



El derecho a la autonomía y sus limitaciones en pacientes neurocríticos: consideraciones éticas, aspectos filosóficos y reflexiones neuroéticas

The right to autonomy and its limitations in neurocritical patients: ethical considerations, philosophical aspects and neuroethical reflections

Julio César López-Valdés¹

julio.lopezv@unisa.cdmx.gob.mx / jc.lopz@live.com

ORCID: 0000-0001-6238-0027

Resumen

La autonomía del paciente constituye un principio fundamental en la bioética contemporánea. Sin embargo, en el contexto de los pacientes neurocríticos, cuya capacidad de decisión se ve gravemente limitada, surgen dilemas éticos complejos que obligan a replantear sus alcances. Este trabajo analiza la tensión entre el respeto a la autonomía y la obligación médica de garantizar el bienestar y la dignidad de los pacientes en estado crítico neurológico. Para ello, se abordan los marcos éticos del principialismo (autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia) y del personalismo, que enfatiza la dignidad inherente de cada individuo más allá de su condición clínica. Asimismo, se discuten las aportaciones de diversas corrientes filosóficas, como el utilitarismo, la ética de la virtud, el existencialismo y la biopolítica, que enriquecen la reflexión sobre el cuidado neurocrítico. En paralelo, se examinan los campos emergentes de la neuroética y los neuroderechos, particularmente relevantes ante el desarrollo de tecnologías capaces de influir en la actividad cerebral. Se destacan derechos como la privacidad mental, la libertad cognitiva y la integridad personal, propuestos como salvaguardas frente a los riesgos de la manipulación tecnológica. En última instancia, este trabajo sostiene que la autonomía en pacientes neurocríticos debe entenderse como un derecho relacional y contextual, condicionado por la vulnerabilidad, la

¹ Especialidad en Bioética. Departamento de Posgrado, Universidad de la Salud. Álvaro Obregón; Ciudad de México, México. Especialidad en Neurocirugía. Departamento de Posgrado, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México; Ciudad de México, México



interdependencia y la responsabilidad ética de los cuidadores. Así, se propone un modelo de atención integral que combine principios bioéticos, respeto a la dignidad y garantías neuroéticas, asegurando que el paciente permanezca en el centro de la práctica médica.

Palabras clave: Principialismo, neuroética, neuroderechos, autonomía, personalismo

Abstract

Patient autonomy is a cornerstone of contemporary bioethics. However, in the context of neurocritical patients, whose decision-making capacity is severely impaired, complex ethical dilemmas arise that require reconsidering the scope of this one. This paper analyzes the tension between respecting autonomy and the medical duty to ensure the well-being and dignity of critically ill neurological patients. Ethical frameworks such as principlism (autonomy, beneficence, non-maleficence, and justice) and personalism, which emphasizes the intrinsic dignity of each individual beyond their clinical condition, are examined. Furthermore, the contributions of diverse philosophical perspectives, including utilitarianism, virtue ethics, existentialism, and biopolitics, are discussed as they enrich the reflection on neurocritical care. In parallel, the emerging fields of neuroethics and neurorights are analyzed, particularly relevant in light of technologies capable of influencing brain activity. Key rights such as mental privacy, cognitive liberty, and personal integrity are highlighted as safeguards against potential risks of technological manipulation. Ultimately, this paper argues that autonomy in neurocritical patients must be understood as relational and contextual, shaped by vulnerability, interdependence, and the ethical responsibility of caregivers. Accordingly, it proposes an integrative model of care that combines bioethical principles, respect for dignity, and neuroethical guarantees, ensuring that the patient remains at the center of medical practice.

Keywords: Principlism, neuroethics, neurorights, autonomy, personalism



Introducción

La autonomía del paciente siempre debe respetarse, incluso si es absolutamente contraria al mejor consejo médico y a la voluntad del médico.

Jack Kevorkian

En el campo de la medicina y la bioética, el principio de autonomía se ha establecido como un pilar fundamental para guiar la toma de decisiones médicas (Beauchamp y Childress, 2019). Este principio reconoce el derecho de los pacientes a tomar decisiones informadas y a mantener el control sobre su propia atención y tratamiento. Sin embargo, en el caso de los pacientes neurocríticos, cuya capacidad de decisión puede verse gravemente comprometida, surge un complejo dilema ético: *¿cómo podemos respetar la autonomía del paciente y, al mismo tiempo, garantizar su bienestar y seguridad?*

La autonomía ocupa una doble dimensión en la práctica médica: como principio bioético y como derecho humano fundamental. En su acepción bioética, formulada por Beauchamp y Childress (2019), la autonomía se entiende como la capacidad del individuo para actuar conforme a su propio juicio y valores, libre de coerción o manipulación externa. Desde esta perspectiva, constituye un criterio normativo que guía la conducta médica y fundamenta el respeto al consentimiento informado. Sin embargo, en el plano jurídico y moral, la autonomía trasciende la práctica clínica para convertirse en un derecho inherente a la dignidad humana, reconocido en instrumentos como la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO (2005), cuyo artículo 5 establece que las decisiones sobre la salud deben respetar la autonomía y la responsabilidad de la persona. En México, este principio adquiere fuerza normativa al estar vinculado con el artículo 1º constitucional, que protege la libertad y dignidad, y con la Ley General de Salud, que reconoce el derecho del paciente a aceptar o rechazar tratamientos médicos. Así, la autonomía como principio ético inspira la deliberación clínica, mientras que su carácter de derecho asegura su exigibilidad jurídica, integrando una dimensión moral y otra legal que se complementan en la defensa de la persona frente a la vulnerabilidad que implica la enfermedad.



Los pacientes neurocríticos padecen afecciones neurológicas graves, como traumatismos craneoencefálicos, accidentes cerebrovasculares masivos o estados comatosos. En estas situaciones, a menudo carecen de la capacidad de expresar sus deseos o participar activamente en la toma de decisiones médicas. Esto plantea importantes desafíos para los profesionales de la salud y los familiares, quienes deben equilibrar el respeto a la autonomía del paciente con la obligación de brindarle la mejor atención posible. La situación se vuelve particularmente compleja cuando los valores y preferencias del paciente, ya sean expresados o interpretados previamente, entran en conflicto con los objetivos del tratamiento médico.

En el contexto neurocrítico, la autonomía adquiere un sentido relacional, pues el paciente depende de la interpretación de sus valores por parte de familiares, tutores y del equipo médico. Este carácter relacional de la autonomía ha sido señalado por autores contemporáneos en bioética, quienes sostienen que la capacidad de decisión no puede separarse de las condiciones de vulnerabilidad y de la red de apoyo social en la que la persona se encuentra. En este sentido, respetar la autonomía en pacientes con alteraciones de la conciencia implica reconocer la interdependencia humana como fundamento del cuidado ético.

Principlismo y personalismo en la toma de decisiones

El principlismo es un enfoque ético ampliamente utilizado en la bioética contemporánea. Formulado por Tom Beauchamp y James Childress (2019), este marco se basa en cuatro principios fundamentales: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. Estos principios proporcionan una guía estructurada para abordar dilemas éticos en la atención médica.

La metodología del principlismo no se limita a la enumeración de los cuatro principios, sino que propone un proceso deliberativo para su aplicación en la práctica médica. Beauchamp y Childress (2019) señalan que los principios deben funcionar como pautas *prima facie*, es decir, obligaciones morales que orientan la acción pero que pueden entrar en conflicto entre sí en situaciones concretas. La resolución de tales conflictos exige una deliberación contextual, en la que se ponderan los valores involucrados mediante el uso del razonamiento práctico (*phronesis*) y la proporcionalidad ética. En este proceso, la autonomía implica el respeto a las decisiones informadas del paciente; la beneficencia, la obligación de promover su bienestar; la no



maleficencia, el deber de evitar daño innecesario; y la justicia, la distribución equitativa de recursos y oportunidades de atención. En el ámbito de la ética médica, este enfoque metodológico se traduce en la práctica del consentimiento informado, en la evaluación de la futilidad terapéutica y en la deliberación clínica interdisciplinaria, donde los profesionales equilibran deberes técnicos y morales para garantizar una atención respetuosa de la dignidad humana.

En situaciones donde los pacientes no pueden tomar decisiones por sí mismos, los principios de beneficencia (hacer el bien) y no maleficencia (evitar el daño) cobran especial importancia. El equipo médico tiene la obligación de actuar en el mejor interés del paciente, promoviendo su recuperación y minimizando daños innecesarios. Esto implica considerar cuidadosamente los riesgos y beneficios de las intervenciones y evitar tratamientos que puedan prolongar el sufrimiento sin ofrecer beneficios significativos, un concepto conocido como futilidad médica.

Aunque ambos enfoques comparten el objetivo de orientar la acción médica hacia el respeto de la persona, difieren en su punto de partida. El principialismo se basa en normas racionales que buscan universalidad y equilibrio entre principios, mientras que el personalismo parte de la dignidad ontológica del ser humano y prioriza la inviolabilidad de la persona sobre cualquier cálculo de utilidad. En la práctica neurocrítica, esta diferencia se traduce en un diálogo constante entre la ética del deber (principios) y la ética de la persona (valores y biografía individual), lo que exige prudencia clínica y deliberación moral en cada caso.

La futilidad médica es un tema central en la atención de pacientes neurocríticos, y su manejo requiere una evaluación ética detallada y una comunicación clara con la familia. Aquí es donde las reflexiones personalistas en la ética médica cobran especial valor.

Desde una perspectiva personalista, cada individuo posee una dignidad inherente y debe ser considerado un sujeto único cuya identidad se configura a partir de valores, creencias y relaciones personales (Sgreccia, 2012). Aplicada al paciente neurocrítico, esta perspectiva insta a los profesionales sanitarios a mirar más allá del cuadro puramente clínico y a considerar la historia de vida, la cosmovisión y el contexto relacional del paciente. Por lo tanto, las decisiones sobre el tratamiento no deben limitarse únicamente a los datos médicos, sino que deben integrar las dimensiones humana y existencial del paciente. Este enfoque aboga por un proceso de toma de decisiones colaborativo y empático que involucre a la familia del paciente y al equipo sanitario.



Desde la bioética personalista, la persona es el centro y el fin de toda acción médica, y su dignidad no depende del estado funcional ni de la capacidad de decisión (Sgreccia, 2012). Este enfoque sostiene que la vida humana tiene un valor intrínseco, por lo que debe protegerse incluso cuando la autonomía o la conciencia se ven comprometidas. A primera vista, esta perspectiva podría entrar en tensión con el principialismo, especialmente cuando la protección incondicional de la vida parece contradecir la autonomía o la proporcionalidad terapéutica. No obstante, ambos enfoques pueden complementarse metodológicamente si se concibe al personalismo como el fundamento antropológico del principialismo: el primero ofrece la justificación ontológica (la dignidad de la persona), mientras que el segundo proporciona las herramientas prácticas para la deliberación moral. Así, en la atención neurocrítica, la aplicación conjunta de ambos marcos permite equilibrar el respeto a la vida y la dignidad del paciente con la prudencia clínica, favoreciendo decisiones éticamente coherentes, humanizadas y contextualizadas.

Los campos emergentes de la neuroética y los neuroderechos

A medida que avanza la neurociencia, surgen nuevos desafíos éticos, en particular con las tecnologías que pueden monitorizar, influir o manipular la actividad cerebral. La neuroética aborda las implicaciones filosóficas, legales y sociales de los avances en neurociencia y el proceso científico asociado; desde las técnicas de neuroimagen hasta las interfaces cerebro-computadora. Una preocupación central es cómo estas tecnologías transforman nuestra comprensión de la identidad, la personalidad y la autonomía (Roskies, 2002). Si los dispositivos externos pueden monitorizar o incluso alterar los procesos de pensamiento, ¿qué significa respetar la autonomía en pacientes ya vulnerables debido a la disminución de la conciencia o al deterioro cognitivo?

En respuesta, se ha propuesto el concepto de neuroderechos como derechos fundamentales para salvaguardar la esfera mental contra el posible uso indebido de las neurotecnologías; es decir, se proponen como un marco jurídico específico, una nueva categoría de Derechos Humanos, destinada a proteger la esfera mental y cerebral de las posibles amenazas que la neurotecnología plantea. Estos incluyen la libertad cognitiva, la privacidad mental, la identidad personal y la integridad psicológica (Yuste et al., 2021).



La integración de la neuroética a la toma de decisiones clínicas implica reconocer que las intervenciones en el sistema nervioso central no solo tienen consecuencias fisiológicas, sino también identitarias. Las técnicas de monitoreo intracraneal, la estimulación cerebral profunda o las interfaces cerebro-computadora, aunque útiles para la atención y rehabilitación, plantean dilemas sobre la continuidad de la identidad personal y la autonomía residual. La evaluación de estas intervenciones debe regirse por criterios de proporcionalidad terapéutica, consentimiento informado previo y respeto a la integridad cognitiva. Tabla 1, Figura 1

Estos derechos tienen por objeto garantizar que el progreso tecnológico no socave la dignidad humana ni erosione la autenticidad de la experiencia personal.

La neuroética y los neuroderechos son especialmente relevantes para los pacientes neurocríticos que se encuentran en un estado de consciencia disminuida, como el coma o el síndrome de enclaustramiento, ya que su capacidad para ejercer su autonomía y comunicar sus deseos es limitada. Estos campos buscan garantizar que, a medida que avanza la tecnología neurocientífica, se respeten la dignidad y los derechos fundamentales de los pacientes más vulnerables.

La neuroética y los neuroderechos adquieren una importancia particular en el manejo de pacientes neurocríticos con estados de conciencia disminuida, como el coma o el síndrome de enclaustramiento, donde la capacidad de autodeterminación se ve gravemente limitada. Estos derechos buscan salvaguardar la dignidad y la esfera mental de la persona frente al avance de las neurotecnologías. En primer lugar, la privacidad mental protege al individuo de cualquier intento de acceder, registrar o manipular su actividad cerebral sin consentimiento, preservando el derecho a un espacio interno inviolable. La integridad personal garantiza que ninguna intervención médica o tecnológica pueda alterar la identidad, la personalidad o el comportamiento del paciente sin una justificación terapéutica y consentimiento previo. Finalmente, la libertad cognitiva reconoce el derecho de cada persona a mantener el control sobre sus procesos mentales y decisiones, evitando toda forma de coerción neurotecnológica. Estos principios, desarrollados por autores como Ienca y Andorno (2017) y Yuste et al. (2017), constituyen un marco ético y jurídico emergente que amplía la protección de los derechos humanos hacia la dimensión más íntima de la persona: su mente.



Esta revisión busca analizar de manera exhaustiva y crítica la trayectoria de estos conceptos, desde sus fundamentos teóricos hasta sus manifestaciones regulatorias y los debates que los rodean.

Perspectivas Filosóficas

El debate sobre la neuroética y los neuroderechos no puede entenderse sin anclarlo en el diálogo entre diversas corrientes filosóficas y éticas que han moldeado la bioética contemporánea.

La atención a pacientes neurocríticos presenta desafíos éticos que se abordan desde múltiples perspectivas, interconectando la ética clínica con la filosofía. En la intersección de la bioética y los avances neurocientíficos, las filosofías del principialismo y el personalismo se integran para justificar la necesidad de los neuroderechos.

En el modelo principialista de Beauchamp y Childress, la autonomía del paciente se concibe como la capacidad de actuar de acuerdo con valores, razones y decisiones que el propio individuo reconoce como suyos, libres de coerción o manipulación externa (Beauchamp & Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, 8th ed., 2019). Esta noción de autonomía deriva en gran medida del pensamiento kantiano, particularmente de la idea de que la persona es un fin en sí misma y debe ser tratada siempre con respeto por su racionalidad y capacidad moral (Kant, *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*, 1785/2002). Así, la autonomía no se entiende como mera libertad de elección, sino como autolegislación racional, donde el sujeto moral actúa conforme a principios que podrían ser universalizados. En el ámbito clínico, esto se traduce en el respeto a las decisiones informadas del paciente, las directivas anticipadas y el consentimiento libre y voluntario. Sin embargo, la autonomía kantiana ha sido criticada por su carácter formalista y racionalista, que en ocasiones resulta difícil de aplicar en contextos donde la racionalidad del sujeto está comprometida, como en la atención neurocrítica. En pacientes con alteraciones de la conciencia o deterioro cognitivo severo, la idea de un sujeto plenamente racional y autolegislador se vuelve problemática. Diversos autores han señalado que este enfoque puede reducir la autonomía a un ejercicio meramente cognitivo, dejando de lado dimensiones relacionales, emocionales y situacionales del ser humano (Mackenzie & Stoljar, *Relational Autonomy: Feminist Perspectives on Autonomy, Agency, and the Social Self*, 2000).



En este punto, las filosofías existencialistas de Heidegger y Sartre no deben entenderse como fuentes directas del concepto de autonomía en el principialismo, sino como corrientes críticas y complementarias. Heidegger, en *Ser y tiempo* (1927), describe la existencia humana (Dasein) como un “*ser-en-el-mundo*” arrojado, caracterizado por la finitud, la temporalidad y la apertura al ser. Su enfoque no plantea una libertad racional como en Kant, sino una libertad ontológica, que se manifiesta en la posibilidad de asumir auténticamente la propia existencia frente a la muerte. Sartre, en cambio, concibe la libertad como una condena a elegir, una responsabilidad radical que define al sujeto (*El ser y la nada*, 1943).

Estas concepciones no pueden confundirse con la noción kantiana de autonomía; sin embargo, pueden enriquecerla, al introducir una comprensión más situada, encarnada y trágica de la libertad humana. En el contexto neurocrítico, donde el paciente se enfrenta a la fragilidad de la existencia y a la pérdida del control sobre su cuerpo o su conciencia, el pensamiento existencialista permite reinterpretar la autonomía no como independencia absoluta, sino como capacidad de asumir el propio destino y expresar sentido ante la vulnerabilidad.

Más que fusionar ambas tradiciones, lo valioso es ponerlas en diálogo. El principialismo aporta una estructura normativa necesaria para garantizar derechos y procedimientos éticos, como el consentimiento informado y las directivas anticipadas, mientras que el existencialismo puede ofrecer una dimensión hermenéutica y humanizadora, al recordar que la autonomía se ejerce desde la finitud y la interdependencia. En otras palabras, el respeto a la autonomía no debe entenderse solo como la aplicación de un principio formal, sino como el reconocimiento de la singularidad existencial del paciente, que se manifiesta incluso cuando su capacidad racional está disminuida.

Desde la biopolítica, Foucault y Agamben advierten cómo las instituciones pueden ejercer poder sobre la vida reduciendo la existencia a parámetros técnicos o biológicos, fenómeno particularmente visible en las unidades de terapia intensiva. Heidegger y Sartre, por su parte, permiten comprender la experiencia límite de la conciencia en la enfermedad, mostrando que incluso en la vulnerabilidad extrema persiste una dimensión existencial que exige reconocimiento y respeto. Estos enfoques permiten reconsiderar la práctica médica no solo como técnica de conservación de la vida, sino como acompañamiento ético del ser humano en su finitud.



El paciente neurocrítico se enfrenta a la fragilidad de su existencia, y las directivas anticipadas o la toma de decisiones por delegación son herramientas cruciales para respetar sus deseos, incluso cuando su autonomía se ve comprometida.

De forma complementaria, el personalismo se centra en la dignidad intrínseca y la singularidad del Ser Humano, enfatizando que la persona debe ser vista holísticamente, considerando sus dimensiones físicas, psicológicas y espirituales.

Cuando se traslada el personalismo al ámbito de la neuroética y los neuroderechos, surgen dificultades conceptuales. El personalismo teológico puede entrar en conflicto con los fundamentos seculares de los derechos humanos, ya que su noción de dignidad está anclada en la sacralidad de la vida y no necesariamente en la libertad cognitiva o la privacidad mental. En cambio, los neuroderechos, tal como los propone Ienca y Andorno (2017) en *Nature Human Behaviour*, se basan en la protección de la autonomía mental, la privacidad de los datos neuronales y la identidad personal frente a posibles intervenciones tecnológicas, lo cual responde más al paradigma liberal de la dignidad y la libertad individual.

Desde esta óptica, el personalismo puede ofrecer una dimensión complementaria al recordar el valor intrínseco de la persona y la necesidad de salvaguardar su integridad, pero no puede asumirse sin matices, ya que su sustento teológico no es compartido por los marcos jurídicos laicos que regulan los derechos humanos. En consecuencia, su uso en el discurso de los neuroderechos debe entenderse más como una inspiración ética que como un fundamento normativo.

Así, mientras el principialismo proporciona las directrices para una práctica ética responsable, el personalismo ofrece la base filosófica que justifica la protección del “yo” y de la mente, garantizando que el progreso científico respete y salvaguarde la esencia misma de la persona.

A su vez, el enfoque personalista, que se centra en la dignidad inherente y la integralidad de la persona, se entrelaza con la crítica biopolítica de Foucault y Agamben.

Desde la perspectiva foucaultiana, la medicina moderna y, más aún, la medicina intensiva o neurocrítica, encarnan formas paradigmáticas de biopoder, ya que transforman el cuerpo del paciente en un objeto de conocimiento y control técnico. Foucault no propone un fundamento ético de la dignidad, sino una analítica del poder, que busca revelar las estructuras que subordinan al



sujeto al discurso médico y científico (Foucault, El nacimiento de la biopolítica, 1979). Mientras que, Giorgio Agamben, en *Homo sacer: el poder soberano y la nuda vida* (1995), radicaliza la noción foucaultiana de biopolítica. Para él, el Estado moderno ejerce un poder soberano que incluye la vida biológica excluyéndola del orden político, reduciendo al ser humano a su pura existencia biológica: “*la vita nuda*” (vida desnuda). Esta figura, ejemplificada en el campo de concentración, representa la vida que puede ser conservada o eliminada sin consecuencias jurídicas

Desde este punto de vista, el paciente inconsciente o en estado de mínima conciencia podría metafóricamente considerarse una “vida desnuda”: un cuerpo mantenido con vida por el poder médico y tecnológico, pero privado de participación en el orden político y moral. No obstante, Agamben no busca restaurar una noción de dignidad personal o trascendencia, sino denunciar la lógica soberana que convierte la vida en objeto de gestión. Su filosofía no ofrece un fundamento normativo para la ética médica, sino una crítica ontológica al poder que produce esa reducción (Agamben, *Homo sacer*, 1995; *Lo que queda de Auschwitz*, 1998).

Desde esta última perspectiva, el paciente con pérdida de consciencia corre el riesgo de ser reducido a una “vida desnuda”, un objeto de control médico, privado de voz en el proceso de toma de decisiones. El personalismo contrarresta esta visión insistiendo en que la dignidad de la persona debe respetarse en todas las circunstancias y que la atención debe ser holística, abordando todas las dimensiones del paciente.

Aunque no pueden integrarse conceptualmente, ambas perspectivas pueden dialogar críticamente. La biopolítica de Foucault y Agamben puede servir para revelar los riesgos de despersonalización en el ámbito neurocrítico (el paciente reducido a un conjunto de signos vitales o a una “vida mantenida”), mientras que el personalismo puede reivindicar el valor moral y relacional de la persona, incluso en ausencia de conciencia o autonomía.

En este sentido, más que fusionarlas, se trata de ponerlas en tensión productiva: la biopolítica describe la reducción instrumental de la vida; el personalismo exige que el cuidado clínico resista esa reducción. Una ética neurocrítica madura podría reconocer la lucidez diagnóstica de Agamben sin adoptar su nihilismo político, complementándola con la afirmación ontológica del valor humano propia del personalismo.

Desde el punto de vista del utilitarismo, desarrollado por Jeremy Bentham y John Stuart Mill, el valor moral de las acciones está determinado por sus consecuencias, particularmente su



capacidad para maximizar la felicidad o el bienestar del mayor número de personas (Mill, 1863). El utilitarismo, al centrarse en maximizar el bienestar general, proporciona una perspectiva que considera el impacto de las decisiones no sólo en el paciente sino también en su familia y el sistema de salud.

Aplicado a los cuidados neurocríticos, este marco plantea preguntas sobre la asignación de recursos médicos limitados y la justificación de las intervenciones: ¿deberían adoptarse tratamientos agresivos si prolongan la vida pero añaden poco a la calidad de vida, o debería centrarse la atención en la comodidad y la dignidad?

Desde un punto de vista utilitarista clásico, mantener con vida a un paciente mediante tratamientos invasivos sin posibilidad razonable de recuperación neurológica podría considerarse moralmente injustificable, si las consecuencias globales —sufrimiento prolongado, angustia familiar, sobrecarga económica y escasez de recursos para otros pacientes— superan los beneficios (Mill, 1863). Bentham ya planteaba que las acciones deben evaluarse por su “tendencia a aumentar o disminuir la felicidad de aquellos cuyo interés está en juego” (Bentham, 1789, cap. 1, §2).

Este principio ha sido reinterpretado en la bioética contemporánea por autores como Peter Singer y R.M. Hare, quienes sostienen que en situaciones de recursos limitados la decisión moralmente correcta es aquella que maximiza el bienestar total, considerando tanto la intensidad como la duración de la experiencia consciente (*Singer, Practical Ethics, 2011*). Desde esta perspectiva, un tratamiento agresivo que prolonga la vida biológica sin posibilidad de consciencia o interacción no aumenta el bienestar, y por tanto, no es éticamente exigible.

La ética utilitarista de la salud pública también introduce el principio de justicia distributiva, donde los recursos deben asignarse para producir el mayor beneficio global (Daniels, *Just Health: Meeting Health Needs Fairly, 2008*). En la atención neurocrítica, esto puede implicar priorizar intervenciones que mejoren la calidad de vida y la recuperación funcional sobre aquellas que simplemente prolongan la supervivencia sin esperanza de consciencia o autonomía.

Sin embargo, los críticos del utilitarismo advierten que esta perspectiva puede poner en riesgo el valor intrínseco de la vida individual, al supeditarla a cálculos de utilidad. Por ello, algunos bioeticistas, como Amartya Sen y Martha Nussbaum, proponen complementar el utilitarismo con el enfoque de las capacidades, que reconoce que el bienestar no depende solo de



la maximización de la felicidad, sino del desarrollo de las capacidades humanas fundamentales (Nussbaum, *Creating Capabilities*, 2011).

En síntesis, una respuesta coherente desde el utilitarismo aplicado a los cuidados neurocríticos podría formularse así:

“El mantenimiento de tratamientos agresivos en pacientes sin posibilidad de recuperación significativa no es moralmente justificable si las consecuencias globales —en términos de sufrimiento, uso de recursos y afectación al bienestar colectivo— resultan negativas. En tales casos, centrar la atención en la comodidad, la dignidad y la reducción del sufrimiento puede ser más coherente con el principio utilitarista de maximizar el bienestar general.”

Esto no implica abandonar al paciente, sino redefinir el propósito del cuidado, orientándolo hacia una ética del bienestar integral más que hacia una prolongación biológica sin sentido moral o clínico.

Ahora bien, desde el punto de vista de la ética de la virtud, tal como la expone Aristóteles en la *Ética a Nicómaco* (trad. 2009, Libro II), sostiene que el fin último de la acción humana es la eudaimonía, entendida no como placer momentáneo, sino como el florecimiento pleno de la persona a través del ejercicio de la virtud. En este sentido, la virtud (*areté*) es una disposición adquirida que orienta al individuo a actuar conforme a la razón y a encontrar el justo medio entre los extremos del exceso y el defecto (Aristóteles, *Ética a Nicómaco*, 1106a–1107a).

Aplicada a la práctica médica, esta concepción teleológica implica que las decisiones clínicas no deben reducirse a la mera aplicación de reglas o a la maximización de resultados, sino que deben contribuir al florecimiento del paciente y del propio médico como agentes morales. Según Edmund Pellegrino y David Thomasma (1993), la medicina, en tanto práctica moral, tiene como *telos* el bien del paciente entendido en sentido integral: biológico, psicológico y existencial. Así, la excelencia del médico no reside únicamente en su competencia técnica, sino en su sabiduría práctica (*phronesis*), que le permite discernir qué acción concreta encarna mejor el bien humano en situaciones particulares.

En el contexto de la atención neurocrítica, donde las decisiones suelen implicar dilemas entre prolongar la vida biológica o priorizar la calidad de vida, la ética de la virtud orienta a buscar el equilibrio entre la benevolencia y la prudencia clínica, evitando tanto el exceso tecnocrático (mantener la vida sin sentido) como la omisión compasiva precipitada. La *phronesis* —descrita



por Aristóteles como la “recta razón en el obrar” (Ética a Nicómaco, 1140b)— permite al médico deliberar correctamente en medio de la incertidumbre, integrando el conocimiento técnico con la sensibilidad ética.

Este enfoque ha sido retomado en la bioética contemporánea por autores como Alasdair MacIntyre (1981), quien señala que las prácticas profesionales sólo adquieren pleno sentido moral cuando están ordenadas a un bien interno que trasciende la eficiencia o el éxito externo. En la medicina, dicho bien interno es precisamente la restauración y acompañamiento del ser humano en su vulnerabilidad, lo que devuelve al médico su papel de agente moral virtuoso.

Por tanto, la ética aristotélica no sólo complementa, sino que corrige ciertas limitaciones del principialismo moderno, al recordar que el verdadero fin de la acción médica no es únicamente cumplir normas o maximizar beneficios, sino actuar con virtud para promover la vida buena; es decir, una vida en la que el paciente y el médico florecen en su humanidad compartida, incluso frente a la enfermedad o la muerte.

Los médicos están llamados no solo a seguir principios éticos, sino también a encarnar virtudes que les permitan responder a situaciones complejas con sensibilidad y madurez moral

Con el fin de sintetizar los enfoques éticos y filosóficos relevantes en el manejo de pacientes neurocríticos, se presenta a continuación una comparación entre distintos marcos teóricos y su aplicabilidad a la neurotecnología y a la deliberación bioética. Esta tabla busca mostrar cómo cada corriente aporta herramientas conceptuales para abordar la tensión entre autonomía, dignidad y vulnerabilidad en contextos de alta complejidad médica. La Tabla 2 muestra un resumen comparativo entre las diferentes corrientes filosóficas.

Tabla 2 Marcos filosóficos y éticos comparativos en cuidados neurocríticos			
Marco Filosófico	Concepto Principal	Aplicación a la Neurotecnología	Referencias Clave
Principialismo	Cuatro principios fundamentales: Autonomía, Beneficencia,	Proporciona una guía estructurada para dilemas. Enfatiza la autonomía del paciente y la obligación de actuar en su mejor interés.	Beauchamp & Childress, 2019



Tabla 2 Marcos filosóficos y éticos comparativos en cuidados neurocríticos

Marco Filosófico	Concepto Principal	Aplicación a la Neurotecnología	Referencias Clave
	No-Maleficencia y Justicia.		
Personalismo	Valor intrínseco, dignidad e integridad de la persona.	Exige una visión holística del paciente, más allá de lo clínico. Justifica la necesidad de proteger la identidad y el "yo" a través de los neuroderechos.	Sgreccia, 2012
Utilitarismo	Maximización de la felicidad o bienestar para el mayor número de personas.	Evalúa el impacto de las decisiones en el paciente, la familia y el sistema de salud. Puede justificar la asignación de recursos basándose en el mayor bien común.	Mill, 1863
Ética de la Virtud	Se enfoca en el carácter moral y la prudencia del médico.	Resalta la importancia de la compasión y la integridad en la toma de decisiones clínicas, buscando que el profesional encarne virtudes morales.	Aristotle, trans. 2009
Biopolítica	El poder que opera sobre la vida misma, reduciendo a los individuos a "vida desnuda" (zoē).	Advierte sobre el riesgo de que los pacientes, despojados de su voz, se conviertan en objetos de control médico y tecnológico.	Foucault & Agamben
Existencialismo	La condición humana de libertad, vulnerabilidad y "ser-para-la-muerte".	Enfrenta los límites de la autonomía y la fragilidad de la existencia. Las decisiones son existenciales, ligadas al significado de la vida y la muerte.	Heidegger & Sartre



Cierre

La complejidad inherente a la atención de pacientes neurocríticos, cuya autonomía se encuentra severamente comprometida, exige una aproximación ética que trascienda la aplicación de un único principio o marco teórico. Si bien el principialismo ofrece una estructura práctica indispensable para la deliberación clínica, su carácter formalista debe ser complementado por otras corrientes filosóficas que aborden la riqueza y vulnerabilidad de la persona.

Una conclusión fundamental es que la ética en la neurocirugía y la medicina neurocrítica no puede ser monofocal. La deliberación debe estar anclada en la dignidad intrínseca de la persona, como lo sostiene el personalismo, que humaniza el acto médico y lo aleja de la mera gestión biológica. Este enfoque se complementa con las críticas de la biopolítica, que nos advierte sobre el riesgo de reducir al paciente a una "vida desnuda" susceptible de control técnico.

La llegada de las neurotecnologías y los avances en neurociencia hacen imperativo un marco jurídico y ético específico. La emergencia de los neuroderechos, como la privacidad mental, la integridad psicológica y la libertad cognitiva, no es un mero formalismo, sino una respuesta necesaria para salvaguardar la identidad y la esencia de la persona en la era digital. Estos derechos extienden la protección de la autonomía a un nivel neurológico, garantizando que el progreso tecnológico no erosione la dignidad humana.

El artículo subraya la importancia de que los profesionales de la salud no solo apliquen principios, sino que encarnen virtudes. La ética de la virtud, con su énfasis en la prudencia (*phronesis*) y la sabiduría práctica, permite al equipo médico navegar por la incertidumbre y tomar decisiones contextualizadas. En este sentido, la deliberación ética se convierte en un acto de sabiduría moral que busca el florecimiento integral del paciente, incluso en las circunstancias más extremas.

En última instancia, el manejo ético de los pacientes neurocríticos requiere una síntesis dialógica: usar el principialismo como guía, fundamentarlo en la dignidad del personalismo, estar alerta a los riesgos de deshumanización que revela la biopolítica y actuar con la madurez moral que inspira la ética de la virtud. Esta integración de saberes filosóficos y clínicos es la única vía para garantizar una atención humanizada, protectora y respetuosa con la esencia más íntima de la



persona. La conclusión, por tanto, no es la supremacía de un principio, sino la necesidad de una reflexión ética robusta y multidimensional.



Referencias

- Agamben, G. (1998). *Homo sacer: Sovereign power and bare life*. Stanford University Press.
- Agamben, G. (1998). *Lo que queda de Auschwitz: el archivo y el testigo*. Pre-Textos, 2000.
- Aristóteles. *Ética a Nicómaco*. Trad. María Araujo y Julián Marías. Madrid: Gredos, 2009.
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). *Principles of biomedical ethics* (8th ed.). Oxford University Press.
- Críticas, a. declaración universal sobre bioética y derechos humanos de la unesco (2005). La eficacia de los comités.
- Daniels, N. (2008). *Just Health: Meeting Health Needs Fairly*. Cambridge University Press.
- De Salud, L. G., & UNICO, C. (2012). Ley General de Salud. *Octavo bis de los Cuidados Paliativos a los Enfermos en Situación Terminal. Capítulo II, Artículo, 166*.
- Foucault, M. (1976). *The history of sexuality, Vol. 1: An introduction*. Pantheon Books.
- Foucault, M. (1978). *Seguridad, territorio, población*. Fondo de Cultura Económica, 2006.
- Foucault, M. (1979). *El nacimiento de la biopolítica*. Fondo de Cultura Económica, 2007.
- Hare, R. M. (1981). *Moral Thinking: Its Levels, Method, and Point*. Oxford University Press.
- Heidegger, M. (1927). *Ser y tiempo*. Trotta, 2003.
- Heidegger, M. (1962). *Being and time* (J. Macquarrie & E. Robinson, Trans.). Harper & Row. (Original work published 1927)
- Ienca, M., & Andorno, R. (2017). Towards new human rights in the age of neuroscience and neurotechnology. *Life Sciences, Society and Policy*, 13(1), 5.
- Kant, I. (1785/2002). *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*. Alianza Editorial.
- Mackenzie, C., & Stoljar, N. (Eds.). (2000). *Relational Autonomy: Feminist Perspectives on Autonomy, Agency, and the Social Self*. Oxford University Press.
- MacIntyre, A. (1981). *After Virtue: A Study in Moral Theory*. University of Notre Dame Press.
- Maritain, J. (1936). *Humanismo integral*. Ediciones Encuentro, 2006.
- Mill, J. S. (1863). *Utilitarianism*. Parker, Son, and Bourn.
- Mounier, E. (1949). *El personalismo*. Ediciones Rialp.
- Nussbaum, M. (2011). *Creating Capabilities: The Human Development Approach*. Harvard University Press.



- Pellegrino, E. D., & Thomasma, D. C. (1993). *The Virtues in Medical Practice*. Oxford University Press.
- Roskies, A. (2002). Neuroethics for the new millennium. *Neuron*, 35(1), 21–23.
- Sartre, J.-P. (1992). *Being and nothingness* (H. E. Barnes, Trans.). Washington Square Press. (Original work published 1943)
- Sgreccia, E. (2012). *Personalist bioethics: Foundations and applications*. National Catholic Bioethics Center.
- Singer, P. (2011). *Practical Ethics* (3rd ed.). Cambridge University Press.
- Yuste, R., Goering, S., Bi, G., Carmena, J. M., Carter, A., Fins, J. J., ... & Wolpe, P. R. (2021).
- Wojtyła, K. (1969). *Persona y acción*. Biblioteca de Autores Cristianos, 2011

Anexo

Problemas Bioéticos en el paciente Neurocrítico

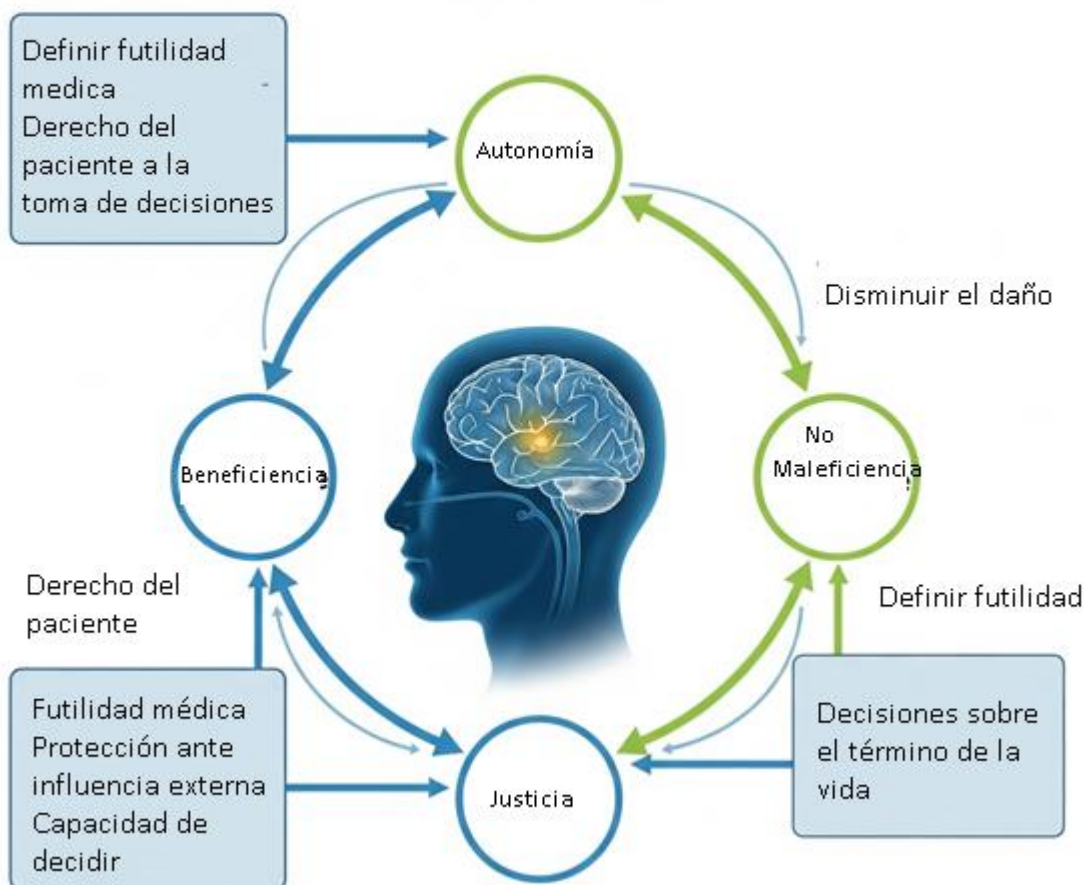


Figura 1: Problemas bioéticos en cuidados neurocríticos. Este diagrama esquematiza los problemas bioéticos que surgen en estos cuidados. Muestra la interconexión entre los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia con dilemas clínicos específicos, como la futilidad médica y las decisiones sobre el final de la vida. El diagrama enfatiza que la toma de decisiones en este contexto es un proceso complejo y cíclico, cuyo objetivo es equilibrar el respeto a la autonomía del paciente con la obligación de minimizar el daño y garantizar un trato justo.