Apuntes de Bioética, 2026, 9(2): AdB1458

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Visión de la tanatología desde la bioética social y la justicia epistémica

A view of thanatology from the perspective of social bioethics and epistemic justice

Cristihian Gabriel Marín-Ortega[*,1]

[1]Hospital "Dr. Domingo Guzmán Lander", Barcelona, Anzoátegui, Venezuela.

[*] Autor corresponsal: cgmarinortega@gmail.com

Recibido: 23 marzo 2026 | **Aceptado:** 29 septiembre 2026 | **Publicado:** 13 octubre 2026
https://doi.org/10.35383/apuntes.v9i2.1458

Resumen

La tanatología contemporánea enfrenta el desafío de trascender la visión de la muerte como un fracaso médico para entenderla como un proceso humano integral. El predominio de un modelo biológico y tecnológico ha desplazado la atención del bienestar del paciente hacia la mera prolongación de constantes vitales, generando fenómenos como la distanasia o encarnizamiento terapéutico. En este artículo, se examinan los supuestos subyacentes de la muerte medicalizada y el modelo de autonomía individualista, contrastándolos con la necesidad de una autonomía relacional más acorde a contextos del Sur Global. Se identifican puntos ciegos en la bioética principialista tradicional, la cual suele ignorar dimensiones interseccionales de género, raza y clase que profundizan la vulnerabilidad al final de la vida. Asimismo, se destaca el papel de las instituciones sanitarias en la expropiación de la autonomía de los pacientes mediante protocolos despersonalizados. Resulta necesario integrar la literatura y la filosofía en el análisis bioético para recuperar la subjetividad y la verdad del paciente. La transición hacia la ortotanasia y el reconocimiento de la justicia epistémica de quienes padecen la enfermedad son pasos fundamentales para humanizar el morir y garantizar un entorno que preserve la integridad moral hasta el último instante.

Palabras clave: Tanatología; Bioética; Justicia; Epistemología.

Abstract

Contemporary thanatology faces the challenge of moving beyond viewing death as a medical failure in order to understand it as a comprehensive human process. The predominance of a biological and technological model has shifted attention away from patient well-being towards the mere prolongation of vital signs, giving rise to phenomena such as dysthanasia or therapeutic obstinacy. This article examines the underlying assumptions of medicalised death and the model of individualistic autonomy, contrasting them with the need for relational autonomy, which is more consistent with Global South contexts. It identifies blind spots in traditional principlist bioethics, which often overlooks intersectional dimensions of gender, race, and class that deepen vulnerability at the end of life. It also highlights the role of health institutions in the expropriation of patients' autonomy through depersonalised protocols. It is necessary to integrate literature and philosophy into bioethical analysis in order to recover the patient's subjectivity and truth. The transition towards orthothanasia and the recognition of the epistemic justice of those who suffer illness are fundamental steps towards humanising dying and guaranteeing an environment that preserves moral integrity until the very last moment.

Keywords: Thanatology; Bioethics; Justice; Epistemology.

Introducción

La tanatología contemporánea ha evolucionado más allá de su enfoque psicológico original para constituirse como un campo de intersección ética fundamental en el ámbito sanitario. Esta disciplina, ahora entendida como tanatología bioética, se dedica al análisis crítico de los valores, derechos y deberes que emergen durante el proceso del final de la vida, actuando como mediadora entre el progreso tecnológico y la dignidad humana. Su labor trasciende el estudio del mero fenómeno biológico de la muerte para cuestionar las estructuras de poder y los supuestos ontológicos que subyacen a la práctica clínica contemporánea.

La urgencia de esta reflexión surge de tres crisis fundamentales que aquejan a la medicina moderna: la medicalización del morir, que ha instaurado un paradigma donde la muerte es percibida como un fracaso médico en lugar de un proceso natural; la deshumanización institucional, que ha transformado un acto biográfico y ritual en un procedimiento técnico despersonalizado; y la preocupante brecha de justicia en el Sur Global, donde los modelos bioéticos predominantes, basados en una autonomía individualista de corte anglosajón, resultan insuficientes para contextos marcados por la vulnerabilidad social y estructuras familiares relacionales. Ante este panorama, el presente trabajo se propone realizar una revisión crítica de las limitaciones de la bioética principialista y abogar por una integración de perspectivas filosóficas y literarias que permita, mediante el reconocimiento del testimonio del paciente, garantizar un acompañamiento que preserve su integridad moral hasta el último instante.

Supuestos subyacentes

La bioética contemporánea ha sumido la tarea de desmontar los supuestos que estructuran la experiencia de la muerte en el ámbito sanitario. Uno de los más arraigados es el paradigma que equipara la muerte con un fracaso médico. La formación tradicional, al inculcar la preservación de la vida biológica como fin último, convierte la mortalidad en un enemigo que debe ser combatido, desplazando así la atención del bienestar del paciente hacia la mera prolongación de constantes vitales. Obras como la de Gawande, reseñada por Honrubia (2017), cuestionan este axioma al recordar que la medicina a menudo ignora la mortalidad como una realidad natural. En esta misma línea, González (2025) plantea la muerte no como un tema incómodo, sino como un proceso humano integral, mientras que Rodríguez (2009) rescata la importancia de los valores ontológicos y la dignidad intrínseca sobre la mera funcionalidad técnica.

Junto con este paradigma, se ha idealizado la noción de una muerte natural apacible, contrapuesta a la muerte medicalizada. La bioética revela que dicha construcción romántica desconoce el sufrimiento y la falta de paliativos en épocas pasadas, al tiempo que reconoce que la medicalización, aunque problemática, ha permitido aliviar el dolor, un bien moral que no debe despreciarse.

Otro supuesto central sometido a revisión es el modelo de autonomía entendida como decisión racional y solitaria. Los enfoques bioéticos predominantes, especialmente los de raigambre anglosajona, han colocado la autonomía individual como pilar incuestionable. Sin embargo, revisiones sistemáticas recientes muestran que, en contextos del Sur Global, la toma de decisiones está mediada por relaciones familiares, normas religiosas y estructuras comunitarias, lo que obliga a pensar en formas de autonomía relacional más acordes con la experiencia real de los pacientes en el horizonte de finitud (Akhtar et al., 2024). Asimismo, el concepto de mejores intereses se revela insuficientemente desarrollado, orientado sobre todo a evitar daños, pero sin establecer qué constituye una vida valiosa o una muerte buena (Birchley, 2021).

Esta noción de autonomía relacional se fortalece al articularse con los principios

personalistas de Libertad-Responsabilidad y de Socialidad-Subsidiaridad, según los cuales la libertad del paciente no se ejerce de manera aislada, sino en el marco de vínculos comunitarios que la sostienen y la hacen responsable ante los demás. Morir, en este sentido, no constituye únicamente un acto individual, sino un acontecimiento eminentemente comunitario y relacional, en el que la familia y el entorno social participan legítimamente en el proceso de decisión (Akhtar et al., 2024).

Finalmente, se ha supuesto que el lenguaje describe de manera neutral la realidad moral. Clapp et al. (2024) demuestran que la forma de hablar de decisión, consentimiento o tratamiento configura las opciones imaginables y legitima ciertas trayectorias al final de la vida. Las metáforas de control, liberación o carga no solo representan, sino que modelan la vivencia de morir. Para abordar estas complejidades, resulta indispensable ampliar el marco bioético más allá de las ciencias de la salud. Rivas-Sucari et al. (2024) proponen que la literatura y la filosofía son esenciales para comprender la verdad del sujeto e integrar así una perspectiva humanística que trascienda el análisis técnico.

Contextos históricos y sociales

La muerte constituye un fenómeno histórico y social, no un mero evento biológico. Su experiencia se ha transformado con la modernidad: de ser un acontecimiento público y ritualizado en el hogar, pasó a ser un proceso técnico gestionado en el hospital. Rodríguez (2009) contextualiza este cambio al señalar que la bioética surge en la posguerra como respuesta a la medicalización de la vida y a una sociedad individualista y secularizada. González (2025) enmarca la tanatología como la disciplina que responde a la necesidad histórica de humanizar estos procesos en sociedades tecnificadas.

El contexto social actual se caracteriza por la negación de la muerte. En una cultura orientada a la producción y al consumo, el morir se convierte en un tabú y en un fracaso. Honrubia (2017) analiza cómo la estructura social moderna —el paso de la familia extendida a la nuclear y el auge de las residencias— ha alterado el cuidado de los ancianos, desplazando la muerte del ámbito familiar al institucional. Este contexto de negación lleva a que las personas eviten planificar su final y que los profesionales sanitarios vivan el fallecimiento como una derrota.

Además, el contexto histórico reciente nos sitúa ante la muerte prolongada. Los avances tecnológicos permiten prolongar la vida biológica más allá de los límites naturales, lo que plantea dilemas éticos inéditos sobre la obstinación terapéutica. La bioética ha debido desarrollar conceptos como el encarnizamiento médico para abordar esta nueva realidad.

El giro interseccional en bioética subraya cómo el género, la raza, la clase y la colonialidad se entrecruzan en la producción de vulnerabilidad al final de la vida. Brünig et al. (2024) muestran que, en cuidados paliativos, las barreras de acceso afectan de manera diferencial a los sujetos racializados y los pueblos indígenas. Mithani et al. (2020) insisten en incorporar los pasados coloniales y las violencias estructurales como trasfondo ético de la enfermedad, cuestionando narrativas que reducen la tanatología a una psicología individual del duelo.

Esta perspectiva exige pasar de una bioética centrada en conflictos abstractos a una praxis crítica orientada a la justicia social en salud. Rivas-Sucari et al. (2024) utilizan la literatura de autores como García Márquez para entender la construcción social y cultural de la muerte en Latinoamérica, y revelan cómo las narrativas literarias incorporan los traumas intergeneracionales y las desigualdades estructurales que la bioética clínica tradicional a menudo invisibiliza.

Relaciones de poder

El proceso de morir constituye un escenario donde confluyen múltiples relaciones de poder que determinan la experiencia del final de la vida. La más evidente se manifiesta en la relación clínica, donde el poder ha residido en el profesional sanitario. Este desequilibrio, acentuado por la vulnerabilidad del paciente terminal, permite al médico decidir qué tratamientos ofrecer, qué información proporcionar y cuándo cesar los esfuerzos terapéuticos. Honrubia (2017) analiza cómo las instituciones y la tecnología han arrebatado la autonomía a los ancianos, delegando las decisiones sobre su muerte en sistemas médicos despersonalizados.

Las instituciones sanitarias ejercen un poder estructural mediante protocolos, rutinas y prioridades organizativas, como la gestión de camas o la eficiencia de recursos. Un paciente puede desear morir en casa, pero la falta de soporte domiciliario o el difícil acceso a cuidados paliativos lo empujan hacia una muerte institucionalizada. González (2025) destaca la necesidad de rescatar la dignidad humana frente a estas estructuras hospitalarias que marginan la voluntad del enfermo terminal. El ámbito familiar también ejerce presión, a veces desde el amor, a veces desde la culpa, para que se prolonguen tratamientos percibidos como “no abandono”.

La bioética contemporánea reconoce su propia inserción en estructuras de poder más amplias. Mithani et al. (2020) sostienen que, si la disciplina no atiende a las jerarquías raciales y a los discursos hegemónicos, termina reforzando narrativas que invisibilizan el sufrimiento de grupos marginados y legitiman desigualdades en salud. Stramondo (2023) argumenta que el campo excluye a personas con discapacidad, devaluando su experiencia y consolidando una asimetría epistémica: quienes más sufren los efectos de las políticas sobre la atención paliativa y el morir digno tienen menos voz en su diseño y evaluación.

Esta dimensión de poder obliga a preguntar quién narra la muerte, qué muertes aparecen como dignas y cuáles quedan en los márgenes. Nelson et al. (2022) muestran que el testimonio de quienes viven la enfermedad terminal aporta conocimientos morales específicos, pero enfrenta sospechas de parcialidad y sesgos. Rodríguez (2009) propone superar el enfoque principialista y atender al contexto sociocultural latinoamericano, donde el poder económico dicta quién accede a una salud y muerte dignas. Rivas-Sucari et al. (2024) complementan esta visión al integrar perspectivas filosóficas y literarias que recuperan la verdad del sujeto, subrayando que la bioética no puede limitarse a las ciencias de la salud si aspira a comprender la experiencia humana del morir.

Implicaciones y consecuencias

Las decisiones bioéticas en torno a la muerte generan consecuencias profundas que trascienden el ámbito clínico. La aplicación de principios como la autonomía o la justicia determina la calidad del morir: Honrubia (2017) evalúa cómo el hacer demasiado conduce a una muerte solitaria y medicalizada en la unidad de cuidados intensivos (UCI), en lugar de una transición pacífica acompañada por seres queridos. Cuando la respuesta institucional prioriza la gestión técnica del final de la vida, se produce sufrimiento evitable, pérdida de dignidad y trauma para los familiares.

Estas decisiones también afectan la distribución de recursos sanitarios. Los cuidados intensivos de alta tecnología consumen recursos extraordinarios; mantener a un paciente terminal con soporte vital puede privar de atención a otros con posibilidades de curación. Rodríguez (2009) analiza las implicaciones del imperativo de Hans Jonas: la humanidad debe actuar de forma que la vida auténtica sea sostenible para futuras generaciones, lo que exige evaluar las consecuencias económicas desde el principio de justicia distributiva. El debate sobre eutanasia y suicidio asistido ilustra las implicaciones legales y sociales. Borges et al. (2024) advierten que interpretar el deseo de morir como expresión pura de

autonomía o como síntoma a tratar tiene consecuencias en la organización de servicios y en la configuración simbólica de ciertas vidas como "menos dignas". Birchley (2021) señala que el énfasis en la autonomía negativa puede fortalecer una lógica neoliberal que prioriza la retirada de intervenciones sobre la construcción de condiciones sociales para un morir acompañado.

El lenguaje empleado tampoco es neutral. Clapp et al. (2024) muestran que presentar la muerte médicamente gestionada como solución "técnica" a problemas existenciales oscurece responsabilidades colectivas respecto de la pobreza, la soledad o la discriminación. Mithani et al. (2020) y Brünig et al. (2024) advierten que ignorar estos contextos reproduce injusticias y legitima políticas que, bajo la retórica de la elección, consolidan desigualdades estructurales.

González (2025) discute las consecuencias terapéuticas de una atención multidisciplinaria que aborda el dolor total —físico, emocional y espiritual— como alternativa a la deshumanización. Rivas-Sucari et al. (2024) advierten que una bioética científica, sin perspectiva humanística, profundiza las brechas de justicia social. La forma en que abordamos la muerte configura así la concepción social de la vejez y la enfermedad: si la respuesta dominante es la gestión técnica, se refuerza la visión de las personas mayores como problemas a resolver, con el consiguiente aislamiento.

Medicalización y deshumanización de la muerte

La medicina contemporánea enfrenta un desafío ético fundamental al transformar el morir en un evento estrictamente biológico y tecnológico. Esta tendencia hacia la medicalización desplaza la esencia humana del proceso, pues la formación académica suele centrarse en la reparación de órganos mientras omite el manejo de la mortalidad y el acompañamiento afectivo (González, 2025; Honrubia, 2017). Bajo este paradigma, surge un rechazo sistémico al ensañamiento terapéutico o distanasia, entendida como la prolongación inútil de la agonía mediante el uso desmedido de la técnica (Honrubia, 2017). En contraposición, la ortotanasia se posiciona como el modelo ideal, pues respeta el curso natural del ocaso vital y permite una transición acorde con la condición humana (González, 2025).

En este marco, la transición hacia la ortotanasia necesita el desarrollo de cuidados paliativos proporcionales que atiendan al sufrimiento de manera integral. Ello supone el control adecuado del dolor físico mediante una sedación paliativa éticamente lícita cuando esté clínicamente indicada y el sostenimiento psicológico y el acompañamiento espiritual y religioso del paciente, reconocido como un derecho de justicia elemental para quien atraviesa la dimensión trascendente del morir (González, 2025).

La validez ética de cualquier intervención clínica descansa en la primacía de la autonomía y la dignidad del paciente. El respeto a la dignidad constituye un valor intrínseco e incondicionado que establece límites claros al dominio técnico sobre el individuo (Rodríguez, 2009). Por tanto, resulta imperativo que el paciente mantenga la capacidad de dirigir su proceso de enfermedad frente a las imposiciones institucionales. Recuperar el control sobre la privacidad y los objetivos vitales devuelve al anciano y al enfermo terminal su papel como sujetos activos de su propia existencia (Honrubia, 2017; Rivas-Sucari et al., 2024).

Este enfoque exige una transición hacia una relación donde el profesional de la salud actúe como facilitador de la voluntad del sujeto. La literatura y la filosofía aportan aquí una perspectiva necesaria para comprender que la muerte no representa un fallo mecánico, sino la etapa final de una biografía que requiere protección y respeto (Rivas-Sucari et al., 2024). Así, la justicia en el contexto sanitario no solo implica el acceso a tratamientos, sino la garantía de un entorno que preserve la integridad moral y la libertad de decisión hasta el último instante (González, 2025; Rodríguez, 2009).

Se reconoce que este ideal de facilitación de la voluntad del sujeto enfrenta una tensión ineludible con la realidad asistencial. En las fases agónicas o terminales, el deterioro cognitivo del paciente (secundario a la propia enfermedad, a la sedación paliativa o al agotamiento extremo) restringe su capacidad de expresar o ratificar decisiones en el momento en que estas resultan más determinantes, lo que plantea un genuino reto ético sobre cómo proceder respecto de su voluntad. Este límite no invalida el ideal de una ortotanasia centrada en el sujeto, pero exige desplazar el eje de la autonomía desde el instante decisional aislado hacia un proceso anticipado y sostenido en el tiempo. La planificación anticipada de la atención y las voluntades expresadas tempranamente, cuando la capacidad cognitiva aún lo permite, se convierten así en el instrumento que preserva la libertad de decisión, siempre que el equipo de salud y el entorno familiar actúen como fieles depositarios de esa voluntad previamente manifestada (Birchley, 2021). Esto resulta coherente con el modelo de autonomía relacional descrito para el Sur Global, en el cual la familia y la comunidad no reemplazan al paciente, sino que sostienen y prolongan su voz cuando este ya no puede articularla por sí mismo (Akhtar et al., 2024). De este modo, el reto señalado por la pérdida de capacidad decisoria en la fase final se resuelve mediante el reconocimiento de que la autonomía al final de la vida constituye también una construcción relacional y temporal, cuya validez se extiende a través del testimonio y la memoria biográfica del sujeto (Nelson et al., 2022).

La función de la familia y de la comunidad en este proceso consiste en prolongar y custodiar esa voluntad, no reemplazarla por criterios propios. Cuando el paciente pierde capacidad decisoria y no existen directrices anticipadas claras, o cuando surgen incertidumbre o desacuerdos entre los familiares respecto de lo que este hubiera querido, corresponde recurrir de manera subsidiaria al criterio del mejor interés del paciente y, de persistir el desacuerdo, a instancias de deliberación como los comités de ética asistencial, antes que a la sola voluntad familiar o institucional. Kim et al. (2024) documentan que esta incertidumbre constituye una fuente considerable de carga emocional para los familiares que asumen la decisión, lo que refuerza la necesidad de acompañarlos con protocolos de toma de decisiones compartida en lugar de dejarlos librados a una resolución informal.

Sesgos y limitaciones

El abordaje bioético de la muerte enfrenta diversos sesgos y limitaciones que condicionan la comprensión y el acompañamiento del final de la vida. Hofmann (2023) sistematiza estos sesgos como cognitivos, afectivos y morales —como los de encuadre, teoría moral o decisión—, los cuales operan en debates sobre eutanasia, sedación paliativa o adecuación del esfuerzo terapéutico. En dichos debates, el privilegio de argumentos alineados con la posición previa del autor (myside bias) y el uso de “ficciones morales” para sostener posiciones establecidas frente a prácticas que las tensionan resultan frecuentes.

Un sesgo cognitivo relevante es el “sofisma de la caja negra”, por el cual los profesionales sanitarios equiparan el cese de funciones orgánicas con la ausencia total de experiencia subjetiva. Esta limitación empobrece el acompañamiento de pacientes en estados de mínima conciencia o en fase paliativa. Honrubia (2017) identifica además un sesgo de intervención que lleva a médicos y familiares a preferir tratamientos agresivos por temor o inseguridad, a pesar de que estas intervenciones reducen la calidad de vida.

El sesgo cultural constituye otra limitación significativa. La bioética de origen anglosajón, con su énfasis en la autonomía individual y la justicia procedimental, no siempre resulta aplicable a contextos donde la toma de decisiones es comunitaria o donde la jerarquía familiar determina el rumbo. Rodríguez (2009) señala las limitaciones del principialismo estadounidense al ser aplicado en contextos de pobreza, donde la autonomía individual resulta secundaria frente a la falta de recursos básicos. González (2025) expone además el sesgo educativo en las escuelas de medicina, donde la tanatología ha sido relegada al olvido o tratada tangencialmente en los currículos.

Otra limitación proviene del sesgo de medicalización: la bioética tiende a centrarse en las decisiones técnicas de los momentos finales, descuidando cómo las condiciones de vida previas —soledad, miedos existenciales, pobreza— determinan la calidad de la muerte. Borges et al. (2024) muestran, en su revisión sobre el deseo de adelantar la muerte, que la literatura empírica rara vez explicita sus principios éticos, limitándose a inferir nociones de autonomía o dignidad sin someterlas a análisis crítico.

Finalmente, Rivas-Sucari et al. (2024) critican la limitación de una bioética científica que ignora la dimensión emocional y subjetiva presente en la narrativa literaria. La integración de perspectivas filosóficas y literarias permitiría superar estos sesgos y recuperar la complejidad de la experiencia humana del morir.

Puntos ciegos

El análisis bioético de la muerte revela puntos ciegos que requieren alternativas conceptuales y metodológicas. Un primer punto ciego reside en la aplicación deductiva de la ética principialista, que a menudo reduce los dilemas a algoritmos y descuida la singularidad de cada persona. La alternativa implica recuperar la ética narrativa y de la virtud: no solo preguntar qué principio aplica, sino qué tipo de acompañamiento demanda la historia de esa vida que termina. Honrubia (2017) propone las "conversaciones difíciles" como herramienta para alinear el tratamiento médico con las metas personales del paciente.

El individualismo metodológico constituye otro punto ciego. La bioética tradicional analiza la díada médico-paciente de forma aislada, ignorando la red afectiva y comunitaria. Brünig et al. (2024) proponen la interseccionalidad como praxis crítica para visibilizar desigualdades y diseñar políticas sensibles a múltiples ejes de opresión. Parker (2024) sugiere modelos de cooperación adversarial que asumen el desacuerdo moral como recurso, integrando voces antagonistas en la deliberación sobre el final de la vida.

La centralidad en el momento agónico de la muerte —eutanasia, retirada de soporte— ha desplazado la atención del proceso continuo de morir. González (2025) presenta la perspectiva integradora y la ortotanasia como alternativas al encarnizamiento terapéutico. Roest et al. (2021) destacan el valor de los métodos narrativos para preservar la complejidad de las experiencias, atendiendo a metáforas, silencios y cambios de perspectiva en los relatos de pacientes y familias.

El sesgo tecnológico también requiere revisión. Rodríguez (2009) sugiere una bioética de la responsabilidad y la justicia social como alternativa al modelo liberal, incorporando el principio de Hans Jonas: actuar de modo que la vida humana auténtica sea sostenible para futuras generaciones. Hantel et al. (2024) y Jecker et al. (2024) amplían el foco hacia dimensiones ecológicas y sociales —cambio climático, guerra, encierro carcelario— que condicionan las trayectorias de morir.

Finalmente, Rivas-Sucari et al. (2024) identifican el punto ciego del cientificismo y proponen la literatura como medio para explorar la dimensión existencial que la medicina no puede medir. En el caso de Nelson et al. (2022) y Stramondo (2023), abogan por la justicia epistémica: reconocer la autoridad de quienes viven la enfermedad sin idealizarla ni descalificarla. Davies et al. (2015) e Ives et al. (2018) enfatizan la necesidad de explicitar supuestos éticos y epistemológicos en la investigación empírica sobre categorías como dignidad o sufrimiento intolerable. Como se resume en la Tabla 1, las carencias del principialismo —autonomía individual abstracta, método deductivo, universalismo descontextualizado— encuentran contrapartida en enfoques como la ética narrativa, la interseccionalidad y la valoración del testimonio del paciente.

Esta apuesta por la justicia epistémica implica escuchar con empatía la experiencia subjetiva del dolor y del sufrimiento del paciente, sin que ello suponga relativizar el

juicio ético sobre las acciones médicas. El rechazo de la eutanasia y de la distanasia debe permanecer anclado en la verdad objetiva del bien integral de la persona, de modo que la validación del testimonio del paciente y la fundamentación ética de las decisiones clínicas constituyen planos complementarios, no intercambiables (Nelson et al., 2022; Stramondo, 2023).

Tabla 1

Limitaciones del principialismo tradicional frente a las alternativas propuestas

Dimensión	Enfoque principialista tradicional	Alternativas
Autonomía	Individual, racional, descontextualizada	Autonomía relacional
Justicia	Distributiva	Justicia epistémica + interseccionalidad
Método	Deductivo	Ética narrativa, deliberativa y de la virtud
Sujeto de análisis	Díada médico-paciente	Red afectiva, familiar y comunitaria
Lenguaje	Neutral	Performativo, configurador de realidades
Contexto	Abstracto, liberal-anglosajón	Sur Global, colonialidad, vulnerabilidad estructural

Nota. Comparación entre los principales límites del enfoque principialista tradicional —centrado en la autonomía individual, la universalidad abstracta y el método deductivo— y las alternativas propuestas desde la bioética social, la autonomía relacional y la justicia epistémica, tal como se desarrollan en el manuscrito. La tabla sintetiza la transición hacia un marco más contextual, narrativo y atento a las asimetrías de poder.

Hacia una tanatología interseccional en el Sur Global

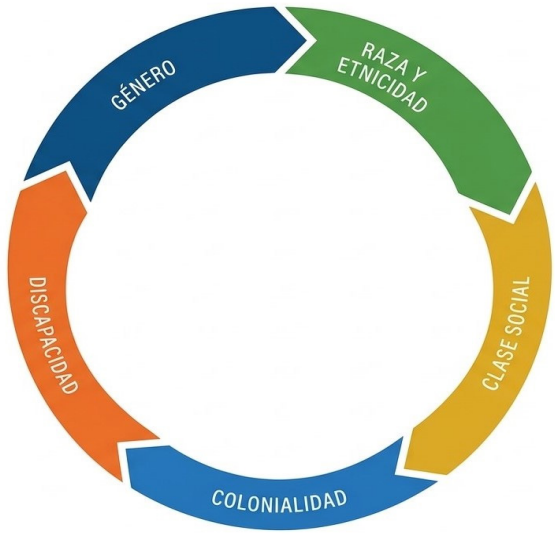
La comprensión de la muerte no puede reducirse a un evento biológico aislado, sino que debe analizarse como un fenómeno profundamente atravesado por estructuras históricas y sociales. En este sentido, el giro interseccional en la bioética contemporánea resulta indispensable para visibilizar cómo categorías como el género, la raza, la clase y la colonialidad se entrecruzan, produciendo formas específicas de vulnerabilidad al final de la vida.

Mientras que la bioética principialista tradicional suele operar bajo un modelo de autonomía individualista y abstracta —predominante en contextos anglosajones—, la realidad en el Sur Global revela que estas categorías dictan quién accede a una muerte digna y quién es silenciado por el sistema. Por ejemplo, las barreras de acceso a cuidados paliativos no afectan a todos por igual; los sujetos racializados y los pueblos indígenas enfrentan obstáculos sistémicos que las narrativas de elección individual suelen ignorar.

Si bien estas injusticias sociales agravan la desatención y la vulnerabilidad de quienes enfrentan la etapa terminal, la dignidad de la persona humana constituye un absoluto ontológico inalterable, anclado en la unidad sustancial de cuerpo y espíritu que define a todo ser humano, independientemente de constructos históricos o identitarios como el género, la raza o la clase social (Rodríguez, 2009). Esta precisión permite articular el principio personalista de defensa de la vida física con la denuncia de las desigualdades estructurales: la exigencia de justicia social la protege frente a condiciones que la oscurecen o la desconocen.

Figura 1

Ejes de vulnerabilidad interseccional al final de la vida



Nota. Se representa la convergencia de factores sociales que condicionan la experiencia del morir. La intersección de estos ejes genera una vulnerabilidad estructural que desafía el modelo de autonomía individualista, exigiendo una transición hacia la justicia epistémica y la autonomía relacional en el ámbito clínico.

Convergencia entre la bioética social y el modelo personalista ontológico

Se requiere ampliar la crítica al principialismo tradicional confrontándolo con el enfoque de la bioética social y con el modelo personalista ontológico, para el cual la persona humana constituye una totalidad unificada de cuerpo y espíritu cuyo valor no depende de circunstancias históricas, sociales o funcionales. Aunque estas dos corrientes parten de presupuestos distintos —la primera enfatiza las condiciones estructurales que producen vulnerabilidad, mientras la segunda subraya el valor ontológico inalterable de la persona—, ambas convergen en el rechazo decidido de la distanasia como forma de violencia sobre el proceso natural de morir, así como en la crítica a una autonomía radical que reduce la decisión del paciente a un acto aislado y descontextualizado (Rodríguez, 2009; Akhtar et al., 2024). Esta coincidencia refuerza la propuesta de una ortotanasia respetuosa de la dignidad intrínseca del sujeto, entendida como un valor ontológico último e irrenunciable de cualquier acompañamiento humano al final de la vida (González, 2025; Rodríguez, 2009).

La referencia social no debe interpretarse como una formulación contradictoria con lo desarrollado a lo largo del manuscrito. La dignidad de la persona, como se ha sostenido, constituye un absoluto ontológico inalterable que no depende de circunstancias históricas, sociales o identitarias; lo que la bioética social aporta es la denuncia de las condiciones estructurales que impiden su pleno reconocimiento práctico. En esta línea, Frantz et al. (2025) advierten que, cuando la dignidad se disocia de un fundamento ontológico estable, queda expuesta a interpretarse como una atribución contingente (ligada a la autonomía, la capacidad cognitiva o el reconocimiento social), lo cual la vuelve vulnerable a la reducción tecnocrática y al relativismo moral en los contextos de mayor vulnerabilidad, como el final de la vida.

Conclusiones

La desarticulación del paradigma de la muerte como fracaso médico exige una transición ética hacia la ortotanasia, donde la dignidad no sea un concepto abstracto, sino una praxis que garantice el respeto a la biografía del sujeto. La autonomía no puede entenderse como una decisión racional y solitaria, sino que debe integrarse en un modelo relacional y comunitario, especialmente necesario en los contextos del Sur Global. Al reconocer los sesgos cognitivos e institucionales que fomentan el encarnizamiento terapéutico, la bioética se posiciona como un marco regulador y una herramienta de humanización que rescata la verdad del paciente frente a la gestión técnica de la mortalidad.

Hacia el futuro, la investigación tanatológica debe profundizar en modelos de justicia epistémica que otorguen autoridad moral al testimonio de las poblaciones marginadas y con discapacidad. Resulta necesario desarrollar líneas de estudio que evalúen el impacto de la literatura y las narrativas en la formación de profesionales de la salud, permitiendo superar el cientificismo ciego ante el sufrimiento existencial. De esta forma, la integración de dimensiones ecológicas y sociales en el debate sobre el final de la vida permitirá construir una bioética de la responsabilidad capaz de garantizar trayectorias de morir dignas y sostenibles para las próximas generaciones.

Referencias

Akhtar, M., Bhatti, M. & Fredericks, S. (2024). What factors influence patient autonomy in healthcare decision-making? A systematic review of studies from the Global South. *Nursing Ethics, 32*, 875-891. https://doi.org/10.1177/09697330241272794

Birchley, G. (2021). The theorisation of 'best interests' in bioethical accounts of decision-making. *BMC Medical Ethics, 22*. https://doi.org/10.1186/s12910-021-00636-0

Borges, P., Hernández-Marrero, P. & Pereira, S. (2024). A bioethical perspective on the meanings behind a wish to hasten death: A meta-ethnographic review. *BMC Medical Ethics, 25*(23). https://doi.org/10.1186/s12910-024-01018-y

Brünig, L., Kahrass, H. & Salloch, S. (2024). The concept of intersectionality in bioethics: a systematic review. *BMC Medical Ethics, 25*(64). https://doi.org/10.1186/s12910-024-01057-5

Clapp, J., Kruser, J., Schwarze, M. & Hadler, R. (2024). Language in Bioethics: Beyond the Representational View. *The American Journal of Bioethics, 25*(4), 41-53. https://doi.org/10.1080/15265161.2024.2337394

Davies, R., Ives, J. & Dunn, M. (2015). A systematic review of empirical bioethics methodologies. *BMC Medical Ethics, 16*(15). https://doi.org/10.1186/s12910-015-0010-3

Frantz, P., Rego, F. & Barbas, S. (2025). Reclaiming human dignity: a critical review of contemporary theories in light of ontological foundations. *Medicine, Health Care and Philosophy, 28*, 791–797. https://doi.org/10.1007/s11019-025-10290-7

González, M. C. (2025). Tanatología: una mirada integrativa. *Comunidad y Salud, 23*(1). https://servicio.bc.uc.edu.ve/fcs/cysv23n1/art15.pdf

Hantel, A., Marron, J. & Abel, G. (2024). Establishing and Defining an Approach to Climate Conscious Clinical Medical Ethics. *The American Journal of Bioethics, 25*(7), 8-21. https://doi.org/10.1080/15265161.2024.2337418

Hofmann, B. (2023). Biases in bioethics: A narrative review. *BMC Medical Ethics, 24*(17). https://doi.org/10.1186/s12910-023-00894-0

Honrubia, T. (2017). "Ser Mortal. La medicina y lo que importa al final", Atul Gawande. Traducción de Alejandro Pradera. Ed. Galaxia Gutenberg, 1015, 280 Páginas. *Revista de Bioética y Derecho, (39)*, 199-203. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872017000100012&lng=es&tlng=es

Ives, J., Dunn, M., Molewijk, B., Schildmann, J., Bærøe, K., Frith, L., Huxtable, R., Landeweer, E., Mertz, M., Provoost, V., Rid, A., Salloch, S., Sheehan, M., Strech, D., De Vries, M. & Widdershoven, G. (2018). Standards of practice in empirical bioethics research: towards a consensus. *BMC Medical Ethics, 19*(68). https://doi.org/10.1186/s12910-018-0304-3

Jecker, N., Atuire, C., Ravitsky, V., Behrens, K. & Ghaly, M. (2024). War, Bioethics, and Public Health. *The American Journal of Bioethics, 25*(5), 106-120. https://doi.org/10.1080/15265161.2024.2377118

Kim, H., Cho, J., Shin, S. & Kim, S. S. (2024). Uncertainty in surrogate decision-making about end-of-life care for people with dementia: An integrative review. *Journal of Advanced Nursing, 80*(8), 3103–3118. https://doi.org/10.1111/jan.16038

Mithani, Z., Cooper, J. & Boyd, J. (2020). Race, Power, and COVID-19: A Call for Advocacy within Bioethics. *The American Journal of Bioethics, 21*(2), 11-18. https://doi.org/10.1080/15265161.2020.1851810

Nelson, R., Moore, B., Lynch, H., Waggoner, M. & Blumenthal-Barby, J. (2022). Bioethics and the Moral Authority of Experience. *The American Journal of Bioethics, 23*(1), 12-24. https://doi.org/10.1080/15265161.2022.2127968

Parker, M. (2024). Bioethics and the value of disagreement. *Journal of Medical Ethics, 52*. https://doi.org/10.1136/jme-2024-110174

Rivas-Sucari, H. C., Manrique-Rabelo, C. M., Rivas-Sucari, S. A. & Flores-Núñez, A. M. (2024). La bioética con una perspectiva filosófica y literaria: una mirada desde Latinoamérica. *Gaceta Médica de México, 160*(1). https://doi.org/10.24875/gmm.25000086

Rodríguez, E. (2009). Temas para una bioética latinoamericana. *Acta Bioethica, 15*(1), 87-93. https://doi.org/10.4067/S1726-569X2009000100011

Roest, B., Milota, M. & Leget, C. (2021). Developing new ways to listen: the value of narrative approaches in empirical (bio)ethics. *BMC Medical Ethics, 22*(124). https://doi.org/10.1186/s12910-021-00691-7

Stramondo, J. (2023). Bioethics and the Power Asymmetry Contextualizing Experience. *The American Journal of Bioethics, 23*(1), 1-3. https://doi.org/10.1080/15265161.2023.2148982

Cómo citar este trabajo

Marin-Ortega, C. G. (2026). Visión de la tanatología desde la bioética social y la justicia epistémica. *Apuntes De Bioética, 9*(2), AdB1458. https://doi.org/10.35383/apuntes.v9i2.1458

Contribución de autoría (CRediT)

Cristihian Gabriel Marín-Ortega: Conceptualización, Curación de datos, Análisis formal, Adquisición de fondos, Investigación, Metodología, Administración de proyecto, Recursos, Software, Supervisión, Validación, Visualización, Escritura – borrador original, Redacción: revisión y edición.

Financiación

El presente artículo no cuenta con financiación específica de agencias de financiamiento en los sectores público o privado para su desarrollo y/o publicación.

Conflicto de interés

El autor declara que no tiene ningún conflicto de intereses financieros ni relaciones personales que pudieran haber influido en el trabajo presentado en este artículo.