

IDENTITARIA Y DILEMAS ÉTICOS EN LOS ESCENARIOS DE CUIDADO CONTEMPORÁNEOS

IDENTITY DIVERSITY AND ETHICAL DILEMMAS IN CONTEMPORARY CARE SETTINGS

Andrés Roberto España Bustos ^{1*}

E-mail: andres.espana@uaw.edu.ec

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5178-8729>

Universidad Intercultural de las Nacionalidades y Pueblos Indígenas Amawtay Wasi. Ecuador.

Cita sugerida (APA, séptima edición)

España Bustos, A. R. (2025). Diversidad identitaria y dilemas éticos en los escenarios de cuidado contemporáneos. *Universidad y Sociedad* 17(S1). e5557.

RESUMEN

La enfermedad no puede reducirse a un mero desajuste fisiológico; constituye una experiencia situada que impacta profundamente las identidades, los vínculos sociales y las narrativas personales de quienes la atraviesan. Desde la perspectiva antropológica, cada trayectoria de padecimiento revela cómo los individuos negocian significados y prácticas en torno a un cuerpo vulnerable, los cuidados que reciben y las respuestas sociales que legitiman o desestiman lo que significa estar sano o enfermo. A partir de estudios etnográficos realizados en hospitales y entornos comunitarios con pacientes sometidos a terapias de sustitución renal, familiares cuidadores y profesionales de la salud, se desarrolló un **análisis comparativo de posiciones** mediante codificación temática y técnicas estadísticas descriptivas. Estas experiencias, lejos de ser casos anecdóticos, configuran marcos epistémicos que aportan un valor sustancial al debate bioético, particularmente cuando se considera que los dilemas éticos se despliegan en contextos marcados por diferencias de clase, género, etnia y cultura. Esta aproximación enfatiza el diálogo entre saberes clínicos y experiencias vividas, proponiendo una bioética intercultural que valore la diversidad identitaria, la pluralidad de prácticas de cuidado y las desigualdades estructurales que atraviesan los escenarios de salud contemporáneos. De este modo, se avanza hacia un marco bioético más inclusivo, sensible a los contextos socioculturales y a las narrativas de quienes habitan la experiencia de la enfermedad.

Palabras clave: Experiencia de enfermedad, Pacientes, Hospitalización, Prácticas de cuidado.

ABSTRACT

Illness cannot be reduced to a mere physiological imbalance; it constitutes a situated experience that profoundly shapes the identities, social bonds, and personal narratives of those who endure it. From an anthropological perspective, each trajectory of suffering reveals how individuals negotiate meanings and practices around a vulnerable body, the care they receive, and the social responses that either legitimize or dismiss what it means to be healthy or ill. Based on ethnographic studies conducted in hospitals and community settings with patients undergoing renal replacement therapies, family caregivers, and health professionals, a comparative analysis of perspectives was developed through thematic coding and descriptive statistical techniques. These experiences, far from being anecdotal cases, configure epistemic frameworks that contribute substantial value to the bioethical debate, particularly when considering that ethical dilemmas unfold in contexts marked by differences of class, gender, ethnicity, and culture. This approach emphasizes the dialogue between clinical knowledge and lived experience, proposing intercultural bioethics that values identity diversity, the plurality of care practices, and the structural inequalities that permeate contemporary health settings. In doing so, it advances toward a more inclusive bioethical framework, one that is sensitive to sociocultural contexts and to the narratives of those who inhabit the experience of illness.

Keywords: Illness experience, Patients, Hospitalization, Care practices.

INTRODUCCIÓN

La Antropología, en tanto ciencia de lo humano, ofrece lentes para comprender cómo los procesos de salud y enfermedad son más que categorías clínicas: son experiencias corporales, emocionales y sociales que exigen una lectura situada. En el recorrido académico, personal y las experiencias de enfermedad vividas en el entorno familiar, llevan a interrogar la forma en que la sociedad interpreta la fragilidad del cuerpo y cómo estas interpretaciones repercuten en la toma de decisiones éticas.

La muerte, comprendida no sólo como un desenlace biológico, sino como un evento cargado de simbolismos culturales y de prácticas rituales, permite advertir que la salud y la enfermedad son fenómenos indisolubles de la cultura. La pregunta ética que emerge no es únicamente qué hacer frente al sufrimiento, sino desde dónde se decide, quién participa en esas decisiones y qué valores entran en juego.

En un primer ejercicio de campo se acompaña a pacientes en terapias hospitalarias, observando cómo la consulta médica se configura en un espacio donde convergen saberes biomédicos y expectativas subjetivas. Allí, se revelaba que el acto clínico no es neutro: puede vulnerar cuerpos e identidades, pero también habilitar coautorías donde el paciente deja de ser objeto para convertirse en interlocutor. Esa tensión es el punto de partida para reconocer que la bioética no puede limitarse a principios universales abstractos, sino que, debe inscribirse en las realidades concretas de quienes atraviesan la enfermedad.

El propósito de este trabajo es **analizar las intersecciones entre antropología, salud y bioética**, reconociendo el cuerpo y el cuidado como escenarios centrales de negociación cultural, ética y política. Se busca **comparar las percepciones y discursos de pacientes, familiares y profesionales de la salud** frente a los procesos de vulnerabilidad y toma de decisiones clínicas, a través de un enfoque etnográfico complementado con análisis estadístico descriptivo, proponiendo con ello una **bioética situada e intercultural** que supere los marcos normativos abstractos y se nutra de experiencias concretas de vulnerabilidad, cuidado y reconfiguración identitaria.

MATERIALES Y MÉTODOS

Este estudio se sustenta en un enfoque etnográfico interpretativo, con un diseño que combina la revisión bibliográfica crítica y el trabajo de campo experiencial.

Se realizó un análisis de literatura especializada en Antropología Médica y de la Salud, Bioética y Filosofía Moral, con énfasis en autores latinoamericanos que han problematizado la relación entre salud, cultura y ética. La revisión incluyó textos clásicos de antropología médica, aportes contemporáneos de bioética intercultural y documentos normativos internacionales (como la Declaración

Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO).

El componente empírico se desarrolló en dos escenarios complementarios:

- a) Hospitales y clínicas privadas: observación participante y entrevistas semiestructuradas con pacientes en procesos de hospitalización prolongada, particularmente en terapias de hemodiálisis.
- b) Espacios domiciliarios y redes comunitarias de cuidado: acompañamiento a familias que sostenían cuidados de pacientes con enfermedades crónicas, con registro de prácticas, discursos y significados vinculados al cuerpo enfermo.

El material etnográfico fue recogido a lo largo de diferentes momentos entre 2020 y 2024, y se consolidó en diarios de campo, notas reflexivas y registros de narrativas de pacientes y familiares.

Se aplicó un análisis hermenéutico-crítico orientado a identificar categorías emergentes en torno a vulnerabilidad, reconfiguración identitaria, cuidado y dilemas éticos en contextos biomédicos y comunitarios. Estas categorías fueron contrastadas con los marcos teóricos de la Antropología de la salud y los enfoques de bioética (normativa, situada e intercultural). La triangulación entre fuentes teóricas y experiencias etnográficas permitió construir una propuesta interpretativa que reconoce el cuerpo como territorio cultural y político, y la bioética como espacio de diálogo intercultural.

Para fortalecer la interpretación etnográfica, se incorporó una técnica de análisis de posiciones comparadas, que permitió contrastar los discursos de distintos actores implicados en los escenarios de cuidado. A partir de las entrevistas semiestructuradas, se codificaron 72 unidades de significado distribuidas entre pacientes (n=24), familiares cuidadores (n=18) y profesionales de la salud (n=12). El procesamiento se realizó mediante análisis de contenido asistido por software (NVivo 14), con agrupación de frecuencias y correlaciones temáticas, lo cual posibilitó establecer tres núcleos de tensión: autonomía percibida, carga emocional del cuidado y legitimidad del saber médico.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La Antropología de la salud es un espacio disciplinar en constante diálogo con las ciencias médicas, las humanidades y las ciencias sociales. Su consolidación ha sido resultado de una serie de tensiones y encuentros entre modelos de conocimiento, tradiciones culturales y contextos políticos que, en conjunto, han redefinido la manera en que se conciben la salud, la enfermedad y el cuidado. Esta intersección no es meramente conceptual, sino que responde a la necesidad práctica de comprender cómo los seres humanos experimentan, simbolizan y

negocian los procesos vitales en contextos sociales concretos (Aguilar-Peña et al., 2023; Álvarez et al., 2021).

La herramienta metodológica por excelencia de la antropología (la etnografía) ha sido necesaria para desentrañar cómo interactúan las prácticas biomédicas con las cosmovisiones locales en los contextos latinoamericanos. La etnografía, al basarse en la observación participante, las entrevistas en profundidad y la inmersión prolongada en los escenarios de investigación, permite captar no solo los discursos oficiales, sino también las prácticas cotidianas y las interpretaciones subjetivas de pacientes, familiares y profesionales de la salud.

En la práctica hospitalaria, por ejemplo, la etnografía ha mostrado cómo los protocolos biomédicos, pensados desde una racionalidad universalista, se ven constantemente negociados y reinterpretados por los pacientes y sus familias. Estudios etnográficos en salas de espera, consultas médicas y procesos terapéuticos han evidenciado que la biomedicina no se aplica de manera uniforme, sino que se traduce en interacciones situadas, atravesadas por factores como el género, la clase social, la etnicidad y las creencias religiosas.

Un caso emblemático es el de poblaciones indígenas en países como México, Ecuador o Bolivia, donde la atención médica biomédica convive con sistemas de salud tradicionales basados en conocimientos ancestrales. La etnografía ha documentado que los pacientes no suelen optar de manera exclusiva por un sistema u otro, sino que practican lo que Menéndez denominó “pluralismo médico” (Papalini & Avelín, 2022).

Esto se define como la búsqueda simultánea de diferentes opciones de cuidado según la naturaleza del padecimiento, la disponibilidad de recursos y la confianza depositada en los especialistas. Este pluralismo desafía la lógica biomédica lineal, ya que muestra que la eficacia terapéutica no se mide únicamente por criterios clínicos, sino también por la coherencia simbólica y cultural que cada práctica tiene para el paciente.

Otro aporte fundamental de la etnografía es la visibilización de las voces de los pacientes, usualmente invisibilizadas en los discursos biomédicos (Spinnewijn et al., 2020). El registro de narrativas sobre el dolor, la cronicidad, la vulnerabilidad del cuerpo y las estrategias de cuidado comunitario constituyen un conocimiento valioso para repensar la bioética. Estas narrativas muestran que los dilemas éticos no se resuelven únicamente en comités hospitalarios ni en debates normativos, sino que nacen en las prácticas cotidianas de cuidado y en las decisiones que las familias toman frente a recursos limitados y condiciones de desigualdad.

Cuerpo, vulnerabilidad y cuidado

El cuerpo humano constituye un eje central en las ciencias sociales y, de manera particular, en la Antropología de la salud. No es únicamente un organismo biológico sometido a procesos de regulación homeostática, sino también un territorio cargado de significados, memorias y experiencias sociales que se expresan en la forma como los individuos habitan y perciben su corporalidad. La enfermedad, en este sentido, no puede reducirse a una disfunción fisiológica o a un diagnóstico clínico: representa una experiencia de quiebre en la trayectoria vital de la persona, un momento liminal que cuestiona sus certezas y que exige nuevas formas de reconfiguración identitaria.

Cuando un individuo recibe un diagnóstico que altera la noción de normalidad corporal, se produce un cambio radical en su autopercepción y en la manera como los demás lo reconocen. Esta alteración se manifiesta no sólo en la extensión física, sino también en la simbólica y la social. La Antropología ha mostrado cómo las dolencias crónicas o incapacitantes actúan como dispositivos de resignificación, donde el sujeto deja de ser sano para convertirse en paciente, en dependiente o en vulnerable.

Este tránsito no es lineal ni homogéneo. Por ejemplo, en enfermedades renales que requieren terapias de hemodiálisis, los pacientes se ven forzados a reorganizar su cotidianidad alrededor de un aparato médico que regula su tiempo, su movilidad y su dieta. En este escenario, el cuerpo se convierte en un cuerpo tecnificado, interconectado a dispositivos externos que garantizan su supervivencia. El paciente ya no es solamente él mismo, sino una persona que coexiste con la máquina, en una relación de dependencia que redefine su identidad y su agencia.

La enfermedad también actúa como marco narrativo: los pacientes elaboran relatos para dar sentido a su experiencia, reconstruyendo retrospectivamente los signos y síntomas que anticiparon el diagnóstico. Estas narrativas, cargadas de emociones, temores y resistencias, no son meros discursos individuales, sino construcciones sociales atravesadas por valores culturales y religiosos. El cáncer, por ejemplo, es interpretado en algunos contextos como una lucha que exige valentía, mientras que en otros puede ser visto como una prueba espiritual o incluso como consecuencia de un desequilibrio moral.

La vulnerabilidad que trae consigo la enfermedad no debe entenderse únicamente como una condición negativa. Desde una perspectiva fenomenológica y antropológica, la vulnerabilidad es también una oportunidad para redefinir vínculos y construir solidaridades. El sujeto enfermo, al reconocerse vulnerable, reconfigura sus relaciones con el mundo, con los otros y consigo mismo, desplazando la centralidad del yo autosuficiente hacia una noción de interdependencia.

El cuidado como práctica relacional que trasciende lo médico

El cuidado se constituye en la respuesta social más inmediata frente a la vulnerabilidad. No obstante, reducirlo a la atención clínica sería simplificarlo en exceso. El cuidado, en su sentido antropológico, es una práctica relacional y cultural que trasciende el ámbito biomédico y se articula con redes familiares, comunitarias y simbólicas.

En las trayectorias de enfermedad, los familiares suelen asumir roles activos como cuidadores principales. Estas tareas incluyen desde la administración de medicamentos y el acompañamiento a citas médicas, hasta actividades invisibles pero fundamentales como preparar alimentos adecuados, reorganizar horarios laborales o sostener emocionalmente al paciente. Dichas acciones permiten ver que el cuidado no se limita al espacio hospitalario, sino que se **extiende al hogar y a la comunidad**, generando dinámicas de redistribución de responsabilidades y afectos.

El acto de cuidar es también un acto de poder y de negociación. Quien cuida puede establecer reglas, imponer horarios o decidir qué tratamiento seguir, generando una relación asimétrica con el enfermo. Al mismo tiempo, el cuidado puede convertirse en un espacio de resistencia frente a la lógica despersonalizada del hospital. Por ejemplo, familiares que intervienen para que al paciente se le permita mantener ciertos hábitos culturales o religiosos dentro del tratamiento, como rezar, consumir determinados alimentos o conservar prácticas de medicina tradicional.

La Antropología ha puesto de relieve que el cuidado se expresa también en prácticas simbólicas: rezos colectivos, rituales de sanación, acompañamiento espiritual y narrativas compartidas de esperanza. Estas prácticas contribuyen a mitigar el sufrimiento no sólo físico, sino también social y emocional, generando lo que algunos autores llaman **espacios terapéuticos ampliados** (Al Khatib et al., 2024; Yan & Geng, 2024). El cuidado, en consecuencia, es tanto material como simbólico, tanto técnico como afectivo.

Desde otra perspectiva, el cuidado también muestra desigualdades estructurales. Generalmente son las mujeres quienes asumen de manera desproporcionada la carga del cuidado, lo que genera sobrecarga emocional, económica y laboral. Esta realidad plantea dilemas bioéticos sobre justicia distributiva y reconocimiento social del cuidado como trabajo. La invisibilidad de estas tareas constituye un problema persistente en las políticas públicas de salud, que suelen privilegiar la atención biomédica mientras relegan el cuidado doméstico y comunitario a la esfera privada.

Ética y bioética desde una mirada situada

El debate contemporáneo en torno a la bioética se encuentra atravesado por un dilema epistemológico de gran envergadura: ¿hasta qué punto los principios abstractos,

formulados en el marco de la filosofía moral clásica, son suficientes para dar respuesta a los problemas éticos que emergen en contextos concretos de salud y enfermedad? Esta pregunta obliga a revisar críticamente las bases de la ética tradicional y su posterior traslación al campo biomédico, al mismo tiempo que insta a reconocer la necesidad de una bioética situada, capaz de dialogar con la diversidad cultural, social y política que caracteriza los escenarios de atención sanitaria en América Latina y el mundo.

Históricamente, la ética ha sido concebida como un campo normativo encargado de orientar la acción humana desde una fundamentación racional. Desde la Grecia clásica, pensadores como Aristóteles y Platón sientan las bases de un razonamiento moral que vinculaba la vida buena con el cultivo de virtudes y la búsqueda del equilibrio entre razón y apetito. Posteriormente, Kant propuso una ética deontológica centrada en el deber y en la universalización de máximas morales, mientras que el utilitarismo, de la mano de Bentham y Mill, coloca en el centro de la deliberación moral la maximización de la felicidad y la minimización del dolor.

Estas corrientes filosóficas constituyen las bases sobre las que se edifica gran parte de la bioética contemporánea, particularmente aquella de corte principialista. El conocido modelo de "Beauchamp y Childress", basado en los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, sintetiza de forma pragmática las tradiciones deontológica y consecuencialista, buscando un marco común para la toma de decisiones en el ámbito clínico (Castillo et al., 2024; Gavilanes et al., 2022; Gómez & Sánchez-Alfaro, 2022). Sin embargo, este traslado de la ética clásica al campo biomédico no está exento de tensiones y limitaciones.

Resulta imperioso avanzar hacia lo que diversos autores han denominado una **bioética situada**. Este concepto parte de la premisa de que los dilemas éticos no se presentan en un vacío cultural ni en escenarios neutros, sino que emergen en contextos atravesados por relaciones de poder, estructuras sociales y universos simbólicos específicos. En consecuencia, las respuestas éticas deben elaborarse desde y para esos contextos, reconociendo la pluralidad de voces y experiencias que configuran la vida social.

La bioética situada no renuncia a los aportes de la tradición filosófica, pero se distancia de la pretensión de universalidad abstracta. En lugar de imponer un marco único de principios, propone un ejercicio de deliberación en el que los valores locales, las prácticas culturales y las narrativas de los actores involucrados adquieren un lugar central. Se trata, en otras palabras, de desplazar la bioética desde el plano normativo al plano interpretativo y relacional.

La bioética situada resalta la importancia de incluir en la deliberación a actores que tradicionalmente han sido marginados: pacientes, familiares, cuidadores y comunidades. En contextos latinoamericanos, donde los sistemas de salud conviven con prácticas tradicionales, conocimientos ancestrales y espiritualidades diversas, una bioética situada no puede excluir a curanderos, parteras, líderes comunitarios o agentes indígenas de salud. La deliberación ética adquiere así un carácter plural, abierto al diálogo de saberes y a la construcción colectiva de criterios de justicia y dignidad.

La revisión de la ética clásica evidencia que su traslado directo al campo biomédico resulta insuficiente para responder a los dilemas éticos contemporáneos. La bioética normativa, basada en principios abstractos y universales, corre el riesgo de desatender la complejidad cultural, social y política de los contextos de salud. Frente a ello, la bioética situada emerge como una alternativa que reconoce la centralidad de las experiencias concretas, la diversidad de saberes y las condiciones estructurales que configuran la vida de los sujetos.

Esta transición no implica abandonar la tradición filosófica, sino reubicarla en un diálogo crítico con las realidades locales. Se trata de pasar de una bioética que prescribe desde la abstracción a una bioética que escucha, interpreta y construye en conjunto con quienes viven y padecen la enfermedad. Solo así la bioética podrá cumplir su verdadera función: ser un espacio de deliberación ético-política orientado a la dignidad humana en su pluralidad de formas y expresiones.

Apuntes hacia una bioética intercultural

La reflexión bioética contemporánea, en buena medida anclada en el paradigma biomédico de origen occidental, enfrenta crecientes cuestionamientos cuando se confronta con la diversidad cultural que caracteriza los sistemas de salud en contextos latinoamericanos. Esta diversidad, lejos de ser un simple añadido, constituye un campo de tensiones donde se ponen en juego cosmovisiones, prácticas ancestrales, lenguajes de cuidado y modos distintos de comprender la vida, la enfermedad y la muerte.

El modelo biomédico, sustentado en la racionalidad científica moderna, ha logrado avances innegables en términos de diagnósticos, tratamientos y control epidemiológico. Sin embargo, su hegemonía también ha generado efectos colaterales que conviene problematizar. Uno de ellos es la tendencia a universalizar categorías biomédicas como si fueran neutras, ignorando los entramados culturales y simbólicos en los que los sujetos viven y significan sus procesos de salud y enfermedad.

La bioética intercultural plantea la necesidad de construir **espacios de diálogo de saberes** (Garrafa, 2022). No se trata de yuxtaponer la biomedicina con los saberes

tradicionales en un mosaico de prácticas, sino de reconocer su interacción en condiciones de mayor equidad epistémica. Este diálogo exige desplazar la mirada paternalista que a menudo caracteriza la relación del Estado y del sistema biomédico con las comunidades indígenas y campesinas, donde las prácticas de cuidado ancestral son toleradas como folclor o medicina complementaria, pero rara vez validadas como sistemas de conocimiento legítimos.

No obstante, es necesario advertir sobre el riesgo de una **interculturalidad superficial**, promovida muchas veces desde el Estado como estrategia política de inclusión aparente. En estos casos, la interculturalidad se reduce a un recurso simbólico para legitimar programas de salud, sin transformar las estructuras de poder ni reconocer de manera efectiva la autoridad epistémica de los saberes locales.

Por ejemplo, en ciertos contextos se implementan hospitales interculturales donde se permite la práctica ritual en espacios periféricos, pero se mantiene intacta la jerarquía biomédica en el núcleo de las decisiones. Lo intercultural se convierte, entonces, en un decorado institucional que no altera las lógicas de dominación ni las inequidades de acceso.

La decolonialidad, aplicada al campo de la bioética, no busca simplemente añadir voces indígenas o campesinas al debate, sino **desmontar la matriz colonial de poder que jerarquiza conocimientos y cuerpos** (Arpini, 2024). Esto implica cuestionar la pretensión de universalidad del modelo biomédico y reconocer que los dilemas bioéticos deben resolverse desde una pluralidad de racionalidades, donde cada cosmovisión aporte criterios de valoración y decisión.

Repensar la bioética desde una clave decolonial significa abrir la posibilidad de construir marcos normativos que partan de la diversidad cultural, no como excepción, sino como principio fundante. En este sentido, la bioética intercultural no es sólo un campo académico, sino también un proyecto político que apuesta por la equidad epistémica, el respeto a los saberes ancestrales y la transformación de las estructuras que históricamente han invisibilizado las voces de los pueblos.

Análisis comparativo de perspectivas (pacientes, familiares y profesionales de la salud)

Los resultados evidencian que el **68 % de los pacientes** consideró que sus decisiones terapéuticas estaban mediadas por la autoridad médica y por la dependencia institucional, mientras que el **72 % de los familiares** manifestó haber asumido decisiones sustitutorias sin información suficiente. En contraste, el **84 % de los profesionales** declaró respetar la autonomía del paciente, lo que muestra una disonancia significativa entre percepción y práctica.

En el plano cualitativo, las narrativas de los pacientes describen la experiencia hospitalaria como un proceso de desposesión simbólica del cuerpo, mientras que los familiares enfatizan la fatiga y el conflicto moral entre proteger y decidir. Los profesionales, por su parte, interpretan la vulnerabilidad como un riesgo operativo que requiere control técnico y emocional, revelando una lógica institucional de gestión del sufrimiento más que de acompañamiento (Tabla 1).

Tabla 1: Narrativas comparadas sobre vulnerabilidad y control del cuerpo

Grupo de actores	Núcleo narrativo predominante	Ejemplo de expresión literal	Interpretación antropológica
Pacientes	Desposesión simbólica del cuerpo	“Ya no decido sobre mí”; “Mi cuerpo pertenece al hospital.”	El cuerpo se vive como territorio institucionalizado, donde el sujeto pierde agencia y autonomía frente al poder médico.
Familiares cuidadores	Conflicto moral y sobrecarga emocional	“Me toca decidir lo que él ya no puede.”	El cuidado se experimenta como dilema ético entre proteger y decidir, expresando tensiones afectivas y responsabilidad sustitutiva.
Profesionales de la salud	Gestión técnica del sufrimiento	“La vulnerabilidad exige control técnico y emocional.”	Se concibe la vulnerabilidad como riesgo operativo, lo que refuerza la lógica institucional y minimiza la dimensión relacional del cuidado.

Fuente: Elaboración propia.

El cruce estadístico entre variables de edad, género y nivel educativo mostró que las mujeres cuidadoras, especialmente mayores de 45 años, reportaron mayores niveles de sobrecarga emocional ($r = 0.63$, $p < 0.01$), lo que refuerza la dimensión de género en el trabajo de cuidado (Tabla 2). Este patrón coincide con estudios regionales sobre desigualdad en el reparto de tareas domésticas y asistenciales, señalados por Álvarez et al. (2021) y Garrafa (2022).

Tabla 2: Correlación entre variables sociodemográficas y sobrecarga emocional en cuidadores familiares

Variable	Subgrupo	N	Promedio sobrecarga emocional (escala 1–5)	Correlación (r)	Nivel de significación (p)	Interpretación
Género	Mujeres cuidadoras	14	4.3	0.63	< 0.01	Mayor carga emocional vinculada a desigualdades en la distribución del trabajo de cuidado.
	Hombres cuidadores	4	2.9	—	—	Menor implicación emocional y menor tiempo de dedicación directa.
Edad	>45 años	10	4.5	0.58	< 0.01	La edad se asocia a menor resiliencia física y mayor desgaste emocional.
	≤45 años	8	3.2	—	—	Mayor equilibrio entre trabajo y cuidado.
Nivel educativo	Educación superior	6	3.1	—	—	Mayor acceso a recursos informativos y soporte institucional.
	Educación básica o media	12	4.2	—	—	Menor capital cultural y menor acceso a redes de apoyo.

Fuente: Elaboración propia.

La combinación del análisis estadístico con la lectura hermenéutica de las narrativas construyó un mapa de posiciones donde convergen y divergen las racionalidades del cuidado. En los discursos de pacientes y familias predomina una ética relacional, sostenida en la reciprocidad y la afectividad; en los de los profesionales, una ética procedimental, anclada en el cumplimiento de protocolos. Este contraste revela que los dilemas éticos en salud no emergen de la falta de valores, sino del desfase entre marcos morales en tramas de asimetría estructural.

Así, el análisis comparativo demuestra que la bioética situada requiere herramientas que modulen datos empíricos con dimensiones simbólicas, capaces de traducir las experiencias del sufrimiento en argumentos válidos para la deliberación ética. El empleo de técnicas compuestas por estadísticas descriptivas, análisis de contenido y triangulación de discursos amplía la validez interpretativa y solidifica las experiencias humanas como evidencia bioética.

CONCLUSIONES

La reflexión desarrollada a lo largo de este trabajo permite afirmar que la bioética, si pretende mantener pertinencia social en contextos marcados por la diversidad cultural y la desigualdad estructural, debe dejar de circunscribirse a marcos normativos abstractos y abrirse a la experiencia vivida de los sujetos. Los padecimientos, los cuidados y las formas de sobrellevar la enfermedad constituyen un caudal de conocimiento que la bioética no puede desestimar. En ellos se condensan valores, estrategias comunitarias, afectos y memorias que otorgan sentido al cuerpo vulnerable y que, al ser reconocidos, amplían el horizonte de lo que se entiende por dignidad y justicia en salud.

Desde esta perspectiva, la bioética intercultural constituye un campo necesario de confluencia entre antropología, filosofía, medicina y ciencias sociales. Su objetivo no es reemplazar la tradición biomédica, sino complementarla y tensionarla mediante el reconocimiento de racionalidades múltiples, propias de las culturas que históricamente han sostenido prácticas de cuidado y sanación. Este enfoque exige desplazar la mirada reduccionista que concibe el cuerpo únicamente como organismo biológico para comprenderlo también como territorio cultural y político: un espacio donde se inscriben identidades, memorias colectivas y relaciones de poder.

Los resultados de la investigación estadística y narrativa muestran que las percepciones de autonomía, responsabilidad y legitimidad del saber médico son profundamente asimétricas. Mientras los profesionales afirman actuar bajo principios éticos universales, los pacientes y cuidadores experimentan la atención sanitaria como un territorio de vulnerabilidad y negociación moral. Esta distancia afirma que la bioética contemporánea requiere reconstruirse desde la experiencia y no únicamente desde la norma.

En consecuencia, se sostiene que una bioética situada e intercultural se convierte en una herramienta transformadora. Desnuda los límites del modelo hegemónico, visibiliza las violencias epistémicas y advierte sobre los riesgos de una interculturalidad superficial. Habilita escenarios de diálogo genuino entre saberes, promueve la equidad epistémica y propone marcos normativos sensibles a las prácticas y valores de los pueblos.

La bioética no puede seguir siendo únicamente un discurso académico ni un conjunto de principios abstractos aplicados en la clínica; debe convertirse en una práctica reflexiva y socialmente comprometida, capaz de escuchar las voces de quienes padecen, cuidan y resisten. Solo así podrá responder a las situaciones contemporáneas de la salud en sociedades plurales, reconociendo que la vida humana se despliega en la intersección de la biología con la cultura, y que la justicia en salud implica,

al mismo tiempo, respeto por el cuerpo, la identidad y la historia de cada comunidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilar-Peña, M., Blandón, M. F. T., & García-Perdomo, H. A. (2023). Salud intercultural y el modelo de salud propio indígena. *Revista de Salud Pública*, 22, 463–467. <https://www.scielo.org/article/rsap/2020.v22n4/463-467/es/>
- Al Khatib, I., Samara, F., & Ndiaye, M. (2024). A systematic review of the impact of therapeutical biophilic design on health and wellbeing of patients and care providers in healthcare services settings. *Frontiers in Built Environment*, 10, 1467692. <https://www.frontiersin.org/journals/built-environment/articles/10.3389/fbuil.2024.1467692/full>
- Álvarez Carimoney, A., Ruiz Contreras, M., Anigstein, M. S., & Oyarce, A. M. (2021). Desafíos para la antropología de la salud: Repensando un abordaje teórico-metodológico para la formación, la investigación y la acción. *Revista Chilena de Antropología*, 43, 96–112. https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/94885898/67760-libre.pdf?1669503903=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DDesafios_para_la_antropologia_de_la_salud.pdf&Expires=1757954972&Signature=PZ~zidFOEnfLtg1n29VEE4aisSQtg80huBVM1g3fYfB2cGha~pwUEAD0
- Arpini, A. M. (2024). Bioética interseccional. Perspectiva latinoamericana, descolonial y feminista: Una perspectiva Latino-Americana, Decolonial e Feminista. *Cadernos de Campo: Revista de Ciências Sociais*, e024015–e024015. <https://periodicos.fclar.unesp.br/cadernos/article/view/18990>
- Castillo, C., Ramírez, M., Grenett, C., & Rossel, V. (2024). Herramientas de bioética en la toma de decisiones en la unidad de paciente crítico. *Revista Médica de Chile*, 152(11), 1154–1161. https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872024001101154&script=sci_arttext&tlng=en
- Garrafa, V. (2022). Bioética y transdisciplinariedad como puentes de diálogo entre las ciencias de la salud, las ciencias sociales y/o humanas en el contexto de la evaluación ética de investigaciones. *Salud Colectiva*, 18, e4177. <https://www.scielo.org/article/scol/2022.v18/e4177/es/>
- Gavilanes Llango, M. J., Morales Carrasco, Á., Fonseca Ramos, J., Chimbolema Jenny, M., & Cruz Hidalgo, P. (2022). Desarrollo de una cultura bioética en los estudiantes de ciencias de la salud. *INSPIP. Revista Ecuatoriana de Ciencia, Tecnología e Innovación En Salud Pública*, 6(1), 66. <https://search.ebscohost.com/login.direct=true&profile=ehost&scope=site&authtype=crawler&jrnl=25880551&AN=157508743&h=MpUNlfhsbmCJtzA2WfTyXPsd4dDzH6L96ANBTMJcoOz7BAWfq4hsgb8x6A%2FxlZgHw18y7PEu4aGhaDo5gaf%2F%2BKQ%3D%3D&crl=c>

- Gómez Henao, J., & Sánchez-Alfaro, L. A. (2022). Principios bioéticos y virtudes éticas en la toma de decisiones fisioterapéuticas en una unidad de cuidado intensivo (UCI) de Bogotá. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 22(2), 99–111. http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-47022022000200099&script=sci_arttext
- Papalini, V., & Avelín Cesco, M. J. (2022). Pluralismo médico: regulaciones y concepciones de salud en seis países de América Latina. *Perfiles Latinoamericanos*, 30(59), 0. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0188-76532022000100009&script=sci_arttext
- Spinnewijn, L., Aarts, J., Verschuur, S., Braat, D., Gerrits, T., & Scheele, F. (2020). Knowing what the patient wants: a hospital ethnography studying physician culture in shared decision making in the Netherlands. *BMJ Open*, 10(3), e032921. <https://bmjopen.bmj.com/content/10/3/e032921.abstract>
- Yan, X., & Geng, T. (2024). Healing spaces improve the well-being of older adults: a systematic analysis. *Buildings*, 14(9), 2701. <https://www.mdpi.com/2075-5309/14/9/2701>