

Juan Manuel Deniz-Andrade^{1a}, Sarahi Xitlali Godínez-Andrade^{2b}, Adriana Elizabeth Margalli- Mancilla^{3c}, Hilda Romero-Zepeda^{4d}

¹Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad de Medicina Familiar No. 18, Medicina Preventiva. Villa de Álvarez, Colima, México

²Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General de Zona No. 1, Servicio de Pediatría. Villa de Álvarez, Colima, México

³Universidad de Colima, Facultad de Filosofía, Profesora-Investigadora de Tiempo Completo.

Colima, Colima, México

⁴Universidad Autónoma de Querétaro, Comité de Ética en Investigación, Profesora de Tiempo Completo. Querétaro, Querétaro, México

Doi: 10.5281/zenodo.23266682

ORCID

0009-0004-1024-9317^a

0009-0003-4745-1466^b

0009-0006-3215-1892^c

0000-0002-5553-8962^d

Palabras clave (DeCS):

Bioética

Ética Clínica

Ética Profesional

Ética en Enfermería

Vulnerabilidad en Salud

Keywords (DeCS):

Bioethics

Ethics, Clinical

Ethics, Professional

Ethics, Nursing

Health Vulnerability

Correspondencia:

Juan Manuel Deniz Andrade

Correo electrónico:

jdeniz4@proton.me

manueldeniz.and@gmail.com

Fecha de recepción:

03/03/2026

Fecha de aceptación:

20/07/2026

Resumen

Introducción: la práctica sanitaria debe reconocer la enfermedad como una experiencia integral que implica vulnerabilidad física, emocional y social, más allá de su dimensión biológica. La fragmentación y despersonalización de la atención evidencian la necesidad de priorizar la dignidad humana y el cuidado integral del paciente y su familia.

Objetivo: reflexionar sobre la vulnerabilidad del paciente moderno y su relación con la ética del cuidado.

Metodología: a través de la revisión de literatura filosófica, bioética y de enfermería, se analiza cómo la tendencia de los sistemas de salud contemporáneos a priorizar la eficiencia, la tecnificación y los protocolos normativos genera la despersonalización y aumenta la experiencia de vulnerabilidad de los pacientes, en un contexto en el que la ética del cuidado ha sido históricamente relegada frente a los enfoques deontológicos y administrativos de la bioética tradicional.

Resultados: el artículo propone una reflexión crítica que reivindica la centralidad del cuidado como dimensión ética, relacional y ontológica, fundamentada en autores clásicos y contemporáneos. Reconocer la vulnerabilidad del paciente como condición constitutiva permite humanizar la práctica clínica, enriquecer la reflexión bioética y fortalecer la relación profesional de salud-paciente.

Conclusiones: la integración de la ética del cuidado en la bioética clínica contribuye a un abordaje más sensible, dialógico y ético, capaz de responder a los desafíos de la medicina moderna sin comprometer la dignidad y la singularidad de cada paciente.

Abstract

Introduction: Healthcare practice must recognize illness as a holistic experience involving physical, emotional, and social vulnerability, extending beyond its biological dimension. The fragmentation and depersonalization of care highlight the need to prioritize human dignity and the comprehensive care of both the patient and their family.

Objective: To reflect on the vulnerability of the modern patient and its relationship with the ethics of care.

Methodology: Through a review of philosophical, bioethical, and nursing literature, this study analyzes how the tendency of contemporary health systems to prioritize efficiency, technologization, and standardized protocols fosters depersonalization and heightens patients' experience of vulnerability—occurring in a context where the ethics of care have historically been sidelined in favor of the deontological and administrative approaches of traditional bioethics.

Results: The article offers a critical reflection that reaffirms the centrality of care as an ethical, relational, and ontological dimension, grounded in the work of classical and contemporary authors. Recognizing patient vulnerability as a constitutive condition allows for the humanization of clinical practice, enriches bioethical reflection, and strengthens the healthcare professional-patient relationship.

Conclusions: Integrating the ethics of care into clinical bioethics fosters a more sensitive, dialogic, and ethical approach, capable of addressing the challenges of modern medicine without compromising the dignity and uniqueness of each patient.

Introducción

La práctica sanitaria contemporánea enfrenta el desafío complejo de atender a pacientes cada vez más expuestos a condiciones de vulnerabilidad derivadas de factores sociales, culturales, económicos y estructurales. En este sentido, la enfermedad no solo es un fenómeno biológico, sino que constituye una experiencia existencial que involucra fragilidad física, incertidumbre emocional, dependencia de otros y exposición a sistemas de salud que, con frecuencia, priorizan la eficiencia, la estandarización y la tecnificación sobre el cuidado integral.

Es así como el *paciente y su familia* enfrentan, además del proceso propio de la enfermedad, la fragmentación de los sistemas de salud, la presión de instituciones orientadas a indicadores de productividad y la reducción de la relación de los profesionales de la salud con el paciente a un cumplimiento normativo, generando experiencias de espera, despersonalización y dependencia;¹ con dicha situación, se evidencia la necesidad de replantear los modelos de atención desde una perspectiva integral y reflexiva, capaz de situar la vulnerabilidad y la dignidad del paciente en el centro de la práctica clínica.

En la literatura de enfermería y bioética se enfatiza la importancia de reconocer al paciente como sujeto integral, cuya vulnerabilidad requiere respuestas que trasciendan la norma y la técnica, incorporando la escucha activa, la interpretación de la narrativa y la promoción de su dignidad.²

Con esta lógica, el cuidado emerge como eje central de la praxis sanitaria, no solo en términos técnicos, sino como un componente ético, relacional y ontológico de la existencia humana; al respecto, se ha profundizado en la dimensión filosófica del cuidado, señalando que la vulnerabilidad no es un defecto por superar, sino una condición constitutiva de la existencia que exige una ética sensible y comprometida.³ Esta perspectiva permite comprender que los sistemas de salud, aun cuando sean técnicamente eficientes, pueden fallar éticamente si no reconocen la interdependencia humana y la necesidad del acompañamiento integral del paciente.

Cabe señalar que la práctica de la medicina moderna se ha caracterizado por la tecnificación y la especialización, que han producido avances indiscutibles en el diagnóstico y tratamiento; en consecuencia, se ha reforzado la fragmentación de la atención y la percepción del paciente como un objeto técnico, lo que se refleja en los tiempos de consulta reducidos y en protocolos estrictos

bajo la presión de indicadores administrativos que condicionan la relación terapéutica con el paciente. La ética del cuidado, en contraste con la ética normativa, subraya la interrelación en la atención personalizada y la responsabilidad por el otro, al reconocer la vulnerabilidad como elemento constitutivo del ser humano y fundamento de toda relación ética.⁴

El vacío de conocimiento que surge entre lo técnico-administrativo y lo relacional-ético es particularmente relevante en los contextos de espera prolongada, fragmentación institucional y presión de recursos. La persona enferma que depende de turnos, citas o procedimientos complejos experimenta no solo la incertidumbre propia de la enfermedad, sino también la percepción de ser invisibilizada dentro del sistema. La despersonalización revela el desplazamiento de la ética del cuidado frente a la ética normativa y la tecnocracia sanitaria, e implica la necesidad de una bioética más dialógica y sensible a la experiencia concreta del paciente, capaz de situar la vulnerabilidad y la interdependencia como ejes de análisis y acción.⁵

En el presente artículo se propone una reflexión teórica que recupere la centralidad de la vulnerabilidad y del cuidado en bioética, articulando referencias filosóficas y éticas que permitan superar la fragmentación de los enfoques normativos. Para ello, se parte de la comprensión de la vulnerabilidad desde factores estructurales, sociales y culturales, analizando cómo los sistemas de salud actuales potencian la espera, la despersonalización y la invisibilidad del sufrimiento. Se examina la ética del cuidado como propuesta ética y ontológica capaz de reorientar la práctica profesional, contrastando sus principios con los de la ética deontológica tradicional. Asimismo, se integran las perspectivas filosóficas de Heidegger,⁶ Ricoeur⁷ y Masiá Clavel³ para fundamentar una mirada que reconoce la interdependencia, la fragilidad y la dignidad del paciente como elementos constitutivos de toda acción bioética.

Con este análisis se busca ofrecer un aporte teórico-reflexivo que oriente la práctica profesional, la formación académica y las políticas de salud hacia un enfoque humanizado, ético y sensible a la vulnerabilidad. No se trata de proponer soluciones instrumentales inmediatas, sino de generar un marco conceptual que permita repensar la posición del paciente en la práctica clínica y en la bioética contemporánea; mediado por una reflexión ontológica del cuidado, se sitúa al paciente en el centro y se reconoce su vulnerabilidad como constitutiva, como un camino para contrarrestar la tendencia a la despersonalización y recuperar la dimensión relacional y ética del acto médico.

En esta propuesta se reconoce la relevancia de los códigos deontológicos, los principios normativos y los avances tecnológicos; asimismo, sostiene que estos elementos por sí solos son insuficientes para garantizar una atención humana y ética. Con un enfoque centrado en el cuidado, se busca situar la interdependencia, la escucha, la empatía y la responsabilidad en el corazón de la atención sanitaria, constituyendo así una bioética capaz de dialogar con la experiencia concreta del paciente y de responder a los desafíos éticos contemporáneos.

Esta reflexión se fundamenta en supuestos académicos y filosóficos de autores clásicos de la bioética, como Beauchamp⁴ y Childress,⁵ sobre la importancia de principios como la beneficencia y la justicia; sin embargo, esta perspectiva puede complementarse con la ética del cuidado, que aporta una mirada relacional y ontológica, centrada en la vulnerabilidad y la interdependencia humana. Por su parte, Heidegger⁶ ha explorado la finitud y la vulnerabilidad como condiciones esenciales de la existencia humana, proporcionando un sustento conceptual para comprender al paciente como *ser-en-el-mundo* con necesidades éticas y existenciales. Asimismo, Masiá Clavel, en obras como *Animal vulnerable* y *Fragilidad en esperanza*, desarrolla una reflexión sobre la fragilidad y la vulnerabilidad aplicable al ámbito sanitario, subrayando la necesidad de un cuidado ético y humanizante que reconozca la dimensión ontológica de la experiencia del paciente.^{3,8} De este modo, el texto se estructuró con base en tres ejes interrelacionados:

- La constatación de la vulnerabilidad del *paciente moderno* frente a sistemas de salud orientados a la eficiencia.
- La identificación de un vacío en la bioética contemporánea, donde la *ética del cuidado* ha sido relegada frente a enfoques normativos y técnico-administrativos.
- La formulación de un objetivo de reflexión teórica que busca recuperar la *centralidad del cuidado y la vulnerabilidad en la praxis bioética*, ofreciendo un marco conceptual y filosófico que pueda orientar la práctica profesional, la formación académica y la política sanitaria.

Es así como se propone un marco de reflexión que integra filosofía, bioética y práctica sanitaria, para humanizar la atención, fortalecer la dimensión ética del cuidado y promover una bioética más sensible, dialógica y comprometida con la dignidad del ser humano; esta aproximación permite situar al paciente no como mero receptor de intervenciones técnicas, sino como sujeto que exige atención ética, reconocimiento de su vulnerabilidad y acompañamiento integral.

Por lo anterior, la finalidad del presente artículo es visibilizar la vulnerabilidad del paciente moderno como factor crítico en la relación profesional de la salud-paciente y en la estructura de los sistemas de salud, ante la posibilidad de reivindicar la ética del cuidado como principio ontológico y ético que deba orientar la bioética, no como complemento opcional, sino como eje central de toda reflexión sobre la práctica sanitaria.

Marco teórico

1. *El paciente moderno habita una paradoja: vive más años que sus antepasados y, sin embargo, experimenta con mayor intensidad la fragilidad de su existencia.*

La biomedicina le ofrece diagnósticos precoces y terapias de vanguardia; al mismo tiempo, produce lenguajes, protocolos y dinámicas asistenciales que, si no se someten a una reflexión ética permanente, pueden reducir a la persona a un objeto de intervención clínica; en ese contexto, no cambia el hecho de enfermar —condición inherente a la vulnerabilidad humana—, sino la manera en que esa experiencia es vivida e interpretada dentro del sistema de salud.

La enfermedad deja de ser únicamente un acontecimiento biológico para convertirse también en una experiencia ética y relacional, en la que el paciente puede verse desplazado de su propia narrativa cuando el sistema *habla por él, sobre él y alrededor de él, pero pocas veces con él*.⁵

La vulnerabilidad, lejos de ser un accidente periférico, es una condición inherente a la existencia humana porque expresa la apertura al paso del tiempo, al dolor y a la dependencia. La fenomenología nos enseñó que el cuerpo no es un objeto entre objetos, sino el modo encarnado de estar-en-el-mundo; cuando la enfermedad irrumpe, esa encarnación se vuelve extraña, aparece una especie de exilio doméstico en el que “*yo mismo*” deviene inhóspito.⁶ El *paciente moderno* reconoce ese extrañamiento en la sala de espera, en el monitor que grafica su pulso en tiempo real, en la firma del consentimiento informado que pretende congelar la ambigüedad del sufrimiento en cláusulas previsibles. Su experiencia reclama una hermenéutica del padecer que restituya al lenguaje clínico el espesor de la biografía.⁹

Desde la ética, el principalismo —autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia— sigue siendo un mar-

co útil, pero muestra sus límites cuando la autonomía se interpreta en clave de autosuficiencia y queda ciega a la interdependencia real de los cuerpos y de los afectos.⁵ La literatura reciente ha insistido en que la vulnerabilidad no es solo un atributo del “*otro frágil*”, sino una condición inherente a la existencia humana. Desde la tradición de la bioética europea, la vulnerabilidad se entiende como la posibilidad permanente de ser dañado, derivada de la finitud, la corporeidad y la interdependencia que caracterizan a toda persona. Esta condición puede intensificarse por factores sociales, económicos y culturales, configurando escenarios de mayor exposición al daño y de disminución en la capacidad de proteger los propios intereses.¹⁰

Aquí se hace audible la voz del cuidado. La ética del cuidado —madurada por décadas de crítica a un modelo moral excesivamente formalista— sostiene que la respuesta adecuada al sufrimiento no se agota en la corrección del procedimiento, sino en la responsabilidad concreta por el otro en su singularidad, en su contexto y en sus lazos.¹¹ Cuidar no equivale a sentimentalizar la clínica; implica atención, tiempo y deliberación situada, tres bienes escasos en sistemas de salud crecientemente digitalizados y acelerados.¹² Humanizar el cuidado no es añadir calidez como adorno al final de la cadena técnica, sino reordenar los fines de la práctica, a fin de que la tecnología sirva a la biografía y no la biografía a la tecnología.¹³

En la estela de Levinas,¹⁴ el *paciente moderno* nos enfrenta con un rostro que nos desinstala, el otro como mandato ético anterior a toda norma, como proximidad que reclama acogida antes que cálculo. Esa prioridad del otro no anula la autonomía, la reinterpreta; el elegir bien requiere haber sido bien cuidado; de ahí que la deliberación clínica deba integrar, junto al balance de riesgos y beneficios, una lectura fina de dependencias reales, redes de apoyo, miedos y esperanzas que el lenguaje técnico no siempre nombra.⁵

La pandemia reciente dejó al descubierto tanto la potencia solidaria de los sistemas de salud como sus fisuras en el triage al límite, las soledades hospitalarias, las brechas digitales y socioeconómicas. En ese laboratorio involuntario se confirmó que la humanización del cuidado no es una retórica, sino un criterio de justicia y de calidad asistencial.^{15,16}

Ricoeur⁹ hablaba del *sí mismo como otro*, identidad narrativa que se fragua en la prueba de la alteridad; trasladado a la clínica, eso significa que el proyecto terapéutico —y el institucional— solo cobra legitimidad cuando logra contarse desde la perspectiva del paciente, sin reducirlo

a un diagnóstico. Heidegger⁶ evocaba que la existencia es un poder-ser abierto; a su vez, la enfermedad clausura, pero también puede *re-abrir* la pregunta por el sentido si encuentra profesionales y estructuras que sepan sostener la espera. Levinas¹⁴ nos recuerda que esa espera no es vana: es el tiempo del cuidado, en el que quien sufre no es dejado a solas con sus signos vitales, sino acompañado por una comunidad clínica capaz de oír la ética que tantas veces queda silenciada por el ruido de la maquinaria.¹⁷

Así entendido, el *paciente moderno* no es un consumidor de servicios, sino un prójimo cuya vulnerabilidad funda la obligación de cuidar con competencia para no errar en lo que puede objetivarse y ternura para no fallar en lo que solo puede acompañarse.^{10,12,15}

2. La noción de vulnerabilidad desde la bioética

La vulnerabilidad humana constituye un eje central de la reflexión bioética contemporánea, ya que no solo señala la fragilidad inherente al ser humano, sino que también revela las estructuras sociales, culturales y políticas que amplifican o atenúan esa fragilidad. Comprender la vulnerabilidad implica reconocer que todo ser humano está expuesto a riesgos y dependencias, y que dicha exposición es inseparable de su condición ética. Emmanuel Levinas¹⁴ subraya que el rostro del otro nos interpela y nos recuerda nuestra propia fragilidad; en esa mirada se funda la ética, en la responsabilidad que surge ante la vulneración del otro. La bioética, entonces, no puede limitarse a un conjunto de normas o procedimientos, sino que debe abrirse a la experiencia concreta de quienes sufren, situando la vulnerabilidad como criterio de interpretación y acción.

Lydia Feito² distingue entre la dimensión antropológica de la vulnerabilidad, que afirma la fragilidad constitutiva del ser humano, y su dimensión social, que reconoce cómo las condiciones de vida, las desigualdades y las estructuras sociales generan “espacios de vulnerabilidad” y “poblaciones vulnerables”. Esta doble dimensión muestra que la vulnerabilidad no es solo un atributo individual, sino también un fenómeno relacional construido socialmente, que exige una respuesta ética y política capaz de transformar las condiciones que la perpetúan. Reconocer esta dimensión social implica cuestionar los sistemas de salud, las políticas públicas y las normas institucionales que muchas veces priorizan la eficiencia técnica por encima del cuidado integral del sujeto.

La perspectiva de la interseccionalidad ha profundizado aún más este análisis, mostrando cómo diferentes

factores —como género, identidad sexual, etnia, nivel socioeconómico o edad— se entrecruzan y producen capas de vulnerabilidad que no pueden abordarse de manera aislada. Miguel Ángel León Ortiz¹⁸ retoma la propuesta de Florencia Luna sobre la “*vulnerabilidad por capas*” y explica que este modelo permite identificar niveles de riesgo diferenciados en grupos históricamente marginados, como infantes trans, y comprender cómo la discriminación y la exclusión potencian la fragilidad humana. Esta visión compleja exige que la bioética contemple la multiplicidad de factores que determinan la vulnerabilidad y que el cuidado se adapte a la singularidad de cada situación.

Con base en la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (UNESCO),¹⁹ se enfatiza la necesidad de respetar la dignidad y los derechos de los más vulnerables y se recuerda que la bioética debe servir para protegerlos y no para reducirlos a meros objetos de atención técnica. En la práctica clínica, esto significa que cada decisión debe integrar no solo los principios de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia, sino también un reconocimiento de la dependencia, la fragilidad y la necesidad de acompañamiento humano que todo paciente experimenta en mayor o menor grado.

En su libro *El animal vulnerable*,³ Masiá Clavel plantea una reflexión profunda sobre la vulnerabilidad humana, reconoce que la fragilidad es indispensable para la convivencia ética y la construcción de relaciones solidarias; asimismo, permite entender que todos los seres humanos comparten esta condición. En *Fragilidad en esperanza*,⁸ profundiza aún más al mostrar que la vulnerabilidad puede ser un punto de partida para la esperanza, sugiriendo que reconocer nuestra fragilidad no nos condena a la pasividad, sino que nos impulsa a actuar de manera ética y comprometida con la vida de los demás.

Estas ideas amplían la noción de vulnerabilidad, no como un simple dato de la existencia, sino como una llamada a la transformación ética y social; cuando se integra con la bioética, deja de ser una categoría pasiva o negativa y se convierte en una guía para la acción. La bioética, por tanto, se configura como un espacio de deliberación crítica donde la vulnerabilidad humana orienta las decisiones y las prácticas desde la clínica hasta la política sanitaria. Reconocerla implica también asumir que las estructuras sociales y las instituciones no siempre favorecen la protección de los más frágiles, y que una ética comprometida debe cuestionar estas limitaciones, proponiendo alternativas que humanicen la atención y fortalezcan la justicia social.

En síntesis, la vulnerabilidad constituye un eje que permite reflexionar críticamente sobre la práctica clínica, la justicia social y la dimensión ética de la existencia. No se trata solo de constatar la fragilidad humana, sino de comprenderla como una condición que nos interpela y nos exige responsabilidad, cuidado y solidaridad.

Integrar la vulnerabilidad con la bioética significa reconocer la interdependencia de los seres humanos, actuar sobre las estructuras que perpetúan la fragilidad y promover un cuidado ético que transforme la experiencia de quienes sufren, ofreciendo dignidad, esperanza y acompañamiento. Nos recuerda que la autonomía no puede entenderse como independencia absoluta, sino que debe ser comprendida en relación con la interdependencia y la responsabilidad por el otro.

3. La ética del cuidado y su marginalidad en la bioética tradicional

La ética del cuidado se configura como un paradigma ético que desafía las concepciones tradicionales de la moral, en las que predominan la justicia abstracta y la autonomía individual, proponiendo, en cambio, un enfoque centrado en la interdependencia humana, la atención al otro y la responsabilidad compartida. Carol Gilligan, psicóloga y filósofa, al analizar la moralidad femenina frente a la teoría del desarrollo moral de Lawrence Kohlberg, identifica que las mujeres suelen conceptualizar la ética a partir de las relaciones y del cuidado, en lugar de centrarse exclusivamente en principios universales de justicia.²⁰ Este hallazgo no solo cuestiona las jerarquías tradicionales del pensamiento moral, sino que también revela cómo la ética del cuidado emerge de la experiencia concreta de la vida cotidiana, donde la vulnerabilidad y la dependencia configuran la existencia humana.

Gilligan²⁰ subraya que la atención al otro no es un atributo secundario, sino un componente fundamental de la moralidad. La ética del cuidado reconoce que los seres humanos no existen de manera aislada y que su bienestar depende intrínsecamente de la capacidad de los otros para responder a sus necesidades. Este enfoque transforma la noción misma de responsabilidad, que deja de ser un mandato abstracto y se convierte en un compromiso relacional, sensible a las circunstancias y particularidades de cada situación. Así, la ética del cuidado se convierte en una guía que orienta la acción ética desde la compasión, la empatía y la escucha activa, elementos esenciales para enfrentar los dilemas morales contemporáneos.

Nel Noddings,²¹ filósofa y educadora, complementando el pensamiento de Gilligan, enfatiza que el cuidado ético implica una deliberación consciente y sostenida sobre las necesidades del otro, lo que ella denomina “cuidado ético”, en contraste con el cuidado espontáneo o natural. Este cuidado ético exige un compromiso reflexivo que integra la sensibilidad emocional con la responsabilidad moral, reconociendo la vulnerabilidad del otro como un llamado a la acción ética. La filósofa política y teórica Joan Tronto²² amplía esta concepción al introducir la dimensión política del cuidado, señalando que la ética del cuidado no puede limitarse al ámbito personal o familiar, sino que debe orientarse también a la justicia social y a la construcción de instituciones que sostengan la vida y protejan a los más vulnerables. Con esta perspectiva, la ética del cuidado se convierte en un instrumento crítico para analizar y transformar las prácticas sociales y sanitarias; no solo porque guía la conducta de los individuos, sino porque también inspira la formulación de políticas públicas que reconozcan y valoren el trabajo de cuidado, promuevan la equidad y fortalezcan la solidaridad social.

En última instancia, la ética del cuidado revela que la moralidad no puede concebirse como un sistema de reglas rígidas, sino como un proceso dinámico de interacción humana, donde la vulnerabilidad y la dependencia son reconocidas y respetadas. Este enfoque no minimiza la importancia de la justicia, sino que la complementa, integrando la sensibilidad y la empatía como componentes esenciales de la acción ética. Así, la ética del cuidado ofrece un marco robusto para enfrentar los desafíos contemporáneos, promoviendo una práctica ética que sea a la vez humana, relacional y transformadora, capaz de orientar la reflexión moral en la clínica, la educación y la política social.

No obstante, aunque la ética del cuidado ha emergido como un paradigma central para comprender la moralidad desde la interdependencia, la empatía y la responsabilidad relacional, su reconocimiento dentro de la bioética tradicional ha sido históricamente limitado. Este fenómeno refleja cómo los marcos normativos dominantes, centrados en la autonomía, la justicia, la beneficencia y la no maleficencia, han priorizado principios abstractos por encima de las relaciones concretas y del cuidado cotidiano.⁵ En este sentido, Gilligan²⁰ y Noddings²¹ han subrayado que las concepciones patriarcales de la ética han relegado la sensibilidad y la atención al ámbito doméstico o asistencial, lo que invisibiliza la importancia del cuidado como núcleo de la acción ética.

Joan Tronto²² enfatiza que esta marginalidad no es neutral, sino el resultado de decisiones sociales e institucionales que determinan las formas de ética que se consideran válidas. Su exclusión tiene consecuencias prácticas: en la atención clínica, la experiencia subjetiva del sufrimiento, la vulnerabilidad y la dependencia del paciente pueden ser relegadas, mientras se privilegian criterios técnicos o administrativos. Masiá Clavel⁸ señala que una bioética que ignore la ética del cuidado corre el riesgo de volverse deshumanizada, desligada de la fragilidad concreta de los pacientes y de las llamadas éticas que esta genera.

Incorporar la ética del cuidado en la bioética contemporánea no es meramente un gesto académico, sino un imperativo moral, porque obliga a repensar la deliberación ética e integrar la atención a la vulnerabilidad y la responsabilidad relacional como ejes centrales del juicio moral. Solo así se supera la marginalidad histórica del cuidado y se consolida una bioética que combine justicia, autonomía y, sobre todo, humanidad.^{8,20,22}

Discusión crítica

La vulnerabilidad constituye una condición inherente a la existencia humana. Sin embargo, en el paciente moderno adquiere características particulares derivadas de las transformaciones sociales, culturales y tecnocientíficas que configuran la atención sanitaria contemporánea. No se trata únicamente de una condición biológica asociada a la enfermedad, sino de una experiencia que puede intensificarse por factores sociales, culturales y estructurales. Cabieses¹ ha demostrado que la vulnerabilidad social afecta directamente la salud y la capacidad de los individuos para enfrentar la enfermedad, y revela cómo los factores de inequidad, pobreza o exclusión refuerzan la fragilidad del paciente.

En este sentido, la vulnerabilidad no puede comprenderse solo como una debilidad personal, sino como un fenómeno relacional y estructural que atraviesa al sujeto en múltiples dimensiones. Esta perspectiva coincide con Masiá Clavel,²³ quien subraya que la fragilidad no es un accidente circunstancial, sino una condición constitutiva de la existencia humana. Por tanto, reconocerla es indispensable para evitar que los sistemas de salud reduzcan al paciente a un objeto técnico y despersonalizado.

Una de las formas más evidentes en que la vulnerabilidad se intensifica es la espera prolongada en los sistemas sanitarios. El tiempo de espera no representa únicamente

un retraso administrativo, sino que constituye una experiencia de incertidumbre, dependencia y angustia para el paciente y su familia. Tal como lo señalan Masiá Clavel²³ y Ricoeur,⁷ el sufrimiento no puede reducirse al dolor físico, sino que implica la vivencia subjetiva del abandono, la invisibilidad y la pérdida de control. La espera se convierte en una forma de violencia estructural que erosiona la dignidad del enfermo y agrava su sensación de fragilidad. Estudios recientes en servicios de urgencias en América Latina muestran que la reducción de los tiempos de espera mejora significativamente la adherencia a los tratamientos y fortalece la confianza en los profesionales de la salud, evidenciando que atender la vulnerabilidad no es solo una cuestión ética, sino también un factor de calidad asistencial.²⁴

El desafío ético que plantea la vulnerabilidad no puede ser resuelto únicamente desde una bioética normativa o deontológica. Si bien principios como la autonomía, la justicia o la no maleficencia son indispensables, resultan insuficientes para responder a la complejidad del sufrimiento humano en su singularidad.⁵ Gilligan ha subrayado que la ética requiere una sensibilidad hacia la interdependencia y la particularidad de cada relación, algo que los marcos normativos abstractos no alcanzan a contemplar.⁴ Heidegger aporta un marco ontológico clave al señalar que ser-en-el-mundo implica apertura al otro y responsabilidad frente a su fragilidad.⁶ Por su parte, Masiá Clavel²³ insiste en que comprender la fragilidad humana es condición necesaria para una práctica ética transformadora. De esta forma, la ética del cuidado se presenta como un horizonte capaz de complementar y rebasar la perspectiva deontológica, integrando la norma con la sensibilidad relacional; dicha integración es lo que permite que la bioética no se limite a prescribir deberes, sino que acompañe existencialmente al paciente en su sufrimiento.

La fragmentación institucional y la despersonalización del trato son otros factores que profundizan la vulnerabilidad.²⁵ La tecnificación y la burocratización de los sistemas sanitarios tienden a medir la calidad de la atención en términos de productividad, eficiencia o cumplimiento de protocolos, relegando la dimensión humana de la relación clínica. Esta tendencia conduce a la reducción del paciente a un expediente o un caso, invisibilizando su experiencia subjetiva. Peláez²⁶ advierte que la educación en salud, centrada casi exclusivamente en la transmisión de procedimientos técnicos, refuerza esta lógica y debilita la capacidad de los profesionales para escuchar y acompañar al enfermo. De ahí la importancia de que en la

formación se incluyan nociones de empatía, sensibilidad ética y capacidad para reconocer la vulnerabilidad como parte constitutiva de la práctica sanitaria; en congruencia, reorientar a las instituciones hacia modelos de atención centrados en la persona implica no solo un cambio organizativo, sino también un cambio cultural y ético que restituya al paciente su lugar como sujeto de cuidado.

Gilligan⁴ y Tronto²² insisten en que el cuidado es un acto relacional que exige atención concreta a las necesidades del otro, mientras que Ricoeur⁷ enfatiza la importancia de escuchar la narrativa del paciente para comprender su sufrimiento en toda su dimensión. Masiá Clavel²³ complementa esta visión al plantear que la fragilidad es inseparable de la esperanza, lo que implica que el cuidado no se agota en aliviar, sino que también sostiene y da sentido en medio de la vulnerabilidad. Estas aportaciones permiten articular una propuesta bioética que, lejos de reducirse a principios universales, integra la sensibilidad, la interdependencia y la relacionalidad como fundamentos de la acción ética.

Repensar la noción de vulnerabilidad implica que no puede ser ignorada ni tratada como un simple efecto colateral de la enfermedad o de la gestión hospitalaria; como tal, se constituye como el núcleo desde el cual debe pensarse la práctica clínica y la bioética. El reto no es únicamente conceptual, sino práctico y político; para introducir la noción y significado de la vulnerabilidad en el centro de las políticas de salud se requiere rediseñar flujos de atención que reduzcan la espera y la fragmentación, generar espacios de comunicación efectiva entre pacientes y profesionales, y capacitar a los trabajadores de la salud en habilidades relacionales y éticas.

Esto supone reconocer que cada decisión administrativa tiene un impacto ético, que la despersonalización no es un efecto inevitable de la tecnificación, sino el resultado de modelos que privilegian la eficiencia sobre la dignidad. La bioética del cuidado, en este sentido, ofrece un marco que no solo humaniza la práctica clínica, sino que también orienta la transformación institucional, abriendo la posibilidad de sistemas de salud que sean al mismo tiempo eficientes y profundamente humanos.

Conclusiones

El recorrido reflexivo de este trabajo ha tenido como eje central la necesidad de repensar la bioética desde una dimensión ontológica del cuidado, situando al paciente no como un mero objeto de intervención médica, sino

como un sujeto vulnerable cuya existencia reclama reconocimiento, acompañamiento y respuesta ética.

Asimismo, se ha puesto de manifiesto que, aunque la tradición deontológica y principialista ha sido fundamental en la consolidación de la bioética moderna, resulta insuficiente para dar respuesta a la complejidad del sufrimiento humano, especialmente en contextos donde la fragilidad y la enfermedad exponen la condición más radical del ser humano, *su finitud*.

Es relevante reconocer cómo el paradigma biomédico y la ética normativa han priorizado los principios abstractos de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia que, si bien orientan la acción sanitaria, corren el riesgo de diluir la experiencia singular del paciente en marcos demasiado generales. En contraste, la ética ontológica del cuidado busca situar la práctica médica en un horizonte más humano, al reconocer que la relación clínica no se limita a la aplicación técnica de procedimientos, sino que constituye un espacio de encuentro existencial entre seres humanos igualmente vulnerables.

En este sentido, se hace énfasis en que la vulnerabilidad no es un accidente ocasional que afecta a ciertos grupos, sino una dimensión constitutiva de la condición humana; es así como la enfermedad, el dolor y la muerte hacen visible esta fragilidad. Se subrayó la trascendencia de introducir la noción y significado de la vulnerabilidad como categoría central en las políticas y prácticas de salud, recordando a la medicina y a la bioética que su tarea no puede reducirse a prolongar la vida biológica, sino que ha de preocuparse por la dignidad, la calidad de vida y el sentido del cuidado.

Para superar la lógica verticalista y paternalista, los profesionales de la salud deben reivindicar una práctica de la bioética más dialógica, mediada por la escucha activa, la apertura a la narrativa del enfermo y la sensibilidad hacia su sufrimiento. Estos son componentes imprescindibles de una práctica que quiera asumirse como ética en el sentido más profundo, capaz de reconocer al paciente como interlocutor válido y no únicamente como receptor de tratamientos.

Los argumentos previamente expuestos convergen en que la bioética contemporánea debe transitar desde un marco normativo rígido hacia una ética del cuidado que reconozca al otro como ser vulnerable, cuya dignidad demanda hospitalidad, respeto y acompañamiento; este tránsito no supone abandonar los principios tradicionales, sino reconfigurarlos en clave ontológica, es decir, a la luz de la experiencia humana fundamental del cuidado como base de toda relación ética.

En un mundo marcado por avances tecnológicos vertiginosos, la biomedicina ha expandido sus horizontes hasta límites insospechados, por ejemplo: *prolongación de la vida en estados críticos, reproducción asistida, manipulación genética, inteligencia artificial aplicada a diagnósticos, entre otros*. No obstante, se han generado nuevos dilemas que cuestionan el lugar del paciente y la primacía del bienestar humano; con frecuencia, la fascinación por la técnica desplaza la atención hacia el dato biomédico, invisibilizando la experiencia subjetiva de quienes viven la enfermedad. La pertinencia de esta reflexión para la bioética contemporánea es indiscutible.

Es en este contexto donde la reivindicación del cuidado como dimensión ontológica se vuelve fundamental. Como lo señaló Heidegger, el cuidado no se reduce a un acto asistencial, sino que constituye la forma básica de *estar-en-el-mundo-con-otros*; desde esta perspectiva, la medicina y la bioética redescubren que lo que está en juego no es solo la corrección de disfunciones orgánicas, sino la preservación del sentido humano de la existencia en situaciones de fragilidad.

Así, la bioética contemporánea no puede limitarse a responder al “*qué hacer*” en casos particulares, sino que debe abrirse a la pregunta más radical: ¿Cómo debemos estar con el otro que sufre? Este giro resulta especialmente relevante en sociedades donde la eficiencia, la productividad y el rendimiento se han convertido en valores hegemónicos. La enfermedad y la vulnerabilidad aparecen entonces como realidades incómodas, muchas veces marginadas o gestionadas bajo lógicas burocráticas. Reivindicar el cuidado ontológico significa cuestionar esta lógica y afirmar que toda vida, incluso en condiciones de dependencia extrema, tiene un valor intrínseco que merece reconocimiento y acompañamiento.

Ante la creciente mercantilización de la salud, el riesgo de cosificar al paciente se incrementa; es cuando la ética del cuidado nos recuerda que la salud es un derecho y que la práctica clínica es, antes que nada, una responsabilidad ética hacia la vulnerabilidad del otro. En la práctica, esto se traduce en la urgencia de repensar las políticas públicas de salud, si bien con un enfoque en indicadores cuantitativos, también en las dimensiones cualitativas vinculadas con el trato humano, la escucha y la empatía. Una bioética sensible al cuidado ontológico exige políticas que garanticen no solo el acceso a medicamentos o procedimientos, sino también a espacios de acompañamiento psicosocial, espiritual y comunitario que fortalezcan la dignidad del paciente.

Tradicionalmente, el paciente ha sido concebido como receptor pasivo de intervenciones, reducido a la condición de “*caso clínico*” o “*historia médica*”. Su voz, su experiencia y su sufrimiento han sido subordinados a la objetividad de los diagnósticos y a la autoridad del médico; esta concepción ya no es sostenible en una bioética que aspire a responder a los desafíos contemporáneos.

Este trabajo constituye una invitación a repensar el lugar del paciente en la práctica médica y en la reflexión bioética. Repensar al paciente significa reconocerlo como sujeto moral, portador de una narrativa única que debe ser escuchada y respetada. La ética ontológica del cuidado insiste en que la relación clínica no es simplemente un acto de aplicación de saberes técnicos, sino un encuentro humano donde ambas partes —profesional de la salud y paciente— se transforman mutuamente. Al abrirse al sufrimiento del paciente, se confronta también con su propia vulnerabilidad y finitud, lo que lo humaniza y le recuerda que su labor va más allá de lo técnico, en esencia, una praxis del cuidado.

Referencias

- Cabieses B. La vulnerabilidad social y su efecto en salud en Chile. *Rev Med Chile*. 2016;144(7):849-856. doi: 10.4067/S0034-98872016000700011.
- Feito-Grande L. Vulnerabilidad. *Anales Sis San Navarra*. 2007;30 (Supl.3):07-22. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-6272007000600002&lng=es
- Masiá Clavel J. El animal vulnerable. Madrid: Trotta; 2015.
- Gilligan C. In a different voice: psychological theory and women's development. Cambridge (MA): Harvard University Press; 1982.
- Beauchamp TL, Childress JF. Principios de ética biomédica. 8a ed. Valdés E, traductor. Madrid: Universidad Pontificia Comillas; 2025.
- Heidegger M. Ser y tiempo. Rivera JE, traductor. Madrid: Trotta; 2012.
- Ricoeur P. Sí mismo como otro. Madrid: Ediciones Sígueme; 1990.
- Masiá Clavel J. Fragilidad en esperanza: enfoques de antropología. Bilbao: Desclee De Brouwer; 2015.
- Ricoeur P. Sí mismo como otro. Neira Calvo A, traductor. Madrid: Siglo XXI de España Editores; 1996.
- Valdez Fernández AL, Fernández-Silva CA, Bittner Hofmann CX, Mancilla CR. Aproximaciones al concepto de vulnerabilidad desde la bioética: una revisión integradora. *Persona Bioet*. 2021;25 (2):e2522. doi:10.5294/pebi.2021.25.2.2.
- Gilligan C. En una voz humana. Collyer Canales J, traductor. Madrid: Taurus; 2025.
- Paulo Neto A. Bioética clínica, deliberación y digitalización de la medicina. *Rev Bioet*. 2024;32:e3394ES.
- Mancera-Guzmán CL. Bioética y humanización del cuidado. *Apuntes Bioet*. 2025.
- Levinas E. Totalidad e infinito: ensayo sobre la exterioridad. 2a ed. García-Baró M, traductor. Salamanca: Sígueme; 2012.
- Garrafa V. Bioética y el derecho de acceso a los cuidados de salud. *Salud Colect*. 2023;19:e4491.
- Rubio F. Pandemia y bioética: lecciones para el cuidado humanizado. *Bioet Derechos Hum*. 2021;47:55-67.
- Masiá-Clavel J. Cuidar la vida: debates bioéticos. Barcelona: Herder; 2012.
- León-Ortiz MA. Tres coordenadas de análisis de la niñez trans: vulnerabilidad, interseccionalidad y bioética. *Rev Bioet Derecho*. 2023;59:31-47. doi:10.1344/rbd2023.59.41525.
- UNESCO. Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. París: UNESCO; 2005.
- Gilligan C. La ética del cuidado. Barcelona: Fundación Víctor Grífols i Lucas; 2013.
- Noddings N. Caring: a feminine approach to ethics and moral education. Berkeley: University of California Press; 1984.
- Tronto JC. Moral boundaries: a political argument for an ethic of care. New York: Routledge; 1993.
- Masiá-Clavel J. Fragilidad en esperanza. Barcelona: Herder; 2019.
- Honneth A. La lucha por el reconocimiento: por una gramática moral de los conflictos sociales. Barcelona: Crítica; 1997.
- Pujol de Castro A. Prevalencia del síndrome de burnout en médicos que ejercen en atención primaria. *Gac Sanit*. 2024;38(2):121-128. doi:10.1016/j.gaceta.2023.10.004.
- Peláez F. La bioética y la ética del cuidado para el desarrollo humano integral. *Rev Colomb Bioet*. 2009;14(1):7-17.

Cómo citar este artículo/To reference this article:

Deniz-Andrade JM, Godínez-Andrade SX, Margalli-Mancilla AE et al. La ética silenciada del cuidado: la vulnerabilidad expectante del paciente moderno en contextos clínicos. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2026;34(4):e1628. doi: 10.5281/zenodo.23266682