

Bioética existencial: finitud, vulnerabilidad ontológica e integridad narrativa frente al reduccionismo del principialismo técnico

Existential Bioethics: finitude, ontological vulnerability, and narrative integrity against technical principalism reductions

Medina Concepción Ariel¹

Resumen

El presente ensayo propone una crítica hermenéutica al “principialismo mecánico” de corte anglosajón, al argumentar que su aplicación procedimental en la clínica contemporánea vacía de contenido ontológico y existencial al encuentro médico. Se lleva a cabo un análisis ético-filosófico desde la perspectiva de la bioética existencial, en el que la finitud biológica y la vulnerabilidad ontológica no se consideran contingencias o defectos técnicos que puedan ser corregidos mediante el crecimiento excesivo de la tecnología, sino como elementos constitutivos inevitables y universales de la condición humana. Se recupera el principio de integridad personal en su dimensión estrictamente narrativa, redefiniendo la relación clínico-paciente como un espacio hermenéutico de intersubjetividad y escucha atenta de la “historia de vida” del sujeto doliente, frente a la fragmentación diagnóstica. Finalmente, se discuten las implicaciones de esta transición teórica en el contexto de las decisiones complejas en el final de la vida —articulando la complementariedad entre los cuidados paliativos y la reciente despenalización constitucional de la eutanasia activa en Ecuador—, concluyendo que la medicina del siglo XXI requiere transitar de un modelo transaccional de mínimos deontológicos hacia una bioética de la hospitalidad, la compasión y la responsabilidad asimétrica ante el rostro del otro.

Palabras clave: Bioética existencial, vulnerabilidad ontológica, integridad narrativa, principialismo, cuidados paliativos, eutanasia, finitud.

Abstract

The essay presented a hermeneutic critique of the Anglo-American “mechanical principlism,” arguing that its procedural application in contemporary clinical practice empties the medical encounter of ontological and existential content. An ethical-philosophical analysis is conducted from the perspective of existential bioethics, in which biological finitude and ontological vulnerability are not treated as contingencies or technical defects that can be corrected through the excessive expansion of technology, but rather as inevitable and universal constitutive elements of the human condition. The principle of personal integrity is recovered in its strictly narrative dimension, redefining the clinician–patient relationship as a hermeneutic space of intersubjectivity and attentive listening to the suffering subject’s “life story,” in contrast to diagnostic fragmentation. Finally, the implications of this theoretical shift are discussed in the context of complex end-of-life decisions—articulating the complementarity between palliative care and the recent constitutional decriminalization of active euthanasia in Ecuador—and concluding that twenty-first-century medicine must transition from a transactional model of deontological minimums toward a bioethics of hospitality, compassion, and asymmetrical responsibility in the face of the Other.

Keywords: Existential bioethics, ontological vulnerability, narrative integrity, principalism, palliative care, euthanasia, finitude.

1. Filiación: Universidad Tecnológica ECOTEC. <https://orcid.org/0000-0001-9705-1725>. medina@ecotec.edu.ec

INTRODUCCIÓN

El paradigma principialista y su derivación procedimental lleva apenas medio siglo en su deliberación moral en el ámbito de las ciencias de la vida de ser unánimemente colonizada por el modelo principialista formulado por Tom Beauchamp y James Childress. Este paradigma, que se organiza en torno de los cuatro famosos principios *prima facie* –autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia–, surgió históricamente como un esfuerzo de pragmatismo ético e institucional para dotar de un lenguaje normativo común a los comités de ética clínica e investigadora en sociedades profundamente plurales. Sin embargo, la progresiva incorporación de este marco a la praxis médica globalizada ha conducido a una deriva reduccionista que la tradición filosófica continental denomina “principialismo mecánico”.

Con esta lógica el discernimiento ético, complejo y situado, ha sido rebajado a mera técnica algorítmica de resolución de disputas o, lo que es peor, a lista de verificación burocrática orientada a la fría protocolización de los actos de salud.

Esta esquematización de la bioética no solo supone una noción de sujeto que no se corresponde con la realidad de la clínica –un agente idealmente autónomo, racional, incorpóreo y enteramente desvinculado de sus determinantes biológicos e históricos–, sino que cierra la posibilidad de pensar el dolor y la enfermedad en su sentido más originario. Dando prioridad a la observancia abstracta de contratos de consentimiento informado, en vez de la densidad existencial del ser enfermo, el principialismo norteamericano ha vaciado el acto médico de su carácter intersubjetivo, convirtiendo la relación clínica en una transacción aséptica de mínimos éticos y defensas jurídicas. La colonización técnica de la clínica y la crisis de los bienes internos.

Este vaciamiento ético se inscribe de forma orgánica en el triunfo de un modelo médico estrictamente positivista y cartesiano que interpreta la corporalidad humana como una máquina biológica (*res extensa*) susceptible

de reparación infinitamente postergable y de fragmentación diagnóstica. En el centro de esta concepción está el fenómeno de la iatrogenesis existencial: la imposibilidad de la medicina actual para soportar el límite, el sufrimiento y la finitud. Bajo el manto de un ciego imperativo tecnológico la enfermedad es catalogada como un simple fallo molecular o un enemigo que debe ser combatido a capa y espada, dejando de lado las verdaderas metas de la praxis médica.

Como Adela Cortina acertadamente señala, toda profesión posee “bienes internos” que fundamentan su legitimidad social y definen su excelencia moral —en medicina, el cuidado íntegro del enfermo, la mitigación del sufrimiento y la humanización de la asistencia—, y que no pueden ser sustituidos por “bienes externos” como el beneficio económico, el prestigio o la simple protección corporativa frente a acciones legales por negligencia profesional, imprudencia o falta de cuidado. Cuando la ética médica renuncia a su dimensión reflexiva e interna, aquella que nace del juicio de la conciencia moral y de la recta razón de corte aristotélico, para reducirse a un mero cumplimiento normativo externo por temor a la coacción penal o civil, se desdibuja la frontera entre la deontología profesional y la burocracia defensiva.

La humanización de la asistencia médica, por lo tanto, exige la adecuación de la práctica clínica al ser humano comprendido en su triple dimensión: individual, social y comunitaria. La vulnerabilidad y la integridad como cimientos ontológicos de la bioética existencial. Frente al agotamiento de las éticas procedimentales, se hace necesario acometer un giro ontológico que sitúe a la vulnerabilidad y a la integridad personal como los pilares normativos de una bioética de corte existencial.

Como ha teorizado Joan-Carles Mèlich, el ser humano es constitutivamente un «animal vulnerable» pues su existencia está marcada por la temporalidad, la fragilidad corporal y la susceptibilidad permanente de ser dañado, herido o destruido. La vulnerabilidad no es, pues, una contingencia sociodemográfica accidental ni una

anomalía transitoria que la ingeniería genética o el transhumanismo puedan eliminar, sino la condición de posibilidad misma de la ética.

Somos seres éticos precisamente porque somos seres vulnerables y relacionales, expuestos de manera ineludible al rostro del otro y a las amenazas naturales de nuestra propia biología, como el envejecimiento, la decrepitud y la muerte. En este sentido, la tradición bioética europea – plasmada de forma germinal en la Declaración de Barcelona de 1998 y posteriormente universalizada en el artículo 8 de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO en 2005– ha intentado corregir el sesgo hiperindividualista anglosajón al consagrar la vulnerabilidad y la integridad como principios éticos anteriores y prioritarios a la autonomía instrumental. Respetar la integridad personal es custodiar íntegramente, sin alteración alguna, a la persona —física, psíquicamente, moral y socialmente—.

En la práctica clínica, este respeto significa que el profesional no reduce al enfermo a un conjunto de órganos disfuncionales, sino que reconoce el carácter narrativo de su existencia: la vida humana tiene coherencia porque se constituye como un discurso o relato vital que es interrumpido súbitamente por la irrupción del dolor. Respetar la integridad es, en definitiva, proteger esa historia y escuchar muy atentamente al enfermo mientras cuenta su historia de vida y de sufrimiento. Decisiones en el final de la vida y el imperativo del límite. Este giro hermenéutico y existencial se pone a prueba de la manera más dura en los límites de la vida, allí donde la medicina curativa de carácter lineal se rinde y se muestra impotente ante la muerte cercana.

Es en este contexto agonizante donde más se hace necesario replantear los fines de la medicina y admitir —en la línea del bioeticista Daniel Callahan— que el logro de una muerte en paz es un objetivo clínico de igual valor y dignidad que la prolongación biológica de la existencia o la lucha encarnizada contra la patología. La bioética existencial, en la práctica, lleva a cabo este imperativo en los cuidados paliativos, que

son una intervención integral dirigida al paciente con enfermedades crónicas, progresivas, avanzadas e incurables, y que atienden no sólo al control sintomático, al dolor físico sino también al sufrimiento emocional, espiritual y social de la persona y de su entorno familiar. No obstante, cuando el sufrimiento se torna refractario, incontrolable y “cruel”, la pregunta por el respeto de la autonomía existencial y la dignidad exige interpelar los límites del ordenamiento ético-jurídico.

La reciente e histórica jurisprudencia de la Corte Constitucional ecuatoriana, impulsada por la demanda de la enferma Paola Roldán, quien padecía la devastadora esclerosis lateral amiotrófica (ELA), ha transformado por completo esta discusión al despenalizar la eutanasia activa como un medio para garantizar el derecho a morir con dignidad. Al declarar la inconstitucionalidad de la criminalización del homicidio simple para estos supuestos concretos, la Corte ecuatoriana ha reconocido de manera explícita que el derecho al libre desarrollo de la personalidad consagra la facultad de todo individuo para autodeterminarse y configurar su propio proyecto vital, incluso en su acto final, preservando su integridad y sus valores frente al encarnizamiento terapéutico.

Este hito no sólo reformula sustancialmente el marco de la deontología médica y del Código de Ética profesional, sino que sitúa el acto de morir en el centro de la deliberación bioética como un derecho de autonomía existencial que no compite con el deber de cuidar, sino que se inscribe en la misma ética de la compasión y del límite de la vulnerabilidad humana.

Planteamiento de la tesis

Desde este diagnóstico de la modernidad médica, la presente tesis se propone examinar cómo la bioética clínica puede reconstruir el encuentro médico-paciente a partir del reconocimiento de nuestra finitud común. El manuscrito sostiene como tesis central que el procedimental anglosajón más importante es epistemológica y ontológicamente insuficiente

para explicar la complejidad de la clínica en los límites de la existencia humana. Frente a esta visión reduccionista técnica, se necesita avanzar hacia una bioética existencial que tome la finitud y la vulnerabilidad ontológica como pilares normativos primarios y que, a través de la integridad narrativa y la ética de la alteridad, rescate la relación clínica no como una simple transacción jurídica con mínimos éticos, sino como un encuentro intersubjetivo basado en el cuidado solidario, la hospitalidad hacia el extraño y la responsabilidad infinita ante el rostro sufriente del otro (Callahan, 2000; Cortina, 2013; Mèlich, 2012; UNESCO, 2005).

DESARROLLO

1. El bien interno de la medicina ante la crisis del principalismo procedimental

1.1 La escisión cartesiana y la linealidad del método clínico clásico frente a la complejidad del ser doliente

La deconstrucción epistemológica de la crisis de la medicina contemporánea obliga a remontarse a las raíces ontológicas de la Modernidad, y más precisamente a la fractura metafísica inaugurada por René Descartes. Para su dualismo sustancial, Descartes dividió al ser humano en dos sustancias inconciliables: la *res cogitans* —el pensamiento sin carne— y la *res extensa* —la materia corporal concebida bajo las leyes de la geometría y la mecánica—. Bajo esta óptica, la corporalidad del viviente quedaba reducida a un simple autómatas biológico, un engranaje de relojería de una formidable complejidad, pero carente de subjetividad, sentido e historicidad.

Esta desacralización y mecanización del cuerpo humano constituyó la condición de posibilidad para el surgimiento del método clínico clásico, un algoritmo lineal que ha estructurado de manera imperturbable la formación y la práctica médica hasta nuestros días. Este método se ejecuta bajo una secuencia lógica estrictamente protocolizada: identificación de síntomas subjetivos que son inmediatamente traducidos a signos objetivos; realización de pruebas analíticas

y exploraciones instrumentales orientadas a localizar la disfunción orgánica; formulación de un diagnóstico nosológico; y prescripción de un tratamiento orientado a la restitución funcional o la extirpación del agente patógeno.

Esta linealidad procedimental, indudable en su eficacia para el tratamiento de las afecciones agudas y los traumatismos mecánicos, revela una insuficiencia ontológica constitutiva cuando se enfrenta a los verdaderos desafíos de la clínica existencial.

La enfermedad crónica, el sufrimiento, los padecimientos psicosomáticos y el dolor existencial no se dejan aprehender por la simplicidad de un algoritmo reduccionista. El método clínico clásico fracasa estrepitosamente en estos escenarios, por no poder educar los sentimientos ni de los pacientes ni de los médicos y por ignorar sistemáticamente que el sufrimiento no es un mero dato físico sino una experiencia semántica que se inscribe en la biografía del sujeto. Al absolutizar la técnica diagnóstica y aislarla de la narrativa vital del enfermo, la medicina positiva cae en una abstracción alienante, que omite a las personas, despojando al ser sufriente de su estatus de interlocutor legítimo y convirtiendo el encuentro clínico en un monólogo técnico donde el médico examina una disfunción molecular en vez de acoger a un sujeto roto por el dolor (Chapman & Gavrín, 1999). Como recordaba Joan-Carles Mèlich (2012), el ser humano es constitutivamente un “animal vulnerable” cuya existencia corpórea está inexorablemente marcada por la temporalidad, la fragilidad y la susceptibilidad permanente al daño; cuando la clínica reduce esta corporalidad sufriente a un simple engranaje biológico reparable o a un autómatas cartesiano, niega la esencia misma de la condición humana y bloquea la posibilidad de una auténtica acogida hospitalaria.

1.2 El principalismo mecánico como dispositivo de blindaje legal frente a la ética de la conciencia

Esa despersonalización de la práctica clínica ha encontrado una perversa alianza con la instrumental deriva del principalismo anglosajón. El marco propuesto por Beauchamp y Childress, originalmente concebido como un

lenguaje común y flexible para la resolución de dilemas morales, se ha transformado en la práctica en un “principalismo mecánico”. Lo que aquí se describe es el fenómeno en el cual la deliberación ética es reemplazada por una lista de verificación procedimental diseñada para resolver con rapidez los desacuerdos institucionales, mediante la aplicación burocrática e irreflexiva de una plantilla que contiene cuatro principios abstractos: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. En este marco, la relación médico-paciente queda reducida a un mero contrato aséptico de consentimiento informado, donde la firma de un documento exonera al clínico de su responsabilidad ética y transfiere al enfermo una autonomía ficticia, descarnada y descontextualizada. El principalismo mecánico despoja al acto médico de su densidad moral porque no nace del discernimiento interior, sino de una lógica mercantil de mínimos éticos y de un temor generalizado a las repercusiones jurídicas de la práctica profesional.

De este modo, la práctica de la medicina actual se ha trasladado de forma alarmante a la autodefensa procesal, orientándose sobre todo a evitar litigios relacionados con los conceptos de mala praxis, negligencia, imprudencia o impericia. Si el profesional de la salud se guía únicamente por la evitación de sanciones punitivas como la prisión, la multa o la inhabilitación del ejercicio, su acto médico puede ser formalmente legal y cumplir con todos los estándares regulativos, pero está vacío éticamente.

La filosofía moral nos enseña que no es plenamente moral actuar conforme a una ley externa por temor a la coacción; la verdadera ética exige que el agente someta su conducta al juicio reflexivo de su propia conciencia moral y actúe por convicción interna, de acuerdo con la recta razón. El único camino viable para pasar de una deontología defensiva a una auténtica humanización de la asistencia pasa por el retorno a la conciencia moral del clínico; ésta no consiste en un sentimentalismo vacío sino en adecuar la práctica de la salud a la condición del ser humano concebido como persona, una realidad sustantiva, única, trascendente y holística, cuya dimensión

individual es ontológicamente inseparable de sus dimensiones social, comunitaria y cósmica.

1.3 La deconstrucción de Adela Cortina: Deontología del deber versus Ética profesional del bien interno

Para sustentar esta transición teórica resulta indispensable recurrir a la distinción que establece la bioeticista y filósofa española Adela Cortina (2013) entre la deontología profesional y la ética profesional aplicada. La deontología profesional son los principios, reglas y deberes mínimos que deben cumplir los miembros de un colectivo profesional, normalmente establecidos y sancionados por corporaciones de derecho público, como los colegios médicos.

Por lo tanto, la deontología es fuertemente normativa, requiere conductas específicas bajo la amenaza de sanción disciplinaria y se sitúa en un límite impreciso entre la moral socialmente aceptada y el ordenamiento jurídico coactivo. La ética profesional, por el contrario, no se agota en la exigencia de mínimos conductuales obligatorios, sino que busca orientar las actividades de una profesión hacia la realización del bien que la legitima socialmente, recurriendo directamente a la conciencia individual del agente y proponiendo motivaciones de excelencia moral que trascienden el marco del deber puramente legal (Cortina, 2013). La deontología exige, mientras que la ética profesional propone; la primera persigue el cumplimiento externo de códigos preestablecidos, la segunda encarna valores sustanciales como la transparencia, la rendición de cuentas, la empatía y la responsabilidad asimétrica con el paciente.

Cualquier profesión, menciona Cortina (2013), se define y se legitima por la persecución de sus bienes internos, que constituyen la esencia de su práctica social y determinan su excelencia moral. El bien interno de la medicina no es la mera acumulación de poder tecnológico, ni la generación de dividendos económicos, ni la protección corporativa frente a demandas por negligencia; su bien interno es el cuidado compasivo del doliente, el alivio del dolor multidimensional y la humanización de la

asistencia en todas las etapas de la vida. Si una profesión permite que sus bienes internos sean suplantados o colonizados por bienes externos —el lucro individual, el prestigio social, el poder burocrático, la inmunidad jurídica, etcétera—, la profesión se corrompe y pierde su legitimidad ontológica, deviniendo en una técnica puramente utilitaria y deshumanizada. La ética profesional, entendida como una filosofía de vida y como el arte de la vida buena, según la clásica formulación de Enrique Leff, exige que el médico asuma ante el paciente la responsabilidad como un imperativo absoluto que no puede ser condicionado por la burocracia principalista. La humanización de la asistencia médica, por lo tanto, no es una opción benévola o complementaria, sino una exigencia de justicia y de excelencia ética que reclama la restitución de la primacía de la conciencia moral y de los bienes internos de la clínica, sobre el formalismo mecánico de los comités y la lógica defensiva de los tribunales.

2. La finitud y la vulnerabilidad ontológica como fundamento normativo primario

La deconstrucción hermenéutica de la práctica clínica bajo las coordenadas de la bioética existencial exige, en primera instancia, deponer la ontología de la autosuficiencia que ha caracterizado al humanismo tecnológico contemporáneo. Más bien, se impone la necesidad de redefinir la subjetividad a partir de la fragilidad corporal y del horizonte insoslayable de la finitud biológica. La palabra “vulnerabilidad”, que proviene del latín *vulnerabilis* —del verbo *vulnerare*, que significa lo que puede ser herido o lesionado—, no debe entenderse como una simple debilidad accidental, socioeconómica o circunstancial, que pueda eliminarse por completo a través de una mayor tecnología.

Al contrario, la vulnerabilidad es una condición humana constitutiva e intrínsecamente ligada a nuestra existencia finita, corporal y frágil. Como seres encarnados, los seres humanos somos criaturas emocionales, constitutivamente relacionadas con los otros, compasivas, acogedoras y corporales, expuestas al dolor, al deterioro y a la disolución de nuestra propia estructura

biológica. Reconocer esta vulnerabilidad ontológica implica aceptar que la fragilidad de la vida y la posibilidad de ser dañada o herida son constitutivas del viviente, de tal suerte que la medicina debe dejar de concebir la muerte como un enemigo absoluto a batir y asumirla como el límite natural de nuestra trayectoria orgánica. Así, la vulnerabilidad se erige como un principio «puente» y transcultural, ya que más allá de la pluralidad de ideas, cosmovisiones o creencias que fragmentan las sociedades hipermodernas, todos los seres humanos nos encontramos “igualmente vulnerables” en la finitud del cuerpo doliente. (Mèlich, 2012; Unesco, 2005).

Esta condición frágil de la existencia se despliega en múltiples dimensiones que complejizan y desbordan el marco simplificador del diagnóstico puramente molecular. Por una parte, nos encontramos con una vulnerabilidad corporal o biológica que se expresa en la fragilidad intrínseca de un organismo expuesto a peligros que le son propios, tales como el envejecimiento, la enfermedad inevitable y la muerte segura. Paradójicamente, esa misma sofisticación de la medicina tecnológica, con su afán de prolongar la supervivencia biológica, ha engendrado nuevas formas de vulnerabilidad prolongada.

La cronificación de patologías degenerativas avanzadas condena al ser humano a un estado de dependencia y fragilidad prolongada en el tiempo, transformando la vejez y la agonía en un espacio de constante exposición a la herida existencial.

A este plano corporal está unida de forma indisoluble la vulnerabilidad social, esa fragilidad que disminuye la capacidad de los sujetos para conducir su propia vida de manera coherente y compartir bienes o servicios debido a amenazas externas como la guerra, la marginación, los prejuicios, la discriminación institucional, la indiferencia sistemática y los procesos de hospitalización despersonalizada.

La vulnerabilidad cultural pone al descubierto, asimismo, la fragilidad de algunas tradiciones, memorias y valores locales barridas por la

estandarización técnica de los cuidados. La bioética existencial sostiene que la vulnerabilidad es una parte inerradicable de la condición humana y que es éticamente indispensable aceptarla para lograr una medicina plenamente humana y sostenible, en contraposición a la pretensión transhumanista de eliminar toda vulnerabilidad mediante la manipulación técnica del organismo, pretensión que considera las flaquezas humanas como anomalías contingentes y remediables. (Mèlich, 2012; UNESCO, 2005).

Así, la experiencia fenomenológica del enfermar se consume en el sufrimiento, fenómeno existencial complejo que deforma la espacialidad y la temporalidad del sujeto y que no puede ser medido por el instrumentalismo clínico.

Según Chapman y Gavrin (1999), el sufrimiento es un estado afectivo y cognitivo negativo donde la persona siente que su integridad está amenazada y experimenta un profundo sentimiento de impotencia para responder a esa amenaza y el agotamiento de sus recursos psicosociales. El sufrimiento clínico no es un hecho aislado o meramente biológico, sino que más bien se constituye mediante un modelo triangular de amplificación recíproca, donde el sufrimiento del enfermo, el sufrimiento de la familia y el sufrimiento del profesional de la salud interactúan y se potencian mutuamente en una espiral de dolor existencial.

Este sufrimiento multiforme trastorna radicalmente la percepción subjetiva del tiempo, y se erige como el indicador clínico más fiel del dolor existencial del enfermo. Como ha conceptualizado Ramón Bayés, para el sujeto sano el tiempo transcurre de forma inadvertida y ligera, mientras que para el paciente sometido a un dolor refractario o sin sentido, el tiempo se dilata de forma intolerable, haciendo que la noche o la mañana se conviertan en una extensión infinita de angustia. Para abordar esta dimensión temporal del sufrimiento es metodológicamente prioritario que los comités de bioética y los clínicos dejen de basarse en fríos cuestionarios cuantitativos y que recurran a la escucha activa y paciente, indagando directamente sobre

cómo percibe el enfermo el transcurrir de sus horas y permitiendo que sea él quien valore la proporcionalidad del dolor en su propia narrativa vital. (Bayés, 2001; Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos, 2012).

Es en este contexto de fragilidad y sufrimiento donde la perspectiva bioética europea ha deconstruido el modelo anglosajón de autonomía, estableciendo el respeto a la vulnerabilidad y la integridad personal como los verdaderos sustentos normativos de la clínica. El término integridad, que remonta su origen al adjetivo latino *integer* —que alude a lo no tocado, lo intacto o lo integral— y al sustantivo *integritas* —que evoca la totalidad del individuo en sus dimensiones física, mental, moral y social—, exige la protección del sujeto de la fragmentación diagnóstica a la que lo somete la especialización médica. Respetar la integridad personal es preservar la visión particular que el enfermo tiene de su vida y de su enfermedad, sus valores, sus intereses y su libre albedrío.

La vida de todo ser humano no es una suma inconexa de variables fisiológicas; tiene una coherencia narrativa estructural, una historia autobiográfica configurada a partir de acontecimientos significativos e interpretaciones de sentido, de modo que lo más valioso a proteger es, precisamente, la continuidad de ese discurso narrativo frente a la irrupción disociativa del dolor.

Respetar la integridad implica que el médico escuche con atención al paciente mientras cuenta su historia de vida y enfermedad, convirtiendo el acto clínico en una hermenéutica compartida donde el consentimiento informado no es la firma de un descargo de responsabilidad legal, sino la coautoría de un relato de cuidado.

Así, el principio de vulnerabilidad se consagra en la Declaración de Barcelona de 1998 y en el artículo 8 de la Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO de 2005 como una norma de prioridad ontológica que universaliza el deber de solidaridad, exigiendo que la asimetría clínica no sea explotada, sino acogida

con generosidad y hospitalidad asimétrica ante el sufrimiento ajeno. (Declaración de Barcelona, 1998; UNESCO, 2005).

3. Integridad personal e intersubjetividad narrativa: la ética del rostro

3.1 La ontología de la integridad personal y el resguardo de la totalidad del viviente ante la fragmentación clínica

La medicina tecnocientífica, en su acercamiento a la corporalidad humana, ha tendido históricamente a parcelar el organismo del paciente, reduciéndolo a un cúmulo de variables anatomofisiológicas aisladas. Ante este reduccionismo epistemológico, el principio de integridad personal se levanta en la bioética existencial y en el Bioderecho continental como un imperativo ontológico ineludible de inviolabilidad y de protección holística.

Desde el punto de vista estrictamente etimológico, el término (como se lo señaló en párrafos anteriores), hace referencia directa al adjetivo latino *integer* —que denota lo no tocado, lo intacto, lo entero o lo indiviso— y al sustantivo *integritas*, que evoca la preservación y el mantenimiento de la totalidad indivisible del ser humano. No se trata de una simple declaración retórica de indemnidad anatómica. La integridad es un atributo de inviolabilidad intrínseca del sujeto, que prohíbe categóricamente su cosificación, su degradación instrumental o su reducción a mero espécimen biológico.

Este principio exige concebir al ser humano como un ser global, integrado e indivisible en sus dimensiones física, psíquica, moral y social, reconociendo que cualquier perturbación, lesión o trastorno de carácter orgánico o existencial no altera de manera aislada un componente celular o mecánico, sino que compromete de modo indisoluble el equilibrio de la existencia entera del viviente. Por ello, la Declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial [AMM], 1964) consagra la integridad como un atributo absoluto y fundamental de inviolabilidad que obliga a los investigadores y clínicos a adoptar de forma

estricta todas las precauciones necesarias para proteger a los sujetos de posibles daños físicos, mentales y sociales, asumiendo que la praxis médica pierde su excelencia y su legitimidad moral cuando profana esta totalidad constitutiva del enfermo (Medina Concepción, 2020).

3.2 El carácter narrativo de la integridad: “Historias de vida” y la coherencia biográfica de la persona

La garantía de la integridad personal rebasa la dimensión meramente somática y adquiere un aspecto constitutivamente hermenéutico y relacional en el contexto de la biografía del sujeto doliente. Una veneración absoluta por parte del clínico ante la concepción particular que el sujeto tiene de su vida y de su enfermedad, así como un respeto incondicional por sus intereses profundos, sus valores íntimos y su libre albedrío, son exigencias del respeto a la integridad del paciente. La vida de cada ser humano no es una acumulación caótica o fortuita de accidentes biológicos y resultados de laboratorio; la vida humana es, estructuralmente, una historia, un relato autobiográfico continuo donde el individuo va tejiendo de manera coherente sus acontecimientos más importantes, dando sentido a su andar por el mundo.

Este discurso narrativo es el verdadero núcleo de la integridad personal, aquello que más vale y es más sagrado para el individuo, pues es mediante él que da coherencia a su existencia. Cuando sobreviene la enfermedad, no sólo trastorna el funcionamiento de un tejido, sino que rompe de forma disociativa el relato vital de la persona, sembrando la incertidumbre y el sin sentido. Así, el respeto a la integridad impone al profesional de la salud la obligación de convertirse en un oyente atento y compasivo, que sea capaz de acoger las “historias de vida” del enfermo. Escuchando con paciencia y empatía al enfermo que narra su experiencia vital y su vivencia del sufrimiento, el acto clínico rebasa el frío consentimiento informado procedimental y se convierte en un auténtico encuentro hermenéutico de co-construcción de sentido, en el que el paciente es reconocido no como un objeto mudo de

intervención, sino como el autor soberano de su propio relato biográfico (Medina Concepción, 2020).

3.3 Privacidad y confidencialidad: El resguardo de la propiedad narrativa como cimiento de la confianza clínica

En el andamiaje ético-clínico de la bioética existencial, el respeto a la integridad personal se entrelaza de forma indisociable con las salvaguardas de la privacidad y la confidencialidad, comprendidas éstas no como meras trabas técnico-jurídicas, sino como los cimientos indispensables sobre los que descansa la relación de confianza entre el enfermo y el equipo asistencial. Según la UNESCO, la privacidad es el derecho básico que tiene toda persona o colectivo a que ningún tercero se entrometa de modo arbitrario en el ámbito de su vida íntima, lo que le permite decidir en plena soberanía qué datos relativos a su existencia pueden ser comunicados a los demás.

La confidencialidad, por su parte, representa el correlato clínico de dicho derecho, tradicionalmente consagrado en el secreto profesional hipocrático como un deber anterior e independiente de la noción moderna de derecho a la privacidad; esto es, la garantía inquebrantable de que la información íntima revelada en el contexto del diagnóstico y tratamiento médico estará estrictamente resguardada de cualquier divulgación o uso no consentido.

La deconstrucción filosófica de estos principios muestra que los individuos son verdaderos “dueños” de su información personal y médica, ya que dicha información es una extensión directa de su identidad y de su integridad existencial. Por eso, el respeto a la privacidad y a la confidencialidad es un requisito elemental de la dignidad humana; si el enfermo siente que los profesionales de la salud no son capaces de custodiar con celo los secretos de su biografía y los pormenores íntimos de su enfermedad, la confianza clínica se desmorona en el acto, y el doliente se ve empujado a ocultar síntomas, a abandonar el tratamiento, y a quedarse

desamparado en medio de su vulnerabilidad extrema (Medina Concepción, 2020).

3.4 La metafísica de la alteridad de Emmanuel Lévinas y la bioética de la hospitalidad clínica

Esta ontología narrativa e integrada de la relación clínica encuentra su más radical fundamentación metafísica en la filosofía de la alteridad de Emmanuel Lévinas, cuyo pensamiento sobre la soberanía del “Rostro” deconstruye definitivamente el solipsismo hiperindividualista de la autonomía anglosajona. La vulnerabilidad no es para Lévinas una falta instrumental que se deba arrancar del cuerpo del enfermo con la hipertrofia técnica y el transhumanismo, sino que es la condición ontológica misma del encuentro humano, que nos revela como seres constitutivamente corporales, emocionales, relacionales, compasivos y acogedores, abocados irremediabilmente a la interdependencia.

El imperativo ético no nace de un contrato de mínimos procedimentales ni de una coincidencia racional abstracta, sino que surge e impone de manera asimétrica y absoluta en el preciso instante en que nos encontramos con la revelación del Rostro vulnerable y sufriente del otro. En el ámbito de la clínica, esta interpelación desigual demanda la desarticulación de las jerarquías tradicionales del poder médico. ¿Por qué, en última instancia, somos vulnerables? No podemos ser indiferentes ante la irrupción del Rostro que sufre, ni dejar de atender y cuidar sus extremas y urgentes necesidades.

Reconociendo y asumiendo nuestra propia vulnerabilidad ante el dolor del otro nos convoca a una generosidad que trasciende los límites de la comunidad y a una hospitalidad incondicional ante el extraño.

Por medio de la misericordia el clínico deja su papel de técnico soberano y se convierte en aprendiz humilde de los enfermos, pobres y necesitados, entendiendo que el acto médico no es un acto de soberanía epistémica, sino una ofrenda de cuidado solidario y de hospitalidad que acoge la fragilidad del otro para edificar

una medicina plenamente humana, compasiva y éticamente sostenible (Lévinas, 1974; Medina Concepción, 2020; UNESCO, 2005).

4. Implicaciones clínicas: decisiones en el final de la vida y el imperativo del cuidado

4.1 La fenomenología del sufrimiento y la dilatación existencial del tiempo

El auténtico fuego de prueba de todo modelo bioético no está en la pulcritud lógica de sus comités institucionales, sino en la inmediatez del encuentro clínico ante la inminencia del deceso humano. En la agonía del enfermo terminal es donde el principialismo abstracto y sus listas de verificación burocrática capitulan estrepitosamente ante la cruda realidad del sufrimiento.

Desde una lectura estrictamente biomédica, el dolor humano tiende a reducirse a impulsos nociceptivos mensurables mediante escalas analógicas cuantitativas, vaciando a la experiencia de su dimensión existencial y personal. Sin embargo, el sufrimiento clínico es un fenómeno semántico y existencial infinitamente más denso y complejo que la mera estimulación neurológica de fibras nociceptivas. Se define, en los términos hermenéuticos del cuidado actual, como un estado afectivo, cognitivo y de profunda negatividad existencial, donde el individuo percibe íntima y abrumadoramente sentirse amenazado en su integridad personal, con un sentimiento radical de impotencia para hacer frente a la amenaza y la dolorosa constatación del colapso de sus recursos sociofamiliares y de adaptación.

Este dolor existencial no está aislado, ni puede aislarse como una variable pura en un entorno controlado de cuidados intensivos; el sufrimiento se despliega en los confines de la vida a través de un modelo triangular de amplificación recíproca donde el sufrimiento del paciente doliente, el sufrimiento devastador de su núcleo familiar y el sufrimiento existencial del propio profesional de la salud que asiste a la agonía interactúan y se potencian de manera constante. Es ahí, en ese

espacio de intersubjetividad fracturada, donde el sufrimiento transforma de modo radical y dramático la temporalidad subjetiva del enfermo. Mientras que el tiempo para el sujeto sano es imperceptible y fluido —un tiempo cronológico regido por la aguja mecánica del reloj—, para el paciente terminal inmerso en el dolor refractario o en la angustia existencial, el tiempo sufre una dilatación intolerable. Una noche, una mañana insensata, para el doliente se convierten en una eternidad de tormento subjetivo.

Para revelar y aliviar ese dolor invisible que no aparece en los escáneres de diagnóstico, la bioética existencial pide a los equipos de salud que no se fijen solo en cuestionarios cuantitativos y en métricas estandarizadas y que utilicen, en cambio, métodos cualitativos de escucha atenta. El médico ha de interpelar la vivencia temporal del enfermo con preguntas de profunda carga hermenéutica: “¿Cómo le pareció el tiempo ayer, corto o largo... y por qué?”. Sólo a través de este abordaje narrativo de la temporalidad es posible comprender la verdadera proporcionalidad del sufrimiento desde la propia jerarquía de valores del sujeto, dejando al enfermo la posibilidad de dotar de sentido e interpretar el transcurrir de sus horas finales.

4.2 Ortotanasia y la praxis de los cuidados paliativos: la sedación frente al límite

Ante la fragilidad constitutiva de la agonía, los cuidados paliativos se organizan no como un recurso de rendición médica, sino como la máxima expresión asistencial del respeto a la integridad y vulnerabilidad humanas. La medicina paliativa asume un giro conceptual revolucionario al considerar que la muerte no es un fallo técnico de la biomedicina, un error molecular, o un enemigo absoluto a batir con la obstinación terapéutica desbocada, sino parte inescindible y natural de la propia trayectoria vital del organismo. Este modelo terapéutico y compasivo orienta sus esfuerzos clínicos a garantizar la ortotanasia, es decir, el respeto absoluto al momento natural de la muerte asegurando el máximo alivio del sufrimiento y la prohibición de toda futilidad asistencial.

Los cuidados paliativos atienden de forma interdisciplinaria la experiencia del “sufrimiento total”, noción que revela cómo la agonía rompe al mismo tiempo la dimensión somática, el equilibrio psicoemocional, el ecosistema sociofamiliar y la estabilidad espiritual del enfermo.

La bioética clínica, no obstante, nos advierte que el deber ético de cuidar no se agota con la muerte biológica del paciente. La integridad de la persona, en su dimensión familiar y comunitaria, exige que los equipos de salud asuman la responsabilidad moral de acompañar y prevenir los procesos de duelo normal y complicado de los sobrevivientes (Poch & Mèlich, 1998), asumiendo que el duelo es una prolongación del sufrimiento existencial que requiere hospitalidad hermenéutica y compasión terapéutica.

Cuando el dolor físico o psicoemocional se torna refractario a los tratamientos estándares de la clínica curativa, la bioética existencial potencia su imperativo de alivio a través de la sedación paliativa. La técnica consiste en bajar a propósito el nivel de conciencia del paciente mediante fármacos administrados en dosis proporcional y gradual, con el objetivo de mitigar un sufrimiento intolerable, pero sin acelerar intencionadamente la muerte. La sedación paliativa se diferencia claramente de la eutanasia activa en cuanto a intención, procedimiento y resultado: su objetivo exclusivo es el control del síntoma refractario, bajo una lógica estrictamente controlada de dosis-respuesta en función del estado del paciente, preservando la dignidad existencial en el tránsito final de la vida frente a la agresión del dolor ingobernable.

4.3 La encrucijada Biojurídica ecuatoriana: la despenalización de la eutanasia voluntaria y el caso Paola Roldán

Con la resolución constitucional de la eutanasia activa en el Ecuador, la deconstrucción de la autonomía y el cuidado ha alcanzado un hito histórico sin precedentes en la jurisprudencia latinoamericana. Motivada por la demanda interpuesta por la paciente Paola Roldán, quien

padecía de una devastadora esclerosis lateral amiotrófica (ELA) que limitó su corporalidad a un estado de inmovilidad absoluta y dependencia total, sometiéndola a un sufrimiento físico y emocional calificado como “doloroso, solitario y cruel”, la Corte Constitucional del Ecuador dictó la trascendental Sentencia No. 67-23-IN/24 en febrero de 2024. Con este fallo histórico la Corte declaró la constitucionalidad condicionada del delito de homicidio simple, tipificado en el artículo 144 del Código Orgánico Integral Penal (COIP), despenalizando el procedimiento eutanásico voluntario bajo tres condiciones concurrentes: la expresión de un libre, informado e inequívoco consentimiento, la existencia de un intenso sufrimiento y que este proceda de una lesión corporal irreversible o de una enfermedad incurable y grave.

La decisión de la Corte encontró su sustento ético-jurídico, en primer lugar, en el derecho constitucional al libre desarrollo de la personalidad (artículo 66, número 5 de la Constitución de la República), reconociendo que la autonomía existencial del individuo protege la facultad inalienable de autodeterminarse y configurar su propio proyecto biográfico, decidiendo con soberanía las condiciones de la conclusión de su vida biológica frente al encarnizamiento terapéutico. Este acontecimiento significó, al mismo tiempo, un profundo impacto sobre la tradicional deontología de las corporaciones médicas al declararse la inconstitucionalidad de las normas restrictivas y punitivas contenidas en el viejo Código de Ética Médica, expulsando del ordenamiento las prohibiciones absolutas que coartaban la libertad del médico para asistir en el morir de manera compasiva.

Sin embargo, este proceso formal de despenalización ha encendido graves alarmas éticas en el seno de la Asociación Ecuatoriana de Cuidados Paliativos (ASECUP). La organización, ha señalado que el reconocimiento formal de una autonomía absoluta para morir asistida sería una falacia socioeconómica y un acto de coacción social implícita en un país donde la cobertura real de cuidados paliativos de calidad apenas llega a un porcentaje pírrico de la población necesitada.

La crítica bioética de Asecup es de una lucidez implacable: en un contexto social de pobreza extrema, precarización hospitalaria y desabastecimiento sistemático de analgésicos opioides básicos en el primer nivel de atención, los pacientes más empobrecidos y vulnerables podrían optar por la eutanasia no como una elección genuinamente autónoma, sino como la única vía de escape ante un Estado indiferente que no garantiza las condiciones mínimas para vivir y morir sin dolor. Como ya se ha defendido desde esta trinchera paliativa, “la muerte digna no es sólo la muerte anticipada”. La justicia distributiva y la equidad asistencial imponen que el derecho a solicitar el deceso asistido vaya indisolublemente aparejado al derecho universal a recibir cuidados paliativos integrales que protejan la integridad del viviente hasta su último aliento.

CONCLUSIONES

La insuficiencia radical del principalismo mecánico: La deliberación bioética en el escenario de la clínica hipermoderna no puede seguir subordinada a la aplicación instrumental de algoritmos normativos que simplifican la complejidad humana a meras transacciones contractuales. El principalismo procesal anglosajón, al consagrar una autonomía incorpórea y abstracta, despoja al encuentro clínico de su carácter intersubjetivo y silencia la narrativa biográfica del enfermo. Es imperativo sustituir la fría lista de verificación de los comités por una bioética existencial basada en la vulnerabilidad ontológica y el resguardo de la integridad narrativa, transformando el acto clínico en una práctica de acogida y escucha activa.

La vulnerabilidad ontológica como fundamento normativo originario: Enfrentada a las pretensiones transhumanistas de eliminar la fragilidad del cuerpo mediante la manipulación técnica, la bioética de la escuela europea afirma que la vulnerabilidad no es una contingencia biológica que pueda superarse, sino la propia condición de posibilidad de la ética. Lo que nos devela como seres éticos e interdependientes es nuestra susceptibilidad común de ser dañados,

heridos y destruidos. El respeto a la integridad exige que el médico asuma la totalidad, indivisible, del viviente, guardando como un tesoro su privacidad y confidencialidad, como base de la confianza asistencial y como resguardo de su historia de vida frente a la fragmentación clínica.

La ética de la hospitalidad y la cara del otro: En Lévinas, la metafísica de la alteridad es el sustento ético último para la humanización de la medicina del siglo XXI. El encuentro clínico debe configurarse como un espacio de incondicional de hospitalidad ante el extraño, donde el médico reconociendo su propia finitud biológica en el espejo del enfermo, depone su rol de técnico soberano para convertirse en un aprendiz humilde del dolor ajeno. Sólo a través de esta responsabilidad asimétrica ante el Rostro sufriente del otro se puede transitar de una deontología médica defensiva y temerosa de litigios legales hacia una auténtica ética profesional orientada a la realización de sus bienes internos esenciales: el cuidado compasivo, el alivio del sufrimiento multidimensional y la humanización de la asistencia.

La ineludible complementariedad de la justicia asistencial: El hito jurisprudencial ecuatoriano del caso Paola Roldán, representa una conquista insustituible en el plano de la autonomía existencial y el libre desarrollo de la personalidad frente a la obstinación terapéutica.

No obstante, la despenalización Biojurídica de la eutanasia voluntaria se convierte en una injusticia sistemática si el Estado no garantiza el acceso universal, oportuno y de calidad a la medicina paliativa integral. Para que la medicina sea verdaderamente sostenible y compasiva, éticamente es obligatorio que la decisión de morir con dignidad no sea el refugio desesperado ante la precariedad sanitaria, sino el broche de oro coherente de una biografía asistida por la solidaridad y el cuidado humano indiscutible.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Asociación Médica Mundial. (1964). Declaración de Helsinki: Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Helsinki, Finlandia.

Bayés, R. (2001). La psicología del sufrimiento y de la muerte. Editorial Martínez Roca.

Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). Principles of Biomedical Ethics (8th ed.). Oxford University Press.

Callahan, D. (2000). The Troubled Dream of Life: In Search of a Peaceful Death. Georgetown University Press.

Chapman, C. R., & Gavrin, J. (1999). Suffering: the contribution of persistent pain. The Lancet, 353(9171), 2233-2237. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(99\)01111-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(99)01111-2)

Corte Constitucional del Ecuador. (2024). Sentencia No. 67-23-IN/24 (Despenalización condicionada de la eutanasia activa voluntaria en el Ecuador). Registro Oficial del Ecuador.

Cortina, A. (2013). ¿Para qué sirve realmente la ética? Editorial Paidós.

Declaración de Barcelona. (1998). Principios de la Bioética Europea (Proyecto BIOMED II). Comisión Europea.

Descartes, R. (1981). Discurso del método. Editorial Alianza.

Leff, E. (2001). Saber ambiental: Sustentabilidad, racionalidad, complejidad, poder. Siglo XXI Editores.

Lévinas, E. (1974). Autrement qu'être ou au-delà de l'essence. Martinus Nijhoff.

Medina Concepción, A. (2020). Deontología médica y fundamentos normativos de la clínica. Material de Seminario de Bioética, Posgrado en Medicina.

Mèlich, J.-C. (2012). Animal vulnerable: Curso de antropología filosófica. Herder Editorial.

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO).

(2005). Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. París, Francia .

Poch, C., & Mèlich, J.-C. (1998). La muerte y el duelo en el contexto educativo. Editorial Paidós.