énfasis en la participación ciudadana.

Palabras clave: *bioética social, bioética global, solidaridad, equidad, sustentabilidad de la atención, calidad de la atención*

SUMMARY

Social bioethics in Latin America responds to individual clinical dilemmas with a macro-bioethical and global approach, oriented toward resolving collective problems related to health justice and regional equity, with independence and creativity, without replicating solutions imposed from other regions. It focuses fundamentally on solidarity, understood as an indispensable social value in group solutions that break down fragmentation to reduce vulnerability, seeking to establish equitable and sustainable management of public health resources, without abandoning or neglecting the population, with caution and professional responsibility. Respecting human rights, equity, and effectiveness, it guarantees the quality and continuity of care. It places particular emphasis on citizen participation.

Keywords: *social bioethics, global bioethics, solidarity, equity, sustainability of care, quality of care*

ORCID:

[0000-0002-3862-4156](https://orcid.org/0000-0002-3862-4156)

***Autor:** María Antonia Lombardi. Tel: +58 0414336812.
E-mail: malombardi2@gmail.com

Médico Cirujano. Especialista en Psiquiatría. MSc. en Bioética
Profesor Titular de la Facultad de Medicina de la Universidad
Central de Venezuela. Caracas - Venezuela

Recibido: 31 de julio 2026

Aceptado: 13 de septiembre 2026

INTRODUCCIÓN

Diego Gracia (1) refiere que, etimológicamente, el término bioética designa las costumbres relacionadas con la vida o con su cuidado. Así, la raíz *bíos* vendría a designar las ciencias de la vida, mientras que la raíz *éthos* lo haría con las ciencias de las costumbres. Es decir, la bioética analiza los problemas planteados por las ciencias de la vida desde la ética, que estudia la moral, los valores y las normas que rigen el comportamiento humano.

El vocablo Bioética se popularizó en la década de los años 70, cuando Potter escribió

el libro “*Bioethics: Bridge to the Future*”, con la intención de establecer lo que llamó un puente entre las ciencias y las humanidades, para garantizar la protección de la vida en el planeta y la supervivencia del ser humano (2).

Esta no es la primera vez que se utiliza el término bioética; cuatro décadas antes, el teólogo protestante Fritz Jahr lo había utilizado en unos artículos publicados entre 1927 y 1947, escribiéndolo como Bio-Ethik, para señalar la metáfora del puente: la unión entre el conocimiento científico sobre la vida y las formas de vivir (*êthos*) del ser humano en relación con el resto de la vida (*bios*) en el planeta (3).

Los investigadores de la bioética se centraron en aspectos más individuales que colectivos, con énfasis en los dilemas éticos de la práctica médica y de la investigación en seres humanos, propios de la realidad que se vivía en las décadas de los 60 a los 80 (1). En este mismo contexto y a raíz de lo sucedido en la Segunda Guerra Mundial en Alemania, surge la primera generación de los derechos humanos, que pretende evitar la repetición de esta historia (3).

La historia nos obliga a dar respuestas adecuadas a los crecientes efectos sociales, económicos y medioambientales de la globalización; para ello, es necesario ofrecer una respuesta ética, también de índole global, acorde con la diversidad cultural de la sociedad planetaria de estos tiempos (1).

Con la primera crisis económica mundial de la década de los 70, llega el final de la economía keynesiana y el comienzo del declive del estado de bienestar generado por las revoluciones sociales de mediados del siglo XIX. En respuesta a esto surge la segunda generación de los derechos humanos, llamados derechos económicos, sociales y culturales, entre los que se encuentra el derecho a la asistencia sanitaria (1). Dicho de otra manera, la segunda generación de los derechos humanos nace para crear y difundir las condiciones necesarias y suficientes para ejercer la libertad que la primera generación ha conquistado. Se pasa así, del derecho imperfecto de benevolencia al derecho perfecto de justicia. La asistencia sanitaria pasa a ser un deber público de justicia, denominado

justicia social. Deja al Estado la obligación de procurar una asistencia mínima decente o decorosa a todos por igual, enfocada en la justicia social y en la bioética social (1).

La bioética social progresa en el marco de un debate plural general, lo que contribuye a legislar para responder a problemas nacionales. Durante el desarrollo de políticas y funciones públicas, se tiene la obligación de salvaguardar los valores éticos y culturales específicos de cada región. La bioética en Europa se cimenta más en una ética social y política, mientras que en el mundo anglosajón se centra más en la justicia y la salud, la igualdad en salud, en género y la ética en salud (4).

Con la llegada de la globalización en la década de los 90, las comunicaciones permiten conocer en tiempo real lo que sucede en todo el mundo y, además, trasladarse físicamente de un extremo a otro en muy pocas horas. Estamos ante la auténtica posibilidad de integrar lenguajes y personas mediante la rápida difusión de información, ideas y creencias basadas en culturas e ideologías particulares. El mercado de capitales y el comercio se han internacionalizado como nunca antes. Como en todo fenómeno social, no todo es positivo; se imponen formas de vida consideradas exitosas, sobre otras excluidas y empobrecidas (5).

El ambiente se vuelve cada vez más importante en la medida en que asegura un futuro digno para las próximas generaciones, por lo que es necesario un desarrollo sostenible, ya que sin él sería imposible conservar el medio ambiente (1).

Se produce una nueva revolución con el surgimiento de una nueva generación de derechos humanos, como los derechos del medio ambiente y los de las futuras generaciones. Las situaciones antes consideradas de gestión privada se convierten en derechos públicos o de justicia. Como sociedad, debemos ser capaces de proteger la vida, el presente y el futuro de la vida, tanto para nosotros como para las generaciones futuras (1).

Con la globalización se confrontan la vida, la sobrevivencia presente y la calidad de vida; la vida en general se ve afectada. La existencia queda amenazada por el mal manejo del medio

ambiente, tanto por los países desarrollados como por los países en vías de desarrollo. La sustentabilidad ambiental es un problema ético; no existe un lugar en el mundo que pueda librarse de los efectos devastadores de políticas ambientales nocivas a gran escala (5).

La tercera generación de los derechos humanos es de índole colectiva, a diferencia de las dos generaciones anteriores; la primera es de índole individual, mientras que la segunda hace más bien referencia a los deberes del Estado. Por primera vez en el mundo y en el contexto de la globalización, se es consciente que las acciones, sean adecuadas o no, tienen consecuencias en el resto del universo; entendiéndose por universo a todos, absolutamente a todos. Por ello, el principio de universalización de Kant tiene más sentido hoy en día, que cuando fue formulado en el siglo XVIII. Por primera vez se tuvo la posibilidad de dar voz a todos aquellos que puedan verse afectados por la acción, no importa dónde se encuentren (1).

En consecuencia, como lo plantea Márquez-Vargas (2), la bioética global debe ampliar sus horizontes espaciales y temporales y pasar de estar inmersa en un concepto tradicional de responsabilidad individual a otro de responsabilidad ética de acción colectiva, orientada al futuro, prospectiva y de alcance universal, cuyo objeto es el cuidado de las condiciones para una vida digna de la humanidad en el planeta.

Los problemas actuales, como la pérdida de la biodiversidad, la biopiratería, el cambio climático, las investigaciones biomédicas internacionales, la seguridad alimentaria, el desplazamiento internacional para recibir tratamientos de reproducción asistida, las pandemias y las enfermedades infecciosas emergentes, el tráfico de órganos y tejidos humanos, las patentes sobre material biológico humano son ejemplo de estos problemas, que no están circunscritos a una localidad determinada, sino que están interconectados y pueden permanecer a lo largo del tiempo. Algunos afectan a la humanidad entera o a grandes poblaciones vulnerables por la pobreza. Esto hace que sea importante comprender que solo una acción colectiva y colaborativa entre diversos

actores puede resolver un problema global (2). En síntesis, se puede demostrar como la bioética ha venido dando respuesta a situaciones históricas, en algunos momentos desde lo individual y en otros desde lo colectivo. Lo más importante es evitar el cambio de la esencia propia de cada pueblo, con valores morales y culturales propios, en un marco ambiental que permita la vida de las nuevas generaciones. Tenemos la obligación de entregar un mundo como el que recibimos.

La Bioética Social en Latinoamérica se desarrolla metodológicamente desde la academia, a través de los comités de bioética asistenciales, enfocados en el respeto a la autonomía de los pacientes, el ejercicio de sus derechos y deberes y en la práctica del consentimiento informado. Este impulso permitió la “adultez” del paciente al consentir su participación en la toma de decisiones sobre su vida y su salud y al respetar sus valores. Muchos problemas de salud tienen características de problema social, por lo que ameritan una metodología de abordaje diferente, que favorezca el diálogo social, académico y profesional y, sobre todo, con énfasis en lo colectivo más que en lo individual (6).

Esto ha permitido el desarrollo de la Bioética como una ética institucional, social y política. En los establecimientos de salud, tanto en España como en América Latina, se ha reconocido la importancia de la justicia e igualdad en salud, de la bioética en las instituciones de salud y de la salud pública. Este ha sido un campo significativo para la promoción de los derechos humanos fundamentales, en especial el derecho a la vida y a la salud, lo que ha permitido analizar las consecuencias de estos hechos en el ámbito individual. Por ello, es prioritario pasar del análisis de circunstancias clínicas e individuales al estudio de las políticas de salud, la gerencia de las instituciones sanitarias, la distribución de recursos y las condiciones laborales de los profesionales de la salud; siempre con la intención de desplegar un debate plural sobre el papel de la bioética en las sociedades democráticas (7).

Maliandi, reseñado por León (7), ha propuesto un desarrollo de los principios éticos en el área de la biotecnología, comparando los principios

básicos individuales con los institucionales y los de salud. Plantea que los principios de no maleficencia y beneficencia se representarían en el principio de precaución en la exploración genética; el de justicia, en la no discriminación genética; y el de autonomía, en el principio de respeto por la diversidad genética. Esto ha permitido al autor profundizar en el área y elaborar su propia formulación sobre los principios institucionales y sociales de índole colectiva, para dar respuesta a la segunda generación de los derechos humanos en Latinoamérica.

Para explicar un poco más la propuesta de este autor, compararemos los cuatro principios de Beauchamp y Childress (8) —no maleficencia, justicia, autonomía y beneficencia— con los principios institucionales y sociales que propone.

El principio de no maleficencia, definido como no causar daño físico ni psíquico y evitar el dolor físico y el sufrimiento psíquico, obliga a realizar constantemente un balance riesgo/beneficio, así como a no prolongar el proceso de morir cuando pueda evitarse (9, 10). En lo institucional y social se concreta con tres elementos primordiales: 1. El no abandono, 2. La precaución y 3. La responsabilidad ante las decisiones profesionales (7).

El *no abandono* se relaciona tanto con evitar el maltrato del paciente o del sujeto de investigación por parte de las instituciones sanitarias como con el descuido de los pacientes por parte de sus familiares. Tener precaución en el ejercicio profesional obliga a estar al día en los conocimientos científicos y a no ser incompetentes ni imprudentes. Ser precavidos evita la mala praxis, tanto en la actuación del equipo de salud como en la de la institución sanitaria. Como en todo ejercicio profesional, se tiene la responsabilidad por las conductas realizadas; todo acto médico conlleva consecuencias, buenas o malas, y se ha de responder a todos los niveles: desde lo individual, lo institucional y lo de la salud pública hasta lo legal y lo ético (7).

El principio de justicia es dar a cada uno lo suyo, lo debido, a lo que tiene derecho, en el momento en que lo amerite, y esto nos obliga a

un manejo adecuado de los recursos humanos y materiales que se gestionan en el ejercicio de la profesión (9,10). En lo institucional y social este principio está integrado por cinco componentes particulares: 1. El respeto a los derechos humanos y a la legislación vigente; 2. El reparto equitativo de los recursos humanos y materiales bajo nuestro cuidado; 3. La protección de todos los seres humanos, en cualquier condición social en que estén, vulnerables o no; 4. La eficiencia a nivel profesional y 5. La garantía de continuidad de la atención (7).

El *respeto a las personas* durante el cuidado en el ejercicio profesional, no solo se refiere al respeto a sus decisiones, a sus creencias y a sus valores, también incluye el respeto a los derechos y legalidad vigente, es ver al paciente o usuario como un sujeto de derechos legítimos, es tener claridad en los derechos y deberes mutuos, entre los profesionales de la salud y los pacientes y entre estos y el sistema de salud. La *equidad* no es otra cosa que la distribución justa de las cargas y beneficios, más que el mero equilibrio entre costes y beneficios o entre recursos y servicios prestados. La equidad en la justicia, en lo institucional y social, se ha de evaluar de dos formas: primero en la no discriminación injusta, ya que en medicina pueden existir las discriminaciones justas por motivos clínicos, de urgencia, en catástrofes, entre otras cosas y segundo, en lo relativo a la igualdad en las posibilidades de acceso y en la distribución de los recursos de la salud, al menos dentro del mínimo ético exigible en cada situación concreta. Para ser justos en el ejercicio de las profesiones de la salud, debemos *proteger* a todas las personas, tanto a las no vulneradas como a las ya vulneradas, ya que todos estamos expuestos a la vulnerabilidad, ya sea en el ámbito de la salud o en las investigaciones biomédicas. El cuarto elemento por evaluar en el principio de justicia institucional y social es la *eficiencia* a nivel profesional, pues se debe contar con la capacidad de obtener los mejores resultados con los recursos mínimos, ya sea en la institución o en el propio sistema de salud. Al referirnos al elemento de eficiencia en el principio de justicia, tanto en lo institucional como en lo social, es trascendental resaltar la relación entre los servicios

prestados y los recursos empleados para ello, ya que los recursos no son ilimitados. En el ejercicio profesional, todos estamos obligados a optimizar los recursos, sacando de ellos la mayor utilidad posible; esta ha de ser una exigencia moral en el ejercicio profesional. También es exigible a los profesionales de la salud el uso eficiente de los recursos. El fin último de las instituciones y del personal de salud está, por encima de lo económico, en ayudar. Finalmente, para ser justos en los servicios de salud, debemos asegurarnos de la *continuidad* de los servicios en la medida de lo posible, tanto en los centros de salud y hospitales como en la atención del médico tratante en lo personal. A nivel institucional, es un deber asegurar la sostenibilidad del sistema y la continuidad de la atención al usuario. Y es un deber de justicia prioritario para el sistema de salud asegurar la sostenibilidad de la prestación de servicios a los ciudadanos (7).

El principio de autonomía no se refiere solamente al respeto por las decisiones libres y voluntarias del paciente, sino también a la obligación que tenemos los profesionales de la salud de garantizar el proceso de toma de decisiones, de manera que el paciente consienta luego de comprender y sopesar la información recibida (9,10). Para León (7), lo más importante en el ejercicio de la autonomía es el uso responsable de las libertades y, para ello, se ha de ser competente.

Los profesionales de la salud tienen la obligación ética de promover *la competencia del paciente* y ayudar a la autodeterminación de la persona, ejercida de forma libre y responsable. En los casos en que el paciente no sea competente, es obligación del profesional que un familiar lo represente y defienda sus intereses, considerando la influencia que tiene la familia en las culturas, o aceptar las decisiones anticipadas; estas deben haber sido tomadas con anterioridad, en plenas facultades y estar notariadas. En lo colectivo, institucional y social, León (7) planteó que también corresponde al principio de autonomía la participación ciudadana de las personas, tanto

en el control social como en la elaboración de las políticas de salud pública. Refiere, además, que es importante participar en la delimitación de los valores éticos presentes en el sistema de salud y en las políticas de salud de cada región (7).

Por último, el principio de beneficencia, definido como buscar el bien del prójimo por encima de los intereses personales y particulares de quienes hacen el bien. Este principio obliga a brindar una atención respetuosa y de calidad, a mantenerse al día en los conocimientos científicos y a hacer el bien, considerando la propia escala de valores del paciente (9,10). Como se viene analizando en lo institucional y en lo social, el principio de beneficencia tiene dos componentes: 1) la calidad de vida y 2) la calidad de la atención.

En el principio de beneficencia, lo más importante es favorecer la *calidad de vida* del paciente como fin propio de la medicina: no solo curar, sino también cuidar y ofrecer la mejor calidad de vida posible (7). Definiendo la calidad de vida como la percepción personal de estar bien en un momento dado, en el contexto de cada quien. Por ello, es un bien de la persona y no solo un instrumento para medir la proporcionalidad de un tratamiento determinado. El otro componente sustancial de este principio es el deseo del paciente de recibir atención de la máxima excelencia. Estos son valores que deben incorporarse en los equipos de salud y en el personal asistencial. La calidad de la atención conlleva dos aspectos: primero, la excelencia en la obtención de los mejores resultados y valores, y su relación con el costo de los servicios ofrecidos, que se ajusten a determinados esquemas. El segundo aspecto de la calidad de la atención se refiere a la satisfacción de las expectativas de los usuarios respecto de los servicios de salud que reciben (7).

La bioética se ha desarrollado en el mundo con características particulares según las realidades históricas. En América Latina, el surgimiento de la bioética social es una forma de reevaluar la bioética para dar respuesta, con nuevos marcos teóricos,

a la fundamentación de la disciplina. Numerosos autores están contribuyendo a su construcción desde distintas perspectivas y ofreciendo visiones regionales de la disciplina (11).

En esta misma línea de pensamiento, otros opinan que la solidaridad y la responsabilidad deben incorporarse al valorar las consecuencias prácticas de la justicia en Latinoamérica, entendiendo la solidaridad como la unión indispensable para el logro de soluciones sociales y grupales. La expresión “la unión hace la fuerza”, revela que un colectivo atomizado es más vulnerable. Unir esfuerzos para enfrentar los infortunios, defenderse de los agresores y establecer un sistema de protección es trascendental para pensar en una medicina equitativa y sustentable (11). La solidaridad en salud, más que un principio, es un valor social que recuerda la importancia de lo colectivo en la salud pública (12, 13).

CONCLUSIÓN

El surgimiento de la bioética para dar respuesta a los conflictos éticos y morales provocados por los seres humanos, sigue siendo una tarea inconclusa, pero no imposible. En América Latina, la realidad histórica ha llevado por rumbos diferentes a los de otras latitudes al desarrollar una bioética social para establecer soluciones colectivas, y no individuales, en el manejo del poder geopolítico en el ámbito de la salud.

REFERENCIAS

1. Gracia Guillén D. De la Bioética clínica a la Bioética global: Treinta años de evolución. *Acta Bioética* 2002; año VIII (1).
2. Márquez-Vargas F. Hacia una fundamentación de la bioética ambiental desde la visión de Fritz Jahr, Aldo Leopold y Van Rensselaer Potter. *Rev Colomb Bioét.* 2020; 15(2).
3. Lecaros JA. La bioética global y la ética de la responsabilidad: una mirada fenomenológica sobre sus orígenes y desafíos futuros. *Rev Iberoamer Bioética.* 2016;(1):01-13.
4. León CFJ. Una Bioética Social para América Latina. *Agora Philosophica. Rev Marplatense de Filosof.* 2005; VI(11).
5. Lolas SF. Bioética global y el problema ambiental. *Estud int.* 2016; 48(185).
6. León CFJ. Fundamentos y principios de la bioética clínica, institucional y social. *Acta Bioethica.* 2009;15(1):70-78.
7. León CFJ. Principios para una bioética social. *BioEthiks. Centro Universitário São Camilo.* 2009;3(1):18-25.
8. Beauchamp T, Childress F. Principios de ética médica. Editorial Masson SA. Barcelona. 1999.
9. Castillo Valery A. Ética médica ante el enfermo grave. Editorial Disinlimed. Barcelona. 1986.
10. Castillo Valery A. Fundamentación de la Bioética. En *Ética en Medicina. Fundamentación.* Caracas. 2001.
11. Vidal S. Bioética y desarrollo humano: una visión desde América Latina. *Rev ACTIO.* 2013;(15).
12. Schramm FR, Kottow M. Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas. *Cad Saúde Pública.* 2001; 17(4):949-956.