Cincunegui, J. M. (2026). Pensar la salud desde el final de la vida (pp. 1-22).
Zenodo. https://doi.org/10.5281/zenodo.22862810

Pensar la salud desde el final de la vida

Resumen
Este artículo fue escrito como contribución invitada a una publicación de la Cátedra Libre de Filosofía de la Salud Ramón Carrillo, de la Universidad de San Isidro. A partir de algunas de las preguntas planteadas en ese marco, examina el concepto de salud desde el final de la vida, tomando los cuidados paliativos como una situación liminar capaz de hacer visibles presupuestos que el horizonte de la curación puede mantener implícitos. Frente a la alternativa entre una definición biomédica restrictiva y una ampliación que identifica la salud con el bienestar o la vida buena, se propone comprenderla analógicamente. Se distinguen así un registro biomédico, necesario para delimitar objetos de conocimiento, competencias e intervenciones, y un registro más amplio referido al modo en que una vida corporal, dependiente, vulnerable y finita puede sostenerse y desplegarse. Desde esta distinción se reconsideran las relaciones entre curar y cuidar, progreso médico y finitud, competencia técnica y juicio práctico. El análisis sostiene que la imposibilidad de curar no agota la acción sanitaria y que aquello que no puede repararse puede continuar exigiendo una respuesta. Finalmente, esta distinción entre transformar y responder se extiende a la responsabilidad sanitaria frente a las condiciones sociales, culturales, económicas y ambientales que participan causalmente en la producción de enfermedad y sufrimiento.

Palabras clave: filosofía de la salud; cuidados paliativos; concepción analógica de la salud; cuidado; finitud; responsabilidad sanitaria.

Thinking About Health from the End of Life

Abstract. This article was written as an invited contribution to a publication of the Ramón Carrillo Chair in Philosophy of Health at the University of San Isidro. Taking up some of the questions raised in that context, it examines the concept of health from the perspective of the end of life, treating palliative care as a liminal situation that brings into view assumptions that the horizon of cure may otherwise leave implicit. Against the alternative between a restrictive biomedical definition and an expansive conception that identifies health with well-being or the good life, the article proposes an analogical understanding of health. It distinguishes a biomedical register, necessary for delimiting objects of knowledge, professional competences, and interventions, from a broader register referring to the ways in which embodied, dependent, vulnerable, and finite life can be sustained and unfold. On this basis, the article reconsiders the relations between curing and caring, medical progress and finitude, and technical competence and practical judgment. It argues that the impossibility of cure does not exhaust healthcare action and that what cannot be repaired may still call for a response. Finally, the distinction between transforming and responding is extended to healthcare responsibility for the social, cultural, economic, and environmental conditions that causally contribute to illness and suffering.

Keywords: philosophy of health; palliative care; analogical conception of health; care; finitude; healthcare responsibility.

JUAN MANUEL CINCUNEGUI
Universidad de La Laguna

© 2026 Juan Manuel Cincunegui · CC BY 4.0

Cincunegui, J. M. (2026). Pensar la salud desde el final de la vida (pp. 1-22). *Zenodo*. https://doi.org/10.5281/zenodo.22862810

1. La pregunta por la salud

La creación de la Cátedra Libre de Filosofía de la Salud Ramón Carrillo parte de la siguiente constatación: aunque hablamos de salud de manera continua, no es evidente qué queremos decir con ese término. El problema aparece en cuanto intentamos separarla de aquello con lo que solemos identificarla: la ausencia de enfermedad, la actividad médica o el funcionamiento de las instituciones asistenciales. Gisela Ponce sitúa en este punto el programa de la Cátedra. Recuperando el pensamiento sanitario de Ramón Carrillo, propone una reflexión que no tome la enfermedad como punto de partida exclusivo y que, por ello mismo, tampoco reduzca la filosofía de la salud a la filosofía de la medicina o a la bioética (Ponce, 2025). En este sentido, mientras la filosofía de la medicina interroga los fundamentos, conceptos y fines de la práctica médica, y la bioética se ocupa de su dimensión normativa, la filosofía de la salud toma como objeto de reflexión la propia salud, su significado y su lugar entre los bienes de la vida humana.

La referencia a Carrillo permite formular este desplazamiento. La salud no se restringe a la ausencia de enfermedad, sino que remite también al bienestar, la dignidad y las condiciones sociales de existencia. Tampoco constituye un bien puramente individual: la vida está inserta en relaciones familiares y sociales, y su cuidado concierne al bien común. Desde esta perspectiva adquiere sentido la aspiración de que los hospitales no sean solamente «casas de enfermedad», sino «casas de salud» (Ponce, 2025: 6). El hospital debe disponer de tecnología, condiciones materiales adecuadas y una atención respetuosa de la dignidad y de las necesidades de la persona; pero una política sanitaria no puede agotarse en la atención que comienza cuando la enfermedad ya se ha manifestado.

La imagen del hospital es importante porque permite advertir una diferencia entre medicina y salud que recorrerá todo el artículo. El hospital representa una concentración extraordinaria de saber, técnica y capacidad de intervención. No obstante, por esto mismo, puede inducir a identificar la salud con aquello que ocurre dentro de sus muros. El horizonte de Carrillo invierte esa relación: la práctica médica encuentra buena parte de su justificación en la capacidad de intervenir cuando la salud se deteriora o se pierde; una política de salud, en cambio, debe preguntarse también por las condiciones que pueden evitar, retrasar o hacer menos necesaria esa intervención. La medicina forma parte de la salud sin agotarla.

Esta ampliación explica las dos preguntas con las que Ponce presenta el proyecto: «¿Qué es la salud?» y «¿Dónde está la medicina?» (Ponce, 2025: 6). Si la salud depende también de la alimentación, la vivienda, el trabajo, el medioambiente, las relaciones sociales o las posibilidades efectivas de desarrollar una vida satisfactoria, la medicina sigue siendo indispensable, pero deja de coincidir con el conjunto de las condiciones que producen, preservan o deterioran la salud. Pensar la salud obliga entonces a mirar también fuera del hospital y, en parte, fuera de la medicina.

El desplazamiento posee una fuerza crítica evidente, pero abre un problema conceptual. Cuanto más se amplía la noción de salud más allá de la ausencia de enfermedad, más difícil resulta precisar qué pertenece propiamente a la salud y qué corresponde, en cambio, a sus condiciones de posibilidad, al bienestar o a la vida buena. Ponce lleva deliberadamente esta expansión hasta presentar la salud como un posible «ideal de plenitud de la vida» vinculado a la relación consigo mismo, con los otros y con la naturaleza (Ponce, 2025: 11). La cuestión no consiste en regresar a una definición biomédica restrictiva, sino en determinar hasta dónde puede ampliarse la noción de salud sin absorber bienestar, felicidad, realización o vida buena. Si la salud llegara a identificarse con la totalidad de estos bienes, perdería capacidad de discriminación conceptual y correría el riesgo de extender indefinidamente el ámbito de lo sanitario sobre dimensiones de la existencia que no pueden reducirse a él.

La genealogía reconstruida por Daniel Roggero permite comprender que esta dificultad no puede resolverse como si la definición positiva de salud fuera simplemente el descubrimiento progresivo de un significado que siempre estuvo allí. La fórmula de la Organización Mundial de la Salud —bienestar físico, mental y social, y no mera ausencia de enfermedad— posee una historia intelectual, institucional y política determinada. Su consolidación amplió el horizonte sanitario y contribuyó a vincular salud, derechos y condiciones sociales, pero no eliminó la necesidad de interrogar filosóficamente qué bienes quedan comprendidos bajo el concepto de salud y cuáles lo exceden (Roggero, 2025). Como ocurre con nociones como verdad, justicia, bien o belleza, aquello que entendemos por salud no se deja fijar de una vez por todas mediante una definición puramente descriptiva. Más allá del minimalismo que ofrece una perspectiva biomédica centrada en la enfermedad y su tratamiento, la salud aparece siempre inscrita en formas de vida, prácticas sociales y horizontes de sentido desde los cuales adquiere significación.

Facundo Rodríguez introduce precisamente ese momento crítico. Su objeción no consiste en negar la importancia de las condiciones sociales, ambientales o culturales, sino en distinguir entre aquello que condiciona la salud y aquello que debe formar parte de su definición. Una persona puede experimentar bienestar y estar enferma; del mismo modo, la ausencia de una patología determinada no garantiza bienestar. Si salud y bienestar se identificaran sin más, la extensión de lo sanitario podría hacerse prácticamente ilimitada (Rodríguez, 2025). Su preocupación no es únicamente conceptual. Una definición demasiado expansiva dificulta también delimitar competencias institucionales, responsabilidades públicas y obligaciones de cobertura. Pero esta necesaria delimitación funcional deja abierta una cuestión específicamente filosófica: si aquello que una sociedad asigna al experto sanitario basta para definir qué es la salud, o si esta posee una significación más amplia, vinculada a la manera concreta en que los seres humanos viven su corporalidad, su vulnerabilidad y sus relaciones.

Nos encontramos así ante una tensión que conviene mantener abierta. Una concepción estrecha corre el riesgo de reducir la salud a normalidad biológica o ausencia de patología; una concepción ilimitadamente expansiva puede convertir cualquier dimensión de la existencia en una cuestión sanitaria. Entre ambos extremos aparece una tarea propia de la filosofía de la salud: comprender la salud como un bien humano fundamental sin convertirla en el nombre de todos los bienes humanos. Tal vez sea posible formular esta tensión en términos analógicos. Dussel sostiene que la ética no constituye un campo práctico particular, sino que tematiza el momento normativo que atraviesa los diversos campos de la praxis, concretándose de manera diferente en cada uno de ellos (Dussel, 2016). De modo semejante, la salud no parece quedar encerrada en un ámbito funcionalmente delimitado, pues concierne transversalmente a la existencia de seres corporales, vulnerables y finitos. Esto no significa que alimentación, trabajo, vínculos, bienestar o vida buena sean salud en un sentido unívoco, sino que pueden adquirir una significación relativa a ella desde diferentes dimensiones de la vida concreta. Pensada analógicamente, la salud permitiría así mantener su especificidad sin quedar reducida a su determinación biomédica ni expandirse hasta convertirse en sinónimo de la vida buena.

Este artículo aborda esa dificultad desde una situación que, contemplada desde una concepción biomédica estrecha, parece volver paradójica la propia pregunta por la salud: el

final de la vida. Cuando una enfermedad ya no puede revertirse, la interrogación por la salud deja de formularse prioritariamente en términos de curación. La cuestión pasa a ser: ¿es posible pensar la salud cuando ya no es posible curar?

2. El punto de vista del final de la vida

Adoptar el punto de vista del final de la vida no significa añadir un nuevo tema a una definición de salud previamente establecida. Se trata de una inversión del sentido de la pregunta misma con el fin de examinar qué puede enseñarnos acerca de la salud una situación en la que la curación deja de constituir el horizonte dominante de la intervención sanitaria. Los cuidados paliativos adquieren una especial relevancia filosófica porque permiten observar qué sucede cuando la secuencia enfermedad, tratamiento y recuperación deja de organizar por sí sola la práctica.

Hablamos aquí de una «situación liminar» sin pretender con ello situar al paciente en un espacio ambiguo entre la vida y la muerte. Mientras vive, está vivo. La condición liminar concierne, más bien, a la organización de la propia práctica sanitaria. Allí donde la curación deja de ser posible, ciertas identificaciones comienzan a perder su aparente evidencia: preservar la vida ya no coincide necesariamente con recuperar la salud; intervenir no equivale siempre a mejorar; disponer de una posibilidad técnica no determina que deba utilizarse; la dependencia deja de aparecer como una condición meramente transitoria en dirección a la recuperación; y el éxito clínico ya no puede medirse exclusivamente por la reversión del proceso patológico.

El interés filosófico de los cuidados paliativos reside, por tanto, en que permiten interrogar el orden de bienes que orienta la medicina. Mientras una intervención puede conducir a la recuperación, resulta relativamente fácil hacer coincidir distintos fines: combatir la enfermedad, restaurar funciones, prolongar la vida y procurar el bien del paciente. Cuando esa convergencia se rompe, se vuelve necesario preguntar qué se intentaba preservar cuando se buscaba la salud y qué debe procurar la medicina cuando ya no puede devolverla.

El desplazamiento es metodológicamente importante. No se trata de afirmar que el final de la vida contenga una verdad privilegiada, inaccesible desde otras perspectivas, sino de reconocer que determinadas situaciones vuelven visibles presupuestos que permanecen

tácitos mientras una práctica funciona «normalmente». La enfermedad irreversible actúa, en este sentido, como una prueba del lenguaje con el que la medicina se describe a sí misma: obliga a distinguir entre aquello que es esencial para la práctica y aquello que solo parecía esencial mientras el éxito curativo podía funcionar como horizonte dominante de la práctica.

Estas preguntas no aparecen en un vacío normativo. Enrique Del Percio desplaza la reflexión desde el individuo aislado hacia el «lazo social» y propone pensar la salud comunitaria como salud de las personas y de los vínculos que hacen posible la vida en común. La confianza, las instituciones, las relaciones de solidaridad y las condiciones colectivas no son simplemente un escenario externo de decisiones individuales; forman parte del medio en el que esas decisiones adquieren sentido (Del Percio, 2025). Los cuidados paliativos hacen especialmente visible esta dimensión relacional. En el tránsito hacia la muerte, la persona no aparece únicamente como portadora de una enfermedad, sino como alguien inserto en una trama de vínculos, dependencias y responsabilidades compartidas.

Proponemos denominar «eticidad sanitaria» al entramado históricamente configurado de instituciones, hábitos, tecnologías, expectativas, vocabularios y concepciones del bien que prefigura aquello que entendemos por salud y enfermedad, autonomía y dependencia, intervención adecuada, éxito terapéutico y buena práctica profesional. No se trata de un código moral explícito, sino del trasfondo que hace que algunas opciones parezcan evidentes y otras apenas lleguen a formularse. También contribuye a definir qué cuenta como fracaso, qué formas de dependencia se consideran aceptables y qué expectativas recaen sobre el profesional cuando la enfermedad deja de ser reversible.

Esta perspectiva impide narrar la historia de la salud como una simple eliminación de errores. Taylor ha denominado «relatos de sustracción» a las interpretaciones según las cuales la modernidad surgiría únicamente al retirar creencias o restricciones heredadas y dejar aparecer una condición humana previamente existente. Frente a ese modelo, su reconstrucción del orden moral moderno subraya que los cambios históricos producen nuevas formas de comprender al sujeto, los bienes y la vida en común (Taylor, 2007). Algo semejante ocurre con la salud: nuestras ideas de autonomía, bienestar, dependencia o realización están históricamente configuradas y forman parte de la manera en que una sociedad aprende a describir qué significa vivir bien y qué espera de sus instituciones sanitarias. La salud solo puede comprenderse, por tanto, dentro de la trama históricamente

configurada y conflictiva de significados mediante la cual una sociedad define qué significa ser una persona en comunidad, qué lugar atribuye al individuo en la sociedad, qué formas de dependencia considera aceptables y qué bienes reconoce como propios de una vida humana.

De aquí se sigue que el intento de definir la salud apelando a una supuesta realidad primordial —biológica, biomédica, antropológica, sociológica o ecológica— no resulta filosóficamente suficiente. Cada una de estas perspectivas identifica dimensiones reales de la salud, pero ninguna puede presentarse como un fundamento previo a toda interpretación desde el cual derivar unívocamente su significado. La salud posee una materialidad biológica ineludible, pero aquello que cuenta como salud, pérdida de salud, dependencia aceptable o vida saludable solo adquiere determinación dentro de formas históricas de vida y de los horizontes de sentido que las articulan.

Desde este trasfondo, el final de la vida adquiere una función crítica. No se encuentra fuera del orden sanitario; pertenece plenamente a él y, sin embargo, obliga a hacer explícitas preguntas que la eficacia curativa puede mantener latentes. ¿Qué bienes deben orientar la intervención? ¿Qué significa autonomía cuando aumenta la dependencia? ¿Qué acción sigue siendo posible ante una enfermedad irreversible? ¿Qué puede entender un profesional por éxito cuando ya no puede impedir la muerte? Ahora bien, es preciso tener claro que ninguna de estas preguntas puede responderse desde una perspectiva neutral y exterior a las formas de vida en las que se plantea. Las respuestas están siempre informadas, tácita o explícitamente, por trasfondos de sentido históricamente configurados que contribuyen a determinar qué reconocemos como conocimiento pertinente, qué bienes consideramos relevantes y qué responsabilidades atribuimos a las instituciones y a los agentes sanitarios.

Lo que haremos a continuación será examinar una serie de tensiones que, en el final de la vida, adquieren una especial visibilidad: la relación entre salud, bienestar y vida buena; entre curación y cuidado; entre progreso y finitud; y entre competencia técnica y agencia sanitaria. No se trata de problemas independientes ni exclusivos de los cuidados paliativos. Más bien, los cuidados paliativos los vuelven especialmente difíciles de ignorar, porque en ellos se hace visible la suspensión de la coincidencia habitual entre curación, recuperación y bien del paciente.

3. La estructura analógica de la salud

La primera consecuencia del desplazamiento propuesto consiste en distinguir conceptos y bienes que con frecuencia aparecen estrechamente asociados. Si salud, bienestar y vida buena fueran tres nombres para una misma realidad, la pérdida irreversible de la salud en sentido biomédico tendría que implicar también la desaparición de toda posibilidad relevante de bienestar o realización. El final de la vida muestra, sin embargo, que esa equivalencia no se sostiene: una enfermedad irreversible puede restringir profundamente una existencia sin agotar por ello los bienes que todavía pueden realizarse en ella.

La concepción positiva defendida por Ponce resulta sugerente precisamente porque reducir la salud a la ausencia de enfermedad dejaría fuera dimensiones sociales y relacionales que condicionan profundamente la manera en que una persona puede vivir —y morir—. Del Percio refuerza esta intuición cuando advierte la dificultad de definir positivamente la salud exclusivamente por la ausencia de su contrario y cuando la sitúa dentro de vínculos comunitarios y formas de vida compartidas (Del Percio, 2025). Sin embargo, reconocer esa amplitud no obliga a denominar «salud», en un sentido unívoco, a todo aquello que puede hacer valiosa una existencia. El problema consiste precisamente en comprender cómo puede ampliarse el significado de la salud manteniendo una unidad conceptual que no suprima las diferencias entre salud biomédica, bienestar y vida buena.

Rodríguez nos propone, para resolver este problema, distinguir entre las condiciones que favorecen o deterioran la salud y aquello que debe formar parte de su definición. Su solución busca preservar la especificidad conceptual de la salud mediante una delimitación próxima a su sentido biomédico (Rodríguez, 2025). Esa delimitación posee una justificación funcional evidente: permite identificar objetos de conocimiento, competencias profesionales, responsabilidades institucionales y posibilidades de intervención. Nuestra hipótesis, sin embargo, es que esa especificidad puede mantenerse sin reducir la salud a ese único registro, si comprendemos analógicamente sus distintas determinaciones a partir de la salud de la persona concreta.

Conviene distinguir, por tanto, dos registros estrechamente relacionados, pero no unívocos, en el uso del concepto de salud. En un sentido restringido, biomédico, la salud designa determinadas condiciones y capacidades corporales y psíquicas y se define, en buena

medida, por contraste con la enfermedad. En un sentido analógico más amplio, la salud remite a la manera en que una vida corporal, dependiente, vulnerable y finita puede mantenerse y desplegarse. Bienestar y vida buena no son entonces «salud» en el mismo sentido en que lo es la ausencia o el control de una patología, pero tampoco resultan enteramente exteriores a ella. La relación es analógica: permite mantener una continuidad de significado sin borrar la diferencia entre sus distintos registros.

Esta distinción resulta aún más necesaria si tomamos en serio, con Ponce y Del Percio, que la salud no puede comprenderse al margen de las condiciones sociales y culturales ni de las formas de vida en las que se despliega la existencia. Podemos dar aquí un paso adicional: esas condiciones no son meros accidentes externos que sobrevienen a un sujeto previamente constituido, sino dimensiones constitutivas de la manera en que ese sujeto vive, se relaciona y comprende su propia existencia. Una vivienda digna, un vínculo afectivo, determinadas condiciones laborales o la posibilidad efectiva de decidir poseen un valor que no se reduce a su contribución a indicadores sanitarios.

Al mismo tiempo, esas mismas condiciones pueden operar contingentemente como factores causales o condicionantes de aquello que, desde una perspectiva biomédica, aparece como estado corporal o psíquico de salud y enfermedad. La relación entre ambos registros no es, por tanto, meramente semántica. Las formas de vida que configuran existencialmente al sujeto pueden incidir causalmente sobre aquello que la medicina objetiva, describe y trata en términos biomédicos. La dificultad consiste precisamente en conservar ambas dimensiones: la precisión operativa del concepto biomédico de salud y la amplitud analógica que este adquiere cuando se lo sitúa en el horizonte de una vida humana concreta.

Desde esta perspectiva, salud, bienestar y vida buena pueden distinguirse sin quedar separados. La salud en sentido biomédico constituye un bien fundamental, pero no agota aquello que hace valiosa una existencia; el bienestar remite a una experiencia multidimensional que no coincide sin más con el estado clínico; y la vida buena designa un horizonte normativo más amplio en el que una existencia adquiere orientación, valor y sentido. No estamos, sin embargo, ante tres realidades mutuamente exteriores. Su relación puede comprenderse analógicamente porque todas ellas remiten, de maneras diferentes, a la vida concreta de seres corporales, dependientes, vulnerables y finitos.

El final de la vida permite poner a prueba esta estructura con especial claridad. Allí donde el saber biomédico constata una condición terminal, puede seguir teniendo sentido hablar de salud, no porque la enfermedad *stricto sensu* haya desaparecido, sino porque la persona y su entorno pueden relacionarse con ella de maneras que hagan posible una forma de vida todavía dotada de bienes y significación. El final de la vida no constituye una anomalía que sobreviene desde fuera a una existencia previamente autosuficiente, sino la manifestación extrema de una realidad constitutiva de todo ser vivo: su dependencia, vulnerabilidad y finitud.

Esto no significa idealizar el proceso del morir ni suponer que toda experiencia terminal pueda o deba integrarse satisfactoriamente en la experiencia vital. Significa reconocer que la salud, tal como aquí la entendemos, no se agota en la ausencia de enfermedad definida en términos biomédicos. La relativa estrechez de esa definición resulta funcional y operativamente necesaria para los fines propios de la práctica médica, pero puede ocultar un sentido potencialmente más amplio y sustantivo de lo que significa vivir y morir significativamente. Del mismo modo que existen condiciones que favorecen la salud en sentido biomédico, el bienestar o una vida buena, existen también condiciones que hacen posible asumir —sin que ello implique necesariamente aceptación o reconciliación— nuestra condición constitutivamente dependiente, vulnerable y finita. Esa asunción afecta a la manera en que comprendemos nuestra propia vida, nuestro morir y la muerte de quienes nos rodean.

La tesis que se sigue de aquí es deliberadamente limitada. La salud en sentido biomédico constituye un bien fundamental, pero no el nombre de la totalidad de los bienes humanos. Pensada analógicamente, sin embargo, puede adquirir un significado más amplio porque esos bienes no son enteramente ajenos al modo en que una existencia corporal, dependiente, vulnerable y finita se despliega. Esta estructura permite preservar la especificidad funcional del concepto biomédico sin reducir a ella todo lo que puede denominarse saludable y, al mismo tiempo, evita una expansión indiferenciada de lo sanitario que convierta salud, bienestar, felicidad y vida buena en términos equivalentes.

El final de la vida hace especialmente visible esta diferencia. Mientras la curación es posible, mejoría clínica, bienestar y recuperación de proyectos pueden avanzar conjuntamente, de modo que los distintos registros parecen converger. Cuando la enfermedad se vuelve irreversible, esa convergencia se rompe. La salud biomédica puede haber dejado

de ser recuperable y, sin embargo, seguir estando en juego aquello que, en un sentido analógico más amplio, permite hablar todavía de una existencia dotada de significación. La consecuencia para la medicina es inmediata: la imposibilidad de curar no equivale al agotamiento de la acción sanitaria.

4. Curar y cuidar

La estructura analógica de la salud permite comprender mejor la relación entre curación y cuidado. Si el sentido biomédico no agota el significado de la salud, la imposibilidad de curar tampoco puede marcar por sí sola el término de la acción sanitaria. Esto no exige oponer una medicina técnica a un cuidado supuestamente humano. Curar es una forma fundamental de cuidar: diagnosticar correctamente, intervenir sobre una infección, impedir el progreso de una patología o aliviar un síntoma son respuestas a necesidades concretas de una persona. Del mismo modo, los cuidados paliativos no abandonan la competencia técnica. El control del dolor y de otros síntomas exige conocimiento clínico, experiencia y capacidad de intervención. La cuestión es otra: si la curación constituye una forma decisiva del cuidado, no lo agota.

Rodríguez observa que distintas definiciones de medicina convergen en la capacidad de diagnosticar, tratar y, «cuando sea posible», restablecer la salud. Esa reserva resulta decisiva para nuestro argumento. Reconoce que el saber diagnóstico y terapéutico puede encontrarse ante situaciones en las que ya no desemboca en recuperación. Si la medicina mantiene responsabilidades en esas circunstancias, su finalidad no puede coincidir exhaustivamente con la curación (Rodríguez, 2025). El final de la vida hace especialmente visible esa diferencia, pero no la crea: obliga a explicitar una dimensión del cuidado que pertenece a la práctica sanitaria también cuando la curación es posible.

La diferencia puede formularse distinguiendo aquello sobre lo que interviene la medicina de aquel a quien se dirige la intervención. La práctica clínica necesita identificar algo: una lesión, una infección, una alteración funcional, un tumor o un síntoma. Sin esa objetivación no habría conocimiento médico ni intervención eficaz. Pero la persona atendida no coincide con aquello que ha sido identificado en ella. La medicina interviene necesariamente sobre algo; el cuidado se dirige a alguien.

La categoría de exterioridad elaborada por Dussel permite precisar esta diferencia. Una persona puede comparecer dentro de una institución mediante descripciones funcionales necesarias —paciente, diagnóstico, pronóstico, procedimiento indicado— sin quedar agotada por ellas. La exterioridad no designa aquí un espacio físico situado fuera del sistema, sino la irreductibilidad de la vida concreta del otro a las categorías mediante las cuales la institución necesita conocerla y organizar su intervención (Dussel, 1977). El problema no reside, por tanto, en que la medicina objetive, sino en que la objetivación llegue a confundirse con una descripción exhaustiva de la persona.

Diagnóstico, pronóstico, indicadores e historia clínica son mediaciones indispensables. Un diagnóstico puede ser verdadero sin constituir una definición completa del paciente; un pronóstico puede estar bien fundado sin expresar todo lo que está en juego en el tiempo que permanece; una historia clínica puede registrar rigurosamente la evolución de una enfermedad sin contener la biografía de quien la padece. La precisión de la representación clínica y la irreductibilidad de la persona no se excluyen. El cuidado consiste, en parte, en mantener abierta esa diferencia.

Esto adquiere una importancia particular ante el sufrimiento. Reconocer el dolor del otro no exige apropiárselo ni suponer que el profesional sabe exactamente lo que el paciente vive. Pero tampoco obliga a considerar la experiencia ajena como absolutamente inaccesible. Entre ambas posiciones existe la posibilidad de reconocer el sufrimiento como real, admitir que no se posee desde fuera y responder a aquello que la persona expresa acerca de él. El límite del conocimiento no cancela la posibilidad de respuesta. Esta dificultad excede, además, el ámbito clínico y remite a un problema epistemológico más amplio: la delimitación funcional que permite a las ciencias constituir objetos específicos de investigación puede volverse reductiva cuando una distinción metodológica entre funcionamiento y experiencia se transforma en una separación ontológica y la experiencia vivida queda relegada a un ámbito exterior al conocimiento científico (Frank, Gleiser y Thompson, 2024).

La palabra del paciente puede, además, modificar la comprensión de aquello que cuenta como bien en una situación concreta. Puede expresar qué teme, qué considera tolerable, qué intervención acepta o rechaza, qué relaciones desea preservar o qué significado atribuye al tiempo que le queda. El cuidado no consiste entonces en añadir consideración humana a una

decisión técnica ya concluida. Puede exigir revisar los propios fines de la intervención a la luz de la vida concreta de la persona a quien esa intervención afecta.

Por ello, curación y cuidado no deberían ordenarse cronológicamente, como si el segundo comenzara solamente cuando fracasa la primera. Mientras la curación es posible, cuidar exige que la eficacia terapéutica permanezca referida a la persona para cuyo bien se interviene. Cuando deja de serlo, esa estructura se vuelve especialmente visible. La medicina ya no puede orientar su acción primordialmente hacia la reversión de la enfermedad, pero siguen estando en juego formas de salud en el sentido analógico que hemos propuesto y bienes que la práctica sanitaria puede favorecer.

Desde esta perspectiva, la expresión «ya no hay nada que hacer» resulta equívoca. Puede ser correcta si significa que no existe un tratamiento capaz de revertir el proceso patológico. Se vuelve falsa si transforma esa imposibilidad específica en inexistencia de toda acción sanitariamente significativa. La imposibilidad de curar no cancela la posibilidad de cuidar. Más aún: el cuidado no comienza donde termina la medicina, sino que revela una dimensión constitutiva de la práctica médica que el éxito de la curación puede mantener parcialmente en segundo plano.

5. Progreso médico y finitud

La distinción entre curar y cuidar obliga a reconsiderar también el significado del progreso médico. Reconocer límites a la acción sanitaria no exige relativizar los logros de la medicina científica y de la salud pública. Caviglia reconstruye una historia marcada por transformaciones decisivas —teoría microbiana, anestesia, antisepsia, saneamiento, entre otras— que, junto con cambios más amplios en las condiciones sociales de existencia, contribuyeron a una extraordinaria expansión de la esperanza de vida. Su análisis permite advertir, además, que ese progreso no puede atribuirse a una causa única: medicina, condiciones de vida y políticas públicas se entrelazan en la reducción de la mortalidad y del sufrimiento evitable (Caviglia, 2025).

Nada en nuestro argumento exige poner en cuestión ese progreso. La dificultad aparece cuando de la capacidad histórica de transformar causas concretas de enfermedad, sufrimiento y muerte se deriva una concepción según la cual toda limitación de la vida sería, en principio,

un problema técnico todavía pendiente de solución. Una cosa es ampliar aquello que puede prevenirse, curarse o aliviarse; otra muy distinta es interpretar la vulnerabilidad, la dependencia y la finitud como déficits cuya persistencia demostraría únicamente los límites provisionales de nuestra capacidad de intervención.

La biología de la autonomía permite precisar esta diferencia. La lectura que Thompson hace de Hans Jonas permite caracterizar la vida mediante la paradoja de una «libertad necesitada». Jonas lo formula de manera condensada: «su "libertad" es su "necesidad", el "poder" se convierte en "tener que" cuando se trata de ser» (Jonas, 2017: 129). El organismo constituye una identidad propia y mantiene una autonomía relativa, pero solo puede hacerlo mediante una apertura constante hacia aquello de lo que depende. Necesita intercambio, materia, energía y un entorno que no controla enteramente. Autonomía y dependencia no son, por tanto, propiedades excluyentes, sino dimensiones constitutivas de una misma condición viviente (Thompson, 2007).

Esta concepción adquiere especial relevancia al final de la vida. La dependencia puede hacerse entonces particularmente visible e intensificarse hasta afectar actividades que anteriormente parecían expresar la autonomía misma de la persona. Pero esa dependencia no introduce desde fuera una condición extraña en una existencia previamente autosuficiente. Hace patente algo que estaba presente desde el comienzo: vivir significa sostener una autonomía siempre relativa dentro de relaciones de necesidad, exposición e intercambio. El final de la vida no crea nuestra vulnerabilidad; revela de manera extrema una dimensión constitutiva que la salud, entendida en su sentido biomédico, puede permitirnos mantener provisionalmente en segundo plano.

Lo mismo ocurre con la vulnerabilidad. No debe concebirse exclusivamente como un déficit que aparece cuando el organismo deja de funcionar adecuadamente. La capacidad de actuar se ejerce siempre desde un cuerpo expuesto a enfermedad, deterioro, sufrimiento y pérdida. Reconocer esta condición no significa naturalizar aquello que puede prevenirse ni convertir el sufrimiento en un bien. Significa distinguir entre la vulnerabilidad constitutiva de la vida y los daños concretos frente a los cuales la medicina puede y debe intervenir.

La distinción es fundamental. La medicina combate legítimamente enfermedades y causas determinadas de sufrimiento y muerte; la finitud, en cambio, no constituye una causa entre otras. Una infección, una hemorragia o un tumor son procesos sobre los que puede

intentarse intervenir. La condición mortal de un ser vivo no funciona del mismo modo. Convertirla en una patología todavía pendiente de solución significaría extender a la existencia en cuanto tal una lógica de intervención que encuentra su justificación precisamente frente a procesos patológicos determinados.

De ahí que debamos distinguir también entre mortalidad y morir. La mortalidad puede medirse, compararse y reducirse. El morir, en cambio, acontece en una biografía, un cuerpo y una red de relaciones. La medicina puede conocer los mecanismos que conducen a la muerte, calcular probabilidades, retrasarla en numerosas circunstancias y aliviar el sufrimiento que puede acompañarla. Pero ese conocimiento no convierte el morir en un mero problema técnico. La finitud nombra justamente aquello que ninguna ampliación de nuestras capacidades puede eliminar sin modificar radicalmente el tipo de seres que somos: organismos dependientes, vulnerables y mortales.

Esta consideración permite volver sobre la estructura analógica de la salud. Si la salud no se agota en la ausencia biomédica de enfermedad, tampoco puede pensarse el progreso sanitario exclusivamente como una expansión indefinida de nuestra capacidad de restablecerla en ese sentido restringido. Una medicina capaz de reconocer la finitud puede seguir procurando salud precisamente cuando la curación deja de ser posible, en la medida en que su acción contribuya a que una vida vulnerable pueda ser vivida en condiciones acordes con los bienes que todavía la constituyen. Reconocer el límite no significa abandonar el propósito terapéutico, sino comprender de manera más amplia aquello a cuyo servicio se encuentra.

Podemos formular entonces una concepción no ilimitada del progreso médico: progresar significa ampliar responsablemente nuestras capacidades de prevenir, curar y aliviar dentro de una vida constitutivamente dependiente, vulnerable y finita. Esta formulación no establece anticipadamente hasta dónde debe intervenir la medicina ni transforma la finitud en criterio de abstención. Señala algo más elemental: el aumento del poder técnico no contiene dentro de sí el criterio normativo de su utilización. Cuanto mayores son nuestras posibilidades de mantener, sustituir o prolongar funciones, más urgente se vuelve preguntar al servicio de qué bienes y de qué vida concreta deben ponerse esas posibilidades.

6. La acción sanitaria ante lo irreparable

La pregunta por el uso del poder técnico conduce finalmente a la agencia sanitaria. Si el aumento de nuestras capacidades de intervención no contiene por sí mismo el criterio de su utilización, es necesario preguntar qué significa actuar cuando la curación deja de ser posible. El final de la vida vuelve especialmente visible esta cuestión porque separa dos dimensiones que, mientras la intervención terapéutica obtiene los resultados esperados, pueden parecer coincidentes: aquello que técnicamente podemos hacer y aquello que tenemos razones para hacer.

Taylor ofrece una distinción útil entre explicación causal y comprensión de la acción. Un comportamiento puede explicarse mediante condiciones antecedentes y regularidades; una acción, en cambio, se vuelve inteligible cuando la situamos dentro de un horizonte de razones, fines y bienes. El agente no es únicamente el lugar en el que determinadas causas producen efectos: actúa porque algo aparece como valioso, deseable o debido (Taylor, 1964). Aplicada al ámbito sanitario, esta distinción significa que conocer qué intervención puede producir determinado efecto resulta indispensable, pero no responde todavía a la pregunta acerca del bien al que ese efecto debe servir.

La diferencia puede permanecer relativamente oculta mientras los fines convergen. Si una intervención elimina una patología, restablece una función y permite a la persona recuperar una forma de vida que desea, capacidad técnica y bien perseguido aparecen estrechamente unidos. Cuando la enfermedad se vuelve irreversible, esa convergencia deja de estar garantizada. Prolongar una función, realizar una nueva intervención o mantener determinado tratamiento pueden continuar siendo técnicamente posibles sin que esa posibilidad determine por sí misma qué conviene hacer.

La ética de Dussel permite precisar esta diferencia mediante la articulación entre afirmación de la vida concreta, participación de los afectados y factibilidad. Que una acción sea factible constituye una condición de la acción, pero no basta para conferirle pretensión de bondad. Aquello que puede hacerse debe ser juzgado también desde sus efectos sobre la vida concreta de los afectados y desde la participación de estos en la determinación de aquello que está en juego (Dussel, 2016). El interés de este esquema para la práctica sanitaria no

consiste en convertirlo en un protocolo clínico, sino en impedir que la racionalidad técnica se transforme inadvertidamente en criterio normativo de sí misma.

De aquí procede la distinción entre competencia técnica y juicio práctico. No se trata de racionalidades rivales. Solo quien conoce adecuadamente las posibilidades, riesgos y límites de una intervención puede deliberar responsablemente acerca de su utilización. Pero ese conocimiento no determina por sí solo el orden de los bienes presentes en una situación concreta. El juicio práctico comienza precisamente allí donde saber qué puede hacerse no basta para establecer qué debe hacerse con aquello que sabemos hacer.

La palabra del paciente pertenece a esa deliberación. Reconocerla no elimina la asimetría constitutiva de la relación sanitaria ni desplaza sobre él la responsabilidad técnica que corresponde al profesional. Significa reconocer que aquello que constituye su bien no puede determinarse exclusivamente desde las categorías funcionales de la práctica médica. El profesional aporta un conocimiento y unas responsabilidades específicas; la persona afectada aporta una comprensión insustituible de los bienes, temores, vínculos y límites desde los cuales la intervención adquiere sentido en su vida concreta.

Esta diferencia afecta también a la propia identidad profesional. Una institución sanitaria necesita especialización, protocolos, procedimientos y una distribución precisa de funciones. Pero describir las funciones asignadas a un profesional no equivale a agotar su agencia. Quien diagnostica, prescribe o ejecuta una intervención no es únicamente un operador de competencias previamente definidas. Allí donde distintos bienes entran en tensión, debe poder deliberar acerca del sentido de su propia acción y responder por el uso que hace del saber y de las capacidades de los que dispone.

Esta estructura se vuelve particularmente exigente ante lo irreparable. No todo aquello frente a lo cual somos responsables puede ser transformado. Una enfermedad puede alcanzar un punto en el que la reversión deje de ser posible y la muerte no pueda evitarse. Lo irreparable no significa que nada pueda hacerse, sino algo más preciso: que ninguna acción disponible puede restituir aquello cuya pérdida se ha vuelto irreversible. La imposibilidad de reparar modifica así el objeto de la acción sin cancelar la responsabilidad.

La pregunta deja entonces de ser exclusivamente cómo recuperar aquello que se pierde y pasa a ser qué bienes siguen siendo posibles en una situación que no puede revertirse. Las acciones que adquieren relevancia en ese contexto no necesitan reparar la enfermedad para

poseer valor. Esta diferencia es decisiva: la inexistencia de una intervención curativa no equivale a la desaparición de toda responsabilidad sanitaria.

No abandonar adquiere aquí un sentido preciso. No designa una disposición sentimental añadida a la competencia clínica ni exige una identificación ilimitada con el sufrimiento ajeno. Significa que la imposibilidad de transformar una situación no extingue por sí misma la relación de responsabilidad. Ser responsable no siempre significa poder transformar aquello de lo que somos responsables. Ante lo irreparable, la acción puede consistir precisamente en responder de una manera que no confunda la imposibilidad de restitución con la irrelevancia de aquello que todavía está en juego.

Esta modificación de la acción permite reconsiderar también la esperanza. Mientras la curación es posible, la esperanza puede coincidir con la expectativa de recuperación. Cuando esta deja de serlo, puede referirse a bienes todavía realizables dentro de una situación irreversible. Este desplazamiento no autoriza, sin embargo, a convertir el morir en una experiencia necesariamente reconciliadora ni a atribuir retrospectivamente un sentido al sufrimiento. La alternativa a la medicalización de la muerte no puede consistir en su espiritualización. No todo sufrimiento produce aprendizaje ni toda pérdida encuentra una síntesis capaz de volverla aceptable.

La acción sanitaria ante lo irreparable resulta, por tanto, simultáneamente más limitada y exigente. Más limitada, porque reconoce que existen pérdidas que ninguna intervención puede revertir; más exigente, porque obliga a distinguir capacidad técnica, juicio práctico y responsabilidad. Requiere saber qué puede hacerse, deliberar acerca de qué conviene hacer, escuchar a quien será afectado por la decisión y permanecer responsable allí donde ninguna intervención puede restituir lo perdido. El agente sanitario no deja de actuar cuando deja de poder curar: cambia el horizonte de bienes al que su acción puede responder.

7. Conclusión

Pensar la salud desde el final de la vida permite volver a la pregunta inicial con una distinción más precisa. La salud no puede reducirse a la ausencia de enfermedad, pero tampoco debe convertirse en un término equivalente a bienestar, felicidad o vida buena. Hemos propuesto comprenderla analógicamente, distinguiendo dos registros relacionados.

En un sentido biomédico, designa determinadas condiciones y capacidades corporales y psíquicas que pueden deteriorarse o perderse irreversiblemente; en un sentido más amplio, remite al modo en que una vida corporal, dependiente, vulnerable y finita puede sostenerse y desplegarse en relación con las condiciones y los bienes que la hacen posible. La unidad analógica del concepto no elimina la diferencia entre ambos registros.

El final de la vida constituye una prueba especialmente clara de esta estructura. Allí donde una enfermedad ya no puede curarse, la salud en sentido biomédico puede dejar de ser recuperable sin que desaparezcan por ello las dimensiones de la existencia a las que remite la salud en un sentido más amplio. Esto no convierte la enfermedad en salud ni identifica la salud con la totalidad de los bienes humanos. Permite, más bien, reconocer que una persona y quienes la rodean pueden relacionarse con una condición irreversible de maneras diferentes y que esas diferencias forman parte también de aquello que una concepción analógica de la salud debe poder pensar.

Esta perspectiva modifica de igual manera la comprensión de la práctica sanitaria. Curar y cuidar no son actividades rivales ni sucesivas. La curación constituye una forma fundamental del cuidado, pero no lo agota. Mientras una enfermedad puede revertirse, eficacia terapéutica y bien de la persona suelen converger. Cuando la curación deja de ser posible, se vuelve más visible que la medicina nunca ha intervenido solamente sobre procesos patológicos: interviene sobre ellos porque afectan a alguien y con vistas a su bien. La imposibilidad de curar no cancela, por tanto, la responsabilidad sanitaria.

El mismo cambio de perspectiva permite precisar el significado del progreso médico. Los logros de la medicina y de la salud pública son reales porque han ampliado extraordinariamente nuestra capacidad de prevenir enfermedades, evitar muertes prematuras o evitables, curar patologías y aliviar sufrimientos. Pero de esa ampliación del poder técnico no se sigue que dependencia, vulnerabilidad y finitud deban comprenderse como déficits provisionales destinados a ser abolidos. Desde esta perspectiva, progresar significa ampliar responsablemente nuestras capacidades de intervención sin perder de vista que se ejercen en vidas constitutivamente dependientes, vulnerables y finitas.

De aquí se deriva, finalmente, una determinada comprensión de la agencia sanitaria. Saber qué se puede hacer no basta para establecer qué debe hacerse. La competencia técnica requiere juicio acerca de los fines y bienes a los que debe servir y apertura a la palabra de

quienes serán afectados por la intervención. Esta exigencia alcanza su máxima claridad ante lo irreparable: allí donde ninguna acción puede restituir lo perdido, la responsabilidad no desaparece. Que algo sea irreparable no significa que haya dejado de ser posible actuar ante ello. Quedan formas de acción capaces de responder a lo que todavía está en juego, aun cuando ya no puedan transformar la condición que hace necesaria esa respuesta.

La distinción entre aquello que puede transformarse y aquello ante lo cual es preciso responder desborda, además, la situación paliativa y posee una dimensión política. El saber biomédico interviene sobre procesos que puede identificar y tratar, pero esos procesos se encuentran causalmente entrelazados con condiciones sociales, culturales, económicas y ambientales que exceden su capacidad inmediata de intervención. Que tales condiciones queden fuera de la competencia funcional del profesional sanitario no las vuelve irrelevantes para su responsabilidad. Responder ante ellas no significa atribuir a la medicina la tarea de transformar por sí sola la sociedad, sino impedir que la delimitación de sus competencias se convierta en indiferencia frente a las condiciones que participan en la producción de enfermedad y sufrimiento.

La situación paliativa es liminar precisamente en este sentido. No sitúa a la persona en una zona incierta entre la vida y la muerte, sino que confronta a la medicina con la frontera entre aquello que puede transformar y aquello ante lo cual debe responder. Vista desde esa frontera, la pregunta por la salud deja de ser únicamente qué significa estar sano o cómo recuperar la salud perdida. Se convierte también en esta pregunta: ¿qué puede significar la salud cuando una enfermedad irreversible forma ya parte de la existencia que aún se despliega? Pensar la salud desde el final de la vida no disminuye, por tanto, la importancia de la curación; permite situarla dentro de una comprensión más amplia de la salud, de la vida, del cuidado y de la responsabilidad sanitaria.

Referencias

Caviglia, Franco. (2025). “El gran cambio en salud”, *Filosofía de la salud: ¿Dónde está la medicina?*, San Isidro, Poliedro Editorial de la Universidad de San Isidro.

Dussel, Enrique. (1977). *Filosofía de la liberación*, México D. F., Edicol.

Dussel, Enrique. (2016). *14 tesis de ética. Hacia la esencia del pensamiento crítico*, Madrid, Trotta.

Frank, Adam, Marcelo Gleiser y Evan Thompson. (2024). *El punto ciego. Por qué la ciencia no puede ignorar la experiencia humana*, trad. Juan Manuel Cincunegui, Barcelona, Kairós.

Jonas, Hans. (2017). *El principio vida. Hacia una biología filosófica*, trad. J. Mardomingo, Madrid, Trotta.

Percio, Enrique del. (2025). “Aportes para una filosofía de la salud”, *Filosofía de la salud: ¿Dónde está la medicina?*, San Isidro, Poliedro Editorial de la Universidad de San Isidro.

Ponce, Gisela. (2025). “Filosofía de la salud desde la Cátedra Ramón Carrillo”, *Filosofía de la salud: ¿Dónde está la medicina?*, San Isidro, Poliedro Editorial de la Universidad de San Isidro.

Rodríguez, Facundo. (2025). “Análisis crítico a la definición de salud de la OMS”, *Filosofía de la salud: ¿Dónde está la medicina?*, San Isidro, Poliedro Editorial de la Universidad de San Isidro.

Roggero, Daniel. (2025). “Genealogía de la definición de salud de la OMS”, *Filosofía de la salud: ¿Dónde está la medicina?*, San Isidro, Poliedro Editorial de la Universidad de San Isidro.

Taylor, Charles. (1964). *The Explanation of Behaviour*, London, Routledge & Kegan Paul.

Taylor, Charles. (2007). *A Secular Age*, Cambridge, Massachusetts, The Belknap Press of Harvard University Press.

Thompson, Evan. (2007). *Mind in Life: Biology, Phenomenology, and the Sciences of Mind*, Cambridge, Massachusetts, The Belknap Press of Harvard University Press.