

# AGENDA 2030

Desafíos éticos para la equidad en la salud pública  
en España e Iberoamérica



Ramón Ortega,  
Francisco Herrera e  
Íñigo Álvarez (eds.)

PLAZA Y VALDÉS

EDITORES



# AGENDA 2030



# **AGENDA 2030**

## **Desafíos éticos para la equidad en la salud pública en España e Iberoamérica**

Ramón Ortega Lozano, Francisco Herrera Jeldres  
e Íñigo Álvarez Gálvez (eds.)





**ESCUELA  
DE ENFERMERÍA  
Y FISIOTERAPIA**



**SAN JUAN DE DIOS**

Este libro forma parte de los resultados de investigación de la red Laboratorio Iberoamericano de Ética y Salud Pública (LIBERESP: 623RT0148), financiada por el Programa Iberoamericano de Ciencia y Tecnología para el Desarrollo (CYTED).

Primera edición, 2026

© Ramón Ortega Lozano, Francisco Herrera Jeldres e Íñigo Álvarez Gálvez, 2026

© Plaza y Valdés Editores, 2026



Este libro está disponible en acceso abierto bajo la licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

Plaza y Valdés, S. L.  
Paseo del Rey, 4  
28008 Madrid (España)  
☎ (34) 918126315  
[madrid@plazayvaldes.es](mailto:madrid@plazayvaldes.es)  
[www.plazayvaldes.es](http://www.plazayvaldes.es)

Diseño de cubierta: María Rosa Encinas

e-ISBN: 979-13-87880-18-7

DOI: <https://doi.org/10.5211/9791387880187>

IBIC: MBDC, MBN

# ÍNDICE

|                                                                                                                                                                                                                   |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Introducción. <i>Ramón Ortega Lozano, Francisco Herrera Jeldres e Ínigo Álvarez Gálvez</i> .....                                                                                                                  | 9  |
| 1. Problemas éticos de salud pública en los adultos mayores. <i>Tirso Zúñiga Santamaría, Ínigo Álvarez Gálvez, Txetxu Ausín Díez y Liliana Mondragón Barrios</i> .....                                            | 15 |
| 1.1. Discriminación de los adultos mayores en la atención a la salud .....                                                                                                                                        | 15 |
| 1.2. La soledad en los adultos mayores: una cuestión de salud pública y desigualdad .....                                                                                                                         | 18 |
| 1.3. Decisiones de los adultos mayores al final de la vida y los sistemas de salud .....                                                                                                                          | 22 |
| 1.4. Desafíos éticos en la investigación del envejecimiento ...                                                                                                                                                   | 26 |
| 1.5. Conclusiones .....                                                                                                                                                                                           | 30 |
| Bibliografía .....                                                                                                                                                                                                | 30 |
| 2. Desafíos ambientales y ética de la salud pública. <i>Cristian Moyano Fernández, Eleaneth Baltodano-Viales, Francisco Javier Gil Martín, María Victoria Martínez-López y Luis Arturo Martínez-Vásquez</i> ..... | 35 |
| 2.1. Breve repaso de las transformaciones ambientales y sus impactos sanitarios .....                                                                                                                             | 36 |
| 2.2. Reflexiones para una ética de la salud pública .....                                                                                                                                                         | 41 |
| 2.3. Conclusiones .....                                                                                                                                                                                           | 48 |
| Bibliografía .....                                                                                                                                                                                                | 49 |

|                                                                                                                                                                                                                                       |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 3. Derechos sexuales y reproductivos: retos éticos para la salud pública. <i>Jimmy Washburn Calvo, Magdalena Caccia, María Graciela de Ortúzar, Verónica Fiol, Susana Rostagnol y Marina Sorgi Rosenthal</i> .....                    | 53 |
| 3.1. Cuerpos y política en Costa Rica: la eliminación del Programa de Educación de la Afectividad y Sexualidad .....                                                                                                                  | 55 |
| 3.2. Técnicas de reproducción humana asistida en Uruguay: logros normativos y barreras persistentes .....                                                                                                                             | 58 |
| 3.3. Justicia reproductiva desde los márgenes: cuerpos de sacrificio, vulnerabilidad y autonomía relacional en Argentina .....                                                                                                        | 64 |
| 3.4. Conclusiones .....                                                                                                                                                                                                               | 72 |
| Bibliografía .....                                                                                                                                                                                                                    | 73 |
| 4. Mapeando el terreno ético del uso de la inteligencia artificial en la salud pública en un contexto iberoamericano. <i>Gonzalo Díaz-Cobacho, Francisco Herrera Jeldres, Ramón Ortega Lozano y Francisco Rosero Villarreal</i> ..... | 77 |
| 4.1. Desafíos éticos del uso de la IA en la salud pública .....                                                                                                                                                                       | 78 |
| 4.2. Recomendaciones para la implementación de la IA en la salud pública en Iberoamérica .....                                                                                                                                        | 88 |
| 4.3. Conclusiones .....                                                                                                                                                                                                               | 91 |
| Bibliografía .....                                                                                                                                                                                                                    | 91 |
| Autoras y autores del libro .....                                                                                                                                                                                                     | 95 |

## INTRODUCCIÓN

Ramón Ortega Lozano, Francisco Herrera Jeldres e Íñigo Álvarez Gálvez

Nos es muy grato presentar a los lectores esta obra colectiva sobre algunos problemas éticos en relación con la salud pública en España e Iberoamérica. Se trata de uno de los resultados generados por la red Laboratorio Iberoamericano de Ética y Salud Pública (LIBERESP: 623RT0148), que constituye una de las redes temáticas financiadas por el Programa Iberoamericano de Ciencia y Tecnología para el Desarrollo (CYTED) y que involucra a instituciones y grupos de siete países (por orden alfabético según el país):

- Grupo Bioética y Derecho a la Salud de la Universidad Nacional de La Plata (Argentina).
- Centro de Estudios de Ética Aplicada (CEDEA) de la Facultad de Filosofía y Humanidades de la Universidad de Chile (Chile).
- Grupo Ética, Sociedad e Investigación: Mejoramiento Humano con Tecnología de la Universidad de Costa Rica (Costa Rica).
- Sociedad Ecuatoriana de Salud Pública (Ecuador).
- Grupo de Ética Salubrista para la Acción, Cuidados y Observación Social (ESPACyOS) (España).
- Observatorio Mexicano de Bioética (OMEBI) (México).
- Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación de la Universidad de la República (Uruguay).

Desde hace tres años, los investigadores de las instituciones y los grupos de los países involucrados hemos venido colaborando en la conformación de este laboratorio de ética y salud pública, con el fin de intercambiar experiencias y promover la equidad en la salud a través de acciones de investigación, divulgación y docencia. Los obje-

tivos del laboratorio han sido claros desde el comienzo: con nuestras actividades buscamos promover el fortalecimiento de la responsabilidad social y la integridad en el sistema de ciencia, innovación e investigación en la salud pública; favorecer la transferencia y la diseminación de buenas prácticas; incorporar la perspectiva de la diversidad y la pluralidad de los pueblos y las comunidades en las cuestiones de salud pública; así como incentivar el debate ético entre los actores involucrados, como un componente permanente y constitutivo.

Con tales propósitos, en la red hemos desarrollado numerosas actividades, desde poner en marcha el Seminario Permanente LIBERESP con una periodicidad mensual, donde se han debatido variadas cuestiones sobre ética y salud pública, hasta los encuentros, seminarios y congresos (en México en 2023, en Costa Rica en 2024, en Chile en 2025 y en Madrid en 2026) en los que se ha dado cita un grupo nutrido de investigadores internacionales para tratar los temas propios de cada reunión, pasando por las publicaciones correspondientes —como, por ejemplo, el reciente número de la Revista *Ethika+* (2025); el libro *Con la salud pública no se juega. Ética y política de la salud colectiva* (Plaza y Valdés, 2025); el libro *Ética y salud pública. Propuesta para su integración institucional* (Plaza y Valdés, 2025) y un gran listado de publicaciones científicas que pueden verse en nuestra web—.

La presente obra, *Agenda 2030: desafíos éticos para la equidad en la salud pública en España e Iberoamérica*, es una obra colectiva que tiene su origen en las reflexiones que se han ido generando entre las personas que integran LIBERESP. Resulta patente que hay muchos temas que han quedado fuera del libro. Somos conscientes de que no se pueden tratar todos (ni siquiera todos los que quisiéramos), pues los problemas de ética y salud pública que aquejan a nuestras sociedades son numerosos, y los que se tratan tampoco pueden abordarse con la profundidad que merecen. No obstante, hemos querido ofrecer este resultado académico como muestra de un pensamiento filosófico

activo y con la intención de contribuir al necesario debate (filosófico, político, económico, social), permanentemente abierto, sobre cuestiones esenciales que nos preocupan (que deben preocuparnos) y que afectan tanto a la comunidad iberoamericana como al mundo.

Los asuntos que nos han parecido prioritarios han sido agrupados en los cuatro capítulos que componen el libro. En el primer capítulo, coordinado por Tirso Zúñiga Santamaría (México), se aborda la situación de las personas mayores; participan también\* Íñigo Álvarez Gálvez (Chile), Txetxu Ausín Díez (España) y Liliana Mondragón Barrios (México). En una sociedad que aumenta y envejece de manera imparable, se hace necesario reflexionar sobre los problemas que afectan a un grupo cada vez más numeroso (al que la mayoría de nosotros perteneceremos algún día), que demanda respuestas progresivamente más urgentes y debe recibir la consideración que merece.

El segundo capítulo, coordinado por Cristian Moyano Fernández (España), se dedica a las consecuencias de la crisis medioambiental; cuenta con la colaboración de Eleaneth Baltodano-Viales (Costa Rica), Francisco Javier Gil Martín (España), María Victoria Martínez-López (España) y Luis Arturo Martínez-Vásquez (Costa Rica). Considerando algunas líneas de desarrollo de nuestras sociedades, no cabe duda de que existe un riesgo cierto y claro de agravar la crisis medioambiental en la que nos hallamos hasta un punto de no retorno. La gravedad de la situación exige que seamos capaces de afrontar con decisión una reflexión seria en la que se examinen los problemas a corto y a largo plazo y se ofrezcan propuestas razonables que permitan tanto nuestro desarrollo como que eviten nuestra destrucción y la del planeta.

---

\* En cada capítulo, los autores se mencionan por orden alfabético después del coordinador.

El tercer capítulo, coordinado por Jimmy Washburn Calvo (Costa Rica), trata de las cuestiones sobre la salud sexual y reproductiva; también participan Magdalena Caccia (Uruguay), María Graciela de Ortúzar (Argentina), Verónica Fiol, Susana Rostagnol (Uruguay) y Marina Sorgi Rosenthal (Argentina). Se trata de uno de los asuntos igualmente urgentes de nuestras actuales sociedades, que se caracterizan, entre otros muchos elementos, por incorporar este debate acerca de los derechos de la reproducción y la salud sexual. Atrás quedan los tiempos en los que las respuestas a estos problemas estaban dadas y se presentaban como algo indiscutible, sin que, por otro lado, hayamos arribado a un consenso social claro y preciso. El debate sigue abierto y es oportuno ofrecer elementos para abordar una reflexión profunda.

Por último, el cuarto capítulo, coordinado por Gonzalo Díaz-Cobacho (España), se dedica a la inteligencia artificial y la salud pública; cuenta con la colaboración de Francisco Herrera Jeldres (Chile), Ramón Ortega Lozano (España) y Francisco Rosero Villarreal (Ecuador). No es necesario llamar la atención sobre la importancia que tiene la inteligencia artificial en todos los aspectos de nuestras vidas (y también, por descontado, en el ámbito de la salud pública). Pero no es fácil decir si toda esta intervención de la inteligencia artificial vaya a suponer algo ventajoso o beneficioso. Sin duda, existen riesgos (algunos inimaginables todavía) y, sin duda, debemos meditar acerca del uso que se puede hacer de estos instrumentos, cada vez más sofisticados, y de los límites que pueden o deberían ser establecidos.

Con las particularidades que puedan derivarse de cada tema, en todos los capítulos hemos procurado mantener una estructura similar. Por lo pronto, todos ellos pretenden dar de manera sintética una visión panorámica de la problemática actual y prevista para la presente década (como se quiere indicar con la referencia en el título a la Agenda 2030) y dar cuenta de los retos principales para la salud pública a los que se enfrentan los diferentes países, mostrando cómo

## INTRODUCCIÓN

la ética puede y debe contribuir al debate ofreciendo los necesarios elementos para una reflexión racional y consistente.

Por último, queremos agradecer al director de la editorial Plaza y Valdés en España, Marcos de Miguel, el que haya tenido a bien acoger esta publicación colectiva. Confiamos en poder colmar sus expectativas y las expectativas de las personas que la lean.



# **1. PROBLEMAS ÉTICOS DE SALUD PÚBLICA EN LOS ADULTOS MAYORES**

Tirso Zúñiga Santamaría, Íñigo Álvarez Gálvez, Txetxu Ausín Díez  
y Liliana Mondragón Barrios

La investigación biodemográfica actual muestra que tanto la esperanza de vida como la longevidad de la población mundial han aumentado notablemente en el último siglo. Este fenómeno ha sido resultado, entre otros motivos, de los avances científicos en biomedicina. En este sentido y debido a que es evidente que se han aumentado los años de vida, surgen cuestionamientos como los siguientes: ¿a quién y cómo está favoreciendo la atención a la salud con la generación de este conocimiento?; ¿se ha hecho lo mismo con relación a la calidad de vida?; ¿cuáles son las implicaciones sociales que la investigación médica ha tenido en el envejecimiento?

Estas preguntas plantean una serie de reflexiones éticas circundantes al envejecimiento por lo que es fundamental abordar problemáticas en los adultos mayores como la discriminación, la soledad y el aislamiento, las decisiones al final de la vida y las implicaciones de todas ellas en los sistemas de salud y las políticas públicas, así como las consideraciones éticas en la investigación sobre el envejecimiento.

## **1.1. DISCRIMINACIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES EN LA ATENCIÓN A LA SALUD**

La atención a la salud de los adultos mayores (AM), por lo general, es abordada de manera reduccionista y desfragmentada mediante aspectos clínicos o sociales asociados a las patologías que se presentan

en esta etapa de la vida. No obstante, Vértiz-Ramírez *et al.* (2024) plantean que los AM atraviesan dos procesos: el primero es inherente al proceso de envejecimiento natural, en cuanto cambios fisiológicos que no están relacionados con enfermedades, como la disminución de ciertas funciones sensoriales, motoras, cognitivas o inmunitarias, etc. El segundo proceso está vinculado con enfermedades como cardiopatías, accidentes cerebrovasculares, neoplasias, demencias y depresión, etc., que se manifiestan entre un 10 y un 15 % en la población mundial envejecida, con una multimorbilidad del 98 %, lo que genera otros problemas, como las interacciones medicamentosas derivadas de la polifarmacia.

Estos procesos exponen el nivel individual con la interacción de determinantes estructurales, económicos, geográficos y sociales que afectan la atención a la salud de los AM. Por ejemplo, se ha documentado que condiciones socioeconómicas como pobreza, desempleo, edadismo, aislamiento/soledad, género, disminución de autonomía o maltrato pueden repercutir en la disponibilidad y accesibilidad de los servicios de salud que son necesarios en la aparición de ambos procesos, ya sea para la prevención en el caso del primer proceso, como para el tratamiento en el segundo (Vértiz-Ramírez *et al.*, 2024).

A pesar de que la accesibilidad es parte de las dimensiones específicas del derecho al acceso a la salud (DS) como uno de los derechos humanos, garantizarla para los AM ha cobrado mayor relevancia ante la discriminación por edadismo que se está presentando en la atención de la salud (Brito Sosa *et al.*, 2023; Vértiz-Ramírez *et al.*, 2024). El edadismo, entendido como los estereotipos (dimensión cognitiva: cómo pensamos), los prejuicios (dimensión afectiva: cómo nos sentimos) y la discriminación (dimensión conductual: cómo actuamos) hacia las personas en función de su edad (Araújo *et al.*, 2023; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021), es la forma de discriminación que sufren los AM más frecuentemente en la atención médica, hasta en un 10 % del total (Jackson *et al.*, 2019; Brito Sosa *et al.*, 2023).

Este edadismo puede ocasionar en los AM un diagnóstico tardío, debido a que el personal de la salud considera ciertos padecimientos como inherentes al envejecimiento. También puede afectar en el tratamiento. Por ejemplo, los AM tienen menos probabilidades que los pacientes más jóvenes de recibir tratamientos potencialmente curativos en enfermedades crónicas como el cáncer o la diabetes, o bien se evitan o no se priorizan intervenciones necesarias (González *et al.*, 2024; Jackson *et al.*, 2019), incluso en emergencias sanitarias, como la acontecida en la pandemia del COVID-19 (Cesari y Proietti, 2020; Hortal-Carmona *et al.*, 2021).

Durante la pandemia del COVID-19 (virus SARS-CoV-2), en diversos países como Italia, España o México, se emitieron recomendaciones de ética clínica para la asignación de tratamiento en situaciones excepcionales de recursos limitados, cuyo criterio principal fue la edad; es decir, que los AM quedaban al margen del ingreso a la unidad de cuidados intensivos y del uso de dispositivos para la ventilación mecánica asistida necesaria para los pacientes críticos con COVID-19. Esto fue consecuencia de la presencia de sus comorbilidades graves, fragilidad, estado funcional y, en general, una menor probabilidad de supervivencia a esta enfermedad. Este criterio se sustentó en maximizar los beneficios para el mayor número de personas y en el edadismo institucional, el cual apunta a políticas y prácticas de las instituciones que restringen injustamente las oportunidades y perjudican sistemáticamente a las personas debido a su edad (Cesari y Proietti, 2020).

La OMS lanzó en 2021 el *Informe mundial sobre el edadismo*, con el propósito de combatir la discriminación etaria, por concebirla una barrera en la elaboración y ejecución de políticas públicas eficaces para un envejecimiento saludable (González *et al.*, 2024). Algunas de sus propuestas versan sobre tres estrategias para reducir el edadismo: la política y la legislación, las actividades educativas y las intervenciones de contacto intergeneracional. La primera estrategia plantea la aplicación efectiva de las políticas y las leyes que abordan

la discriminación, la desigualdad y los derechos humanos, las cuales aplicarían al edadismo institucional, especialmente, en el ámbito de la salud (OMS, 2021).

No obstante, el edadismo es solo una parte de la discriminación que sufren los AM en lo que respecta a la atención de la salud. En este sentido, es urgente contrarrestar las prácticas discriminatorias poniendo en marcha mecanismos que garanticen el derecho a la salud, fortaleciendo la capacidad organizacional de los sistemas de salud para optimizar la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, permitiendo que se brinde una atención incluyente y equitativa, con un enfoque centrado en la diversidad y la singularidad, considerando las necesidades físicas, cognitivas y emocionales de los AM, así como los determinantes sociales circunscritos (González *et al.*, 2024; Brito Sosa *et al.*, 2023; Vértiz-Ramírez *et al.*, 2024).

## 1.2. LA SOLEDAD EN LOS ADULTOS MAYORES: UNA CUESTIÓN DE SALUD PÚBLICA Y DESIGUALDAD

La soledad parece haber emergido como un tema de nuestro tiempo. Sin embargo, lo correcto es hablar de soledades, en plural, como un fenómeno complejo, diverso y multifactorial. De entrada, hay que distinguir entre una soledad voluntaria —sinónimo de recogimiento e introspección— de una soledad no voluntaria —que provoca desazón, malestar, desasosiego y un amplio abanico de sentimientos negativos como tristeza, angustia, miedo y confusión, que se proyectan al futuro como pesimismo (Ortega, 2025)—.

Esta soledad no deseada combina tanto la experiencia de una carencia en la cantidad y calidad de los vínculos significativos con otras personas (desconexión emocional) como el aislamiento social y la privación de redes sociales en el entorno próximo; lo que provoca malestar emocional.

Si bien esta soledad dolorosa no es privativa de ningún grupo de edad, los AM atraviesan una serie de acontecimientos biográficos que desencadenan el precipicio de la soledad: la pérdida de seres queridos, de la pareja, la lejanía de hijos e hijas, la enfermedad, el deterioro físico y cognitivo, la movilidad reducida, los obstáculos en las infraestructuras y el entorno próximo, la vida en contextos institucionalizados como las residencias geriátricas; todos estos factores se correlacionan con sentimientos de soledad. A la sensación de fracaso e impotencia que padecen los AM en situación de soledad se une una acusada percepción de ser redundante en la vida de los demás (exclusión relacional).

Para la OMS (World Health Organization, 2021), la soledad será el próximo gran determinante social de la salud, ya que las investigaciones recientes están revelando que las «conexiones sociales» tienen mayores efectos sobre la salud que otros determinantes sociales estudiados, como el empleo, la vivienda, la nutrición o la estabilidad económica.

La soledad y el aislamiento están vinculados con el descenso del sistema inmune, las enfermedades cardiovasculares y los problemas de salud mental como la ansiedad, la depresión y las demencias (Cacioppo *et al.*, 2015) y se cree que está detrás de la creciente tasa de suicidios en las sociedades occidentales (Abellán *et al.*, 2020). También se relacionan con la reducción de la calidad de vida a través de varias conductas de riesgo (los hábitos de salud de personas que se sienten solas se resienten o disminuyen respecto de aquellas personas que están socialmente conectadas), ya que una red social inexistente puede conducir a comportamientos y hábitos poco saludables como fumar, abuso del alcohol o del juego, sedentarismo, alimentación inadecuada o mala calidad del sueño.

Existen investigaciones que relacionan la soledad no deseada y el aislamiento social con la aparición de morbilidad y mortalidad. El metaanálisis de Holt-Lunstad *et al.* (2015) analizó el impacto de

la soledad en la mortalidad de la población. Durante la investigación, las personas que estaban aisladas socialmente o en soledad o que vivían solas al inicio del estudio tenían más probabilidades de fallecer (la soledad aumenta las probabilidades de mortalidad en un 26 %), independientemente de la edad, el estado socioeconómico, la duración del estudio y las covariables analizadas.

Pero la falta de interacción social, contacto y lazos significativos no solo tiene impacto en la salud física de las personas, sino que también amenaza la salud mental: depresión, ansiedad, angustia, psicosis y demencias. Entre las personas usuarias de servicios de salud mental, el sentimiento de soledad es mayor y el tamaño de la red social es menor, respecto a la población en general (Losada *et al.*, 2012; Wang *et al.*, 2018).

La soledad no deseada está fuertemente condicionada por una serie de determinantes sociales («gradientes socioeconómicos de la soledad»), de modo que esta soledad dolorosa está directamente relacionada con patrones de (des)ventaja social en ámbitos como la pobreza, el género, la cultura, el espacio, la institucionalización y la diversidad funcional. La estratificación social, esto es, la distribución desigual de recursos y oportunidades genera diferencias en la exposición al riesgo de soledad no deseada, vulnerabilidad ante esa exposición y, finalmente, consecuencias de la mala salud (la cual contribuye a la soledad, cerrándose un peligroso círculo vicioso).

Por tanto, la soledad está determinada socialmente y responde a factores de desigualdad que no deberían ser encubiertos por la patologización o naturalización de la soledad no deseada («pandemia de soledad», «enfermedad de la soledad», etc.). Estos factores son los siguientes: la edad, el género, los recursos, la cultura, la arquitectura o el planeamiento urbano; lo que apunta a la necesidad de un enfoque interseccional para estos determinantes sociales de la soledad.

A continuación, se explican algunos determinantes sociales relacionados con la situación de las personas mayores:

- Género: se da una feminización de la soledad (y de la vejez) que va unida a una condición económica precaria de muchas mujeres viudas (Pérez *et al.*, 2020).
- Cuidados: se ha detectado mayor prevalencia de soledad en personas que ejercen cuidados en el ámbito familiar, especialmente si lo hacen sin apoyo social o institucional (Arimoto y Tadaka, 2021). Normalmente son mujeres que viven recluidas en el espacio doméstico, cuidando a menores, dependientes o adultos mayores que, una vez termina su tarea, han perdido la oportunidad de establecer vínculos sociales significativos.
- Enfermedad / diversidad funcional: las situaciones en las que una persona puede necesitar un cuidado de mayor intensidad, como la enfermedad o la discapacidad, usuales en la vejez, también son situaciones en las que es habitual el sentimiento de soledad (De los Cobos, 2016).
- Cultura/migración: la ausencia de conexiones íntimas, combinada con la falta de adaptación cultural crea una «soledad cultural» en migrantes que añoran su entorno cultural y lingüístico.
- Arquitectura/urbanismo: ciudades y viviendas inhóspitas para personas dependientes y AM, debido a aceras pequeñas, el tráfico, casas antiguas sin ascensores, espacios sin facilidad de acceso, falta de equipamientos comunitarios, falta de contacto con la naturaleza.
- Institucionalización: las residencias geriátricas constituyen entornos pautados y con muchas personas, pero no siempre estar rodeado de gente contribuye a sintonizar ni a establecer vínculos significativos, sino que puede aumentar la sensación de soledad, de falta de sintonía («soledad sintónica»). Algunos estudios indican que el 35 % de las personas mayores institucionalizadas se sienten solas (Gardiner *et al.*, 2020). Esta soledad es especialmente acusada en AM homosexuales y trans, lo que obliga en muchos casos a ocultar su condición

cuando ingresan en una residencia —véase la reciente película española *Maspalomas* (Goenaga y Arregi, 2025)—.

La soledad no deseada, por tanto, no es un mero asunto privado y particular, sino un asunto social y político. Es un enorme problema de salud pública, que remite asimismo a desigualdades e injusticias (Moscoso y Ausín, 2021).

### 1.3. DECISIONES DE LOS ADULTOS MAYORES AL FINAL DE LA VIDA Y LOS SISTEMAS DE SALUD

Una de las cuestiones que se tienen que considerar cuando se trata de la vejez es la de las condiciones de permanente deterioro y declive (físico, cognitivo, social) en las que viven los AM, que conforman un panorama más negativo y sombrío que alegre y esperanzado.

La situación de estas personas puede ser, por descontado, muy variada; no se puede hablar de un colectivo homogéneo ni caracterizar a todos ellos con una serie de rasgos comunes, ni se pueden proponer soluciones o presentar respuestas generales y válidas para todos. En cualquier caso, en tales condiciones se puede plantear un problema bioético a propósito de la disposición de la propia vida. Cabe la posibilidad de que algunos AM tomen la decisión de morir. ¿Cómo se puede abordar esta cuestión?

Por lo pronto, debemos tener en cuenta las reflexiones que se hacen a propósito de la eutanasia, pues el fundamento que se emplea en esta afecta (o puede afectar) a otras muertes que no se califican de eutanasia.

Uno de los argumentos que suelen emplearse para validar la eutanasia es el que tiene que ver con el consentimiento que da el sujeto pasivo, de manera que la cuestión central de la eutanasia se refiere, en suma, a la posibilidad del sujeto pasivo de decidir morir.

Esta posibilidad se fundamenta en el derecho a morir (o a morir dignamente), que se dice que poseen todos los individuos. En el ámbito jurídico, aunque este derecho, así expresado, no se encuentra fácilmente en las legislaciones, es posible derivarlo de otros derechos ya establecidos y, especialmente del derecho a la libertad ideológica, que permite tener y poner en práctica las ideas que uno desee, siempre y cuando no se sobrepasen determinados límites. En general, tales límites tienen que ver con el orden público, con el daño a terceros o con la capacidad del titular del derecho. Fuera de esos límites hay que considerar, por tanto, que el ejercicio del derecho es válido y es, en suma, el reflejo de una voluntad libre.

Ahora bien, parece difícil circunscribir este derecho exclusivamente al ámbito de la eutanasia. Si los individuos tienen un derecho a la libertad ideológica, podrán ejercerlo en los momentos que consideren oportunos, salvo que podamos aportar un argumento suficientemente sólido para limitarlo. No existiendo tal argumento, eso nos lleva a la conclusión de que el derecho a la libertad ideológica nos permite tener y poner en práctica las ideas que queramos cuando lo consideremos conveniente (también las ideas sobre la muerte propia).

¿Qué ocurre, entonces, con los AM que decidan morir? Por un lado, podemos pensar que el ejercicio de su derecho es reflejo de su voluntad autónoma; por otro lado, también podemos entender que esa autonomía está influida, de algún modo, por las circunstancias en las que viven (que pueden afectar o condicionar su autonomía).

Hay que tener en cuenta, además, que este grupo de personas es numeroso y está incrementándose a un ritmo acelerado. La población, en definitiva, envejece. Y eso hace que la cuestión a la que nos referimos pueda llegar a producirse con más frecuencia y pase de ser un asunto privado a ser una cuestión de salud pública.

Como hemos señalado, estas personas entran en un periodo de sus vidas en el que se cierran o se acaban muchas actividades y se

produce un deterioro físico y cognitivo notorios. En definitiva, entrar en este periodo de la vida significa, de una u otra manera, ver cómo el mundo propio (el mundo que uno ha hecho y en el que se ha hecho) va transformándose y desapareciendo; va siendo sustituido por otro mundo diferente, en el que uno mismo va siendo desplazado al margen, como se ha comentado antes al referirnos a la soledad no deseada.

Es verdad que se puede afrontar esta situación con un espíritu amable y dispuesto, como podemos leer en *De senectute* de Cicerón (2004), pero también lo es que con frecuencia se vive con otros sentimientos (resignación, decepción, desengaño, melancolía) y con una sensación de marginación, incompreensión, minusvaloración o desprecio, como vemos en el trabajo homónimo de Bobbio (1997). A ello se unen, en muchos casos, otras circunstancias negativas como la precariedad económica, la exclusión social, la soledad.

No se trata, por lo demás, de preguntarse cuántos individuos se ven obligados a sufrir una vida hostil; se trata más bien de preguntarse por el tipo de sociedad que hemos configurado, en la que se exigen determinadas aptitudes para la vida y son apartados aquellos que no las alcanzan.

Hace unas décadas Sennett (2000) trataba de los elementos que configuraban el trabajo en la sociedad capitalista actual y de cómo estas condiciones afectaban no solo a la actividad laboral, sino a las personas en sí mismas. En su opinión, las circunstancias en las que transcurre la vida (no solo laboral) de la mayoría de las personas acaban generando incomodidad, cansancio, deterioro y erosión de toda la persona. Todo ello le lleva a Sennett a hablar de un fracaso generalizado, que produce, con frecuencia, una amargura y una sensación de carencia y vacío, una pérdida de la integridad y una incapacidad para construir la narración original de la propia vida. La respuesta que el autor ofrece frente a esta situación consiste en recomponer los vínculos con otros, restituyendo la confianza y generando los lazos que

permitan compartir un mismo mundo y configurar un destino común (promoviendo, se entiende, esas uniones de personas en lugares, foros o actividades, que tengan ese objetivo).

Si el análisis de Sennett (2000) es correcto, lo que expone es aplicable también a los AM. De esta manera, tenemos que considerar un grupo cada vez más numeroso de personas, con un determinado grado de deterioro y corrosión del carácter, que se enfrentan en la etapa final de su vida con la recapitulación de un fracaso, con una narración vital quebrada y, quizás, con un presente inquietante y un futuro poco halagüeño.

Tras lo dicho, ¿cómo enfrentar la decisión de morir de un AM? No cabe duda de que no se puede ofrecer una respuesta general que valga para todos los casos con sus particularidades. Sin embargo, cualquier reflexión seria debe partir de un hecho ineludible: es alarmante el aumento de la vulnerabilidad al suicidio en la vejez, donde las personas mayores de setenta años representan una proporción creciente de estas muertes en la región (Bozanic *et al.*, 2026). Partiendo de esa realidad, podemos pensar que las respuestas que se den se pueden enmarcar en un planteamiento en el que se ponen en juego, al menos, los siguientes tres elementos (que son independientes, aunque estén relacionados). Por un lado, cabe aceptar o no el sistema, considerarlo adecuado, tolerarlo sin más, o enfrentarse a él. Por otro, cabe también, con independencia de ello, aceptar o rechazar las consecuencias del sistema (una de las cuales puede ser el aumento de la tasa de suicidios) y, por último, defender y promover, o no, medidas políticas oportunas que tengan como objetivo paliar esas consecuencias.

Sin duda, es importante preocuparse de implementar políticas públicas adecuadas, que tengan como objetivo la mejora de las condiciones de vida de las personas y la disminución de los suicidios. Pero ello no puede hacer olvidar la necesidad de resolver la cuestión acerca del suicidio y el derecho a la libertad ideológica. El rechazo del suicidio obliga a enfrentarse al obstáculo que supone tal derecho

presentando una justificación sólida, unos argumentos oportunos que permitan afirmar que determinadas personas (o que las personas en general) no pueden tomar la decisión de morir (no pueden ejercer dicho derecho) o que, en determinadas situaciones, ese derecho queda limitado o que las cuestiones sobre la muerte quedan excluidas de él. Asimismo, no se puede dejar de lado, por otra parte, la cuestión sobre el significado que pueda tener tal rechazo (o aceptación) y la promoción de determinadas medidas políticas en relación con el propio sistema en el que todo ello se inserta.

En este sentido, es posible aceptar o rechazar el suicidio y proponer, o no, medidas para paliar su incidencia sin hacer cuestión del sistema o, en definitiva, aceptándolo, considerándolo adecuado o tolerándolo sin más; pero también es posible hacer lo mismo como una forma de enfrentarse a él, denunciando, por ejemplo, el suicidio como una de las consecuencias, quizás no directas o no inmediatas, pero sí generadas por unas condiciones de existencia alienantes y destructivas. Es posible, pues, presentar las medidas políticas enlazadas a otros elementos, en un marco más amplio desde el que se tenga como fin la reformulación del sistema en el que vivimos. Este enlace entre las medidas de política pública, la posición acerca del suicidio y del derecho a la libertad ideológica y la valoración crítica del sistema se hace necesario para dar un determinado significado a la propuesta que se ofrezca (es decir, un fundamento y un objetivo).

#### 1.4. DESAFÍOS ÉTICOS EN LA INVESTIGACIÓN DEL ENVEJECIMIENTO

Al referirse a la población que envejece, casi siempre se mencionará su condición (posiblemente) vulnerable. La vulnerabilidad es entendida como la disminución de la capacidad de un sujeto para proteger sus propios intereses, lo que, obviamente, coloca a esa persona en

una posición desventajosa (Council for International Organizations of Medical Sciences [CIOMS], 2002).

De hecho, los seres humanos pueden ser vulnerables en cualquier momento de su existencia debido a una cierta enfermedad o lesión o debido a circunstancias particulares de cada una de sus vidas. Sin embargo, las condiciones de vulnerabilidad suelen ser más prominentes en la vejez, lo que sitúa al individuo en desventaja con respecto a la forma en que se le conceptualiza en la sociedad. La vulnerabilidad en la vejez suele estar ligada a la dependencia: en la medida en que los adultos envejecen, se vuelven dependientes, se vuelven vulnerables.

Por un lado, dentro de este ámbito ético, el deber de los investigadores de la salud (tanto aplicada como básica) se guía por el siguiente criterio: ofrecer una concepción digna de la vejez. Tal deber cubre todos los aspectos de la investigación (ya sean ensayos clínicos o meramente observacionales), así como también el aspecto mismo de la motivación para la investigación en sí e incluye la interacción entre el investigador y cualquier individuo de participación activa (Jonas, 1995; Zúñiga, 2015).

Por otro lado, Daniel Callahan (2004) reflexiona sobre el papel que la ética podría desempeñar en el mundo de la salud y la biología. Afirma que los filósofos deben formar parte de la investigación en la salud y la biología para ofrecer un rigor intelectual a los problemas que surgen dentro de tal instancia (Oliver, 2017).

La bioética, por lo tanto, sirve para definir problemas éticos, estrategias metodológicas y procedimientos para tomar decisiones que sean sensibles a los casos complejos. Esto demuestra que la bioética está interesada en la aplicación adecuada de las declaraciones y los dilemas éticos, así como está ocupada también por la formación del carácter y la búsqueda de la excelencia en el profesional de la salud y en el investigador (Zúñiga, 2018).

El consentimiento informado (CI) se ha establecido como un aspecto ético importante en la investigación, ya que significa que se está teniendo en cuenta el respeto por la autonomía y la dignidad de los AM. Por ello, cualquier participante de la investigación siempre debe ser informado de manera clara y concreta sobre lo que implica su participación en la investigación. Sin embargo, en los AM, el CI cobra otro sentido debido a que se cuestiona la capacidad cognitiva de estas personas para poder tomar la decisión de su participación en un estudio científico.

Por un lado, en la investigación con AM se deben considerar las condiciones que permitan el proceso del CI, como contar con instrumentos de clinimetría adecuados que evalúen la capacidad cognitiva de dichos participantes y, a su vez, conocer sus valores, intereses y preferencias. Esto determinará si se cuenta con un CI directo o sustituto con su respectivo asentimiento informado. Otra condición relevante es que el equipo de investigación que lleva a cabo el proceso de CI esté realmente comprometido y capacitado en el manejo de situaciones que pueden vulnerar a los participantes (Carrasco y Solís, 2023; Mondragón-Barrios, 2025).

Por otro lado, la subrepresentación de la población de AM en la investigación no es un tema reciente. Algunas investigaciones han demostrado que este grupo de individuos está subrepresentado en estudios asociados con sus necesidades, por ejemplo, en las redes sociales o medios de comunicación, que por lo general refuerzan las representaciones estereotipadas y homogéneas de la vejez: vulnerabilidad, fragilidad, discapacidad, dependencia, etc. (Carrasco y Solís, 2023; Sánchez-Román *et al.*, 2022). La subrepresentación de esta población conlleva a un perjuicio para la validez y la extrapolación de resultados obtenidos a los AM, a la omisión de recibir los beneficios de los resultados de la investigación científica a los que tienen derecho como participantes (Carrasco y Solís, 2023) y el reconocimiento de los riesgos que deben ser minimizados al trabajar con estas personas.

La exclusión de la población de AM en la investigación puede deberse a la condición clínica tanto física como mental de estas personas, por ejemplo, el deterioro funcional o cognitivo que presentan o que se cree que presentan, lo que dificulta la aplicación del proceso de CI, o al edadismo y sus afectaciones en general. En este sentido, Carrasco y Solís (2023) mencionan que se deben elegir metodologías y técnicas de investigación que sean más apropiadas para el trabajo con esta población, como el abordaje cualitativo y la participación comunitaria. No obstante, los cambios o ajustes en una investigación deben estar acordes con los intereses y las necesidades de la población de AM y no realizarse solo en beneficio o comodidad de los investigadores.

Por esta razón, la exclusión injustificada y la discriminación de los AM en la investigación debe eliminarse a través de medidas que permitan apoyos en la toma de decisiones sobre la participación en un estudio científico. Cuando exista una autonomía disminuida, es necesaria la utilización adecuada del proceso de CI y la inclusión de personas o comunidades en la discusión ética, así como el trabajo indispensable de los comités de ética en investigación, para garantizar la aplicación de principios éticos, evitar criterios con base en el edadismo (y sus graves consecuencias) y que se vulneren los derechos de estas personas, entre otros (Carrasco y Solís, 2023).

La responsabilidad bioética no solo se entiende en salvaguardar la dignidad de los AM que participan en la investigación, sino también en el sentido de que la investigación sobre el envejecimiento debe contribuir éticamente a un mejor posicionamiento de la idea de la vejez en la sociedad. Dada la particular vulnerabilidad de la población de AM (fragilidad, dependencia, discapacidad), es de suma importancia que las normas éticas garanticen la participación voluntaria de tales individuos en cualquier investigación y que su dignidad sea salvaguardada a lo largo del proceso.

## 1.5. CONCLUSIONES

Abordamos algunas problemáticas actuales en los adultos mayores, como la discriminación, la soledad y el aislamiento, las complejidades de las decisiones al final de la vida y sus implicaciones en los sistemas de salud y las políticas públicas, desde la visión de la bioética y de la ética en la salud pública y los desafíos éticos que plantea la investigación sobre el envejecimiento. Aunque existen avances en la cavilación de estos temas, es necesario continuar trabajando, ya que muchos de los problemas bioéticos en los AM en la salud pública siguen siendo una tarea pendiente, principalmente en Latinoamérica, para desarrollar políticas públicas eficaces y eficientes.

## BIBLIOGRAFÍA

- ABELLÁN GARCÍA, A., ACEITUNO NIETO, M. P., ALLENDE, A., ANDRÉS, A., BARTUMEUS, F., BASTOLLA, U., BENAVIDES, J., CABAL, B., CASTILLO BELMONTE, A. B., CHICA LARA, A., CODERCH NEGRA, M. L., COMAS, I., CUERDO-VILCHES, T., DAMBORENEA, J., DOMINGO-CALAP, P., DURÁN HERAS, M. A., FERNÁNDEZ, A., FERNÁNDEZ SÁNCHEZ, C., FERNÁNDEZ MORALES, I., ... VILA, M. (2020). *Una visión global de la pandemia COVID-19: qué sabemos y qué estamos investigando desde el CSIC*. Consejo Superior de Investigaciones Científicas. <https://digital.csic.es/handle/10261/218312>.
- ARAÚJO, P. O., SOARES, I. M. S. C., VALE, P. R. L. F. D., SOUSA, A. R., APARICIO, E. C. y CARVALHO, E. S. S. (2023). Edadismo contra las personas mayores en servicios de salud: revisión de alcance. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 31, artículo e4019. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6727.4019>.
- ARIMOTO, A. y TADAKA, E. (2021). Individual, family, and community factors related to loneliness in mothers raising children less than 3 years of

- age: a cross-sectional study. *BMC women's health*, 21(1), artículo 226. <https://doi.org/10.1186/s12905-021-01365-7>.
- BOBBIO, N. (1997). *De senectute y otros escritos autobiográficos* (E. Benítez, trad.). Taurus.
- BOZANIC, A., LEÓN, T., ACEVEDO, F., DE LA MAZA, E. y ULLOA, P. (marzo de 2026). Edadismo en el ámbito de la salud y riesgo de suicidio en personas mayores: un desafío para la salud pública en América Latina. *Revista Panamericana Salud Pública*. <http://doi.org/10.26633/RPSP.2026.17>.
- BRITO SOSA, G., IRAIZOZ BARRIOS, A. M., GARCÍA MIR, V., SANTOS LUNA, J. A., LEÓN GARCÍA, G. Á. y JARAMILLO SIMBAÑA, R. M. (2023). Factores asociados a la percepción de discriminación: edadismo y calidad de vida de la población geriátrica desde un enfoque bioético. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas*, 80(3), 221. <https://doi.org/10.31053/1853.0605.v80.n3.38107>.
- CACIOPPO, S., GRIPPO, A. J., LONDON, S., GOOSSENS, L. y CACIOPPO, J. T. (2015). Loneliness: clinical import and interventions: clinical import and interventions. *Perspectives on Psychological Science*, 10(2), 238-249. <https://doi.org/10.1177/1745691615570616>.
- CALLAHAN, D. (2004). *Poner límites: los fines de la medicina en una sociedad que envejece*. Triacastela.
- CARRASCO, B. y SOLIS, E. (2023). Ethical conditions for research with the elderly: a narrative review. *Salud, Ciencia y Tecnología*, 3, 219. <https://doi.org/10.56294/saludcyt2023219>.
- CESARI, M. y PROIETTI, M. (2020). COVID-19 in Italy: ageism and decision making in a pandemic. *Journal of the American Medical Directors Association*, 21(5), 576-577. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.03.025>.
- CICERÓN, Marco Tulio. (2004). *Obras selectas*. Edimat.
- COUNCIL FOR INTERNATIONAL ORGANIZATIONS OF MEDICAL SCIENCES. (2002). *International ethical guidelines for biomedical research involving human subjects*. <https://cioms.ch/publications/product/international-ethical-guidelines-for-health-related-research-involving-humans/>.
- DE LOS COBOS, F. (2016). La doble presencia y la doble soledad. La gestión de la dependencia en Castilla-La Mancha (2007-2015). *Praxis Sociológica*, 20, 263-286.

- GARDINER, C., LAUD, P., HEATON, T. y GOTT, M. (2020). What is the prevalence of loneliness amongst older people living in residential and nursing care homes? A systematic review and meta-analysis. *Age and ageing*, 49(5), 748-757. <https://doi.org/10.1093/ageing/afaa049>.
- GOENAGA, J. M. y ARREGI, A. (directores). (2025). *Maspalomas* [película]. Bowfinger International Pictures.
- GONZÁLEZ, V., CHÁVEZ-GARCÍA, C., GIRÓN-CASTILLO, J., REYES-CEDENO, B. y SOSA-TINOCO, E. (2024). Combatir el edadismo: conciencia y mejores prácticas en la atención de salud de personas mayores. *Gaceta Médica de México*, 160(3), 363-366. <https://doi.org/10.24875/gmm.24000156>.
- HOLT-LUNSTAD, J., SMITH, T. B., BAKER, M., HARRIS, T. y STEPHENSON, D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspectives on Psychological Science*, 10(2), 227-237. <https://doi.org/10.1177/1745691614568352>.
- HORTAL-CARMONA, J., PADILLA-BERNÁLDEZ, J., MELGUIZO-JIMÉNEZ, M., AUSÍN, T., CRUZ PIQUERAS, M., LÓPEZ DE LA VIEJA, M. T., PUYOL, À., RODRÍGUEZ-ARIAS, D., TAMAYO-VELÁZQUEZ, M.-I. y TRIVIÑO, R. (2021). La eficiencia no basta. Análisis ético y recomendaciones para la distribución de recursos escasos en situación de pandemia. *Gaceta Sanitaria*, 35(6), 525-533. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.07.006>.
- JACKSON, S. E., HACKETT, R. A. y STEPTOE, A. (2019). Associations between age discrimination and health and wellbeing: cross-sectional and prospective analysis of the English Longitudinal Study of Ageing. *The Lancet. Public Health*, 4(4), e200-e208. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(19\)30035-0](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30035-0).
- JONAS, H. (1995). *El principio de responsabilidad: ensayo de una ética para la civilización tecnológica*. Herder.
- LOSADA, A., MÁRQUEZ-GONZÁLEZ, M., GARCÍA-ORTIZ, L., GÓMEZ-MARCOS, M. A., FERNÁNDEZ-FERNÁNDEZ, V. y RODRÍGUEZ-SÁNCHEZ, E. (2012). Loneliness and mental health in a representative sample of community-dwelling Spanish older adults. *The Journal of Psychology*, 146(3), 277-292. <https://doi.org/10.1080/00223980.2011.582523>.
- MONDRAGÓN-BARRIOS, L. (2025). Revisitando el consentimiento informado como proceso dinámico y dialógico. *Revista Ethika+*, (12), 43-75. <https://doi.org/10.5354/2452-6037.2025.79321>.

- MOSCOSO, M. y AUSÍN, T. (eds.). (2021). *Soledades. Una cartografía de nuestro tiempo*. Plaza y Valdés.
- OLIVER, D. (2017). How can we plan for old age if we won't discuss it honestly? *BMJ*, 357, j2759. <https://doi.org/10.1136/BMJ.J2759>.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2021). *Informe mundial sobre el envejecimiento*. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240020504>.
- ORTEGA, A. (2025). *Soledad sin solitud*. Ediciones Nobel.
- PÉREZ DÍAZ, J., ABELLÁN GARCÍA, A., ACEITUNO NIETO, P. y RAMIRO FARIÑAS, D. (marzo de 2020). Un perfil de las personas mayores en España, 2020. Indicadores estadísticos básicos. *Informes Envejecimiento en Red*, (25). <https://envejecimientoenred.csic.es/wp-content/uploads/2020/03/enredindicadoresbasicos2020.pdf>.
- SÁNCHEZ-ROMÁN, M., AUTRIC-TAMAYO, G., FERNÁNDEZ-MAYORALAS, G., ROJO-PÉREZ, F., AGULLÓ-TOMÁS, M. S., SÁNCHEZ-GONZÁLEZ, D. y RODRÍGUEZ-RODRÍGUEZ, V. (2022). Social image of old age, gendered ageism and inclusive places: older people in the media. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(24), 17031. <https://doi.org/10.3390/ijerph192417031>.
- SENNETT, R. (2000). *La corrosión del carácter: las consecuencias personales del trabajo en el nuevo capitalismo* (D. Najmías, trad.). Anagrama. (Original publicado en 1998).
- VÉRTIZ-RAMÍREZ, J. de J., RAMÍREZ-PALACIOS, P., RÍOS-CÁZARES, G., SÁNCHEZ-DOMÍNGUEZ, M. S., OCHOA-TORRES, M. del P., DE NEGRI-FILHO, A. A. y SATURNO-HERNÁNDEZ, P. J. (julio-agosto de 2024). Vulnerabilidad y barreras de acceso a los servicios de salud. *Salud Pública de México*, 66(4), 556-570. <https://doi.org/10.21149/16199>.
- WANG, J., MANN, F., LLOYD-EVANS, B., MA, R. y JOHNSON, S. (2018). Associations between loneliness and perceived social support and outcomes of mental health problems: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 18, artículo 156. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1736-5>.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2021). *Social isolation and loneliness among older people: advocacy brief*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240030749>.

- ZÚÑIGA-SANTAMARÍA, T. (2015). *Bioética en la investigación con ancianos. Ensayos sobre ética de la salud: investigación. Vol. 2: Aspectos sociales*. Universidad Autónoma Metropolitana.
- ZÚÑIGA-SANTAMARÍA, T. y VÁZQUEZ-GARCÍA, C. J. (2018). Ethical issues in research in aging. En *Aging Research-Methodological Issues* (pp. 209-219). Springer International Publishing.

## **2. DESAFÍOS AMBIENTALES Y ÉTICA DE LA SALUD PÚBLICA**

Cristian Moyano Fernández, Eleaneth Baltodano-Viales,  
Francisco Javier Gil Martín, María Victoria Martínez-López  
y Luis Arturo Martínez-Vásquez

La salud pública no puede comprenderse ni construirse de manera aislada de las transformaciones ambientales. La experiencia acumulada en diferentes regiones del mundo muestra que los perfiles epidemiológicos contemporáneos se configuran en interacción con procesos ecológicos, tecnológicos y socioeconómicos de gran escala. Dentro del contexto iberoamericano, las cargas ambientales y sanitarias se distribuyen de forma particularmente desigual entre territorios y grupos sociales, lo que se suma a los procesos de externalización ecológica asociados a la economía globalizada y la intensificación de las industrias. El aumento de eventos climáticos extremos, la expansión de enfermedades infecciosas, la contaminación química persistente, la inseguridad alimentaria, la creciente digitalización y la presión sobre los sistemas sanitarios no constituyen fenómenos independientes, sino manifestaciones convergentes de las condiciones que influyen sobre la vida colectiva. De esta manera, la salud se determina como un indicador sensible de la relación entre sociedades humanas, tecnologías y ecosistemas naturales.

Ante esta situación, los desafíos sanitarios contemporáneos no pueden abordarse exclusivamente mediante respuestas técnicas o asistenciales. Las decisiones sobre prevención, regulación y priorización implican inevitablemente juicios normativos acerca de qué riesgos son aceptables, quién los soporta y qué obligaciones emergen frente a daños previsibles o acumulativos. En otras palabras, la actual crisis ambiental obliga a reconsiderar la dimensión ética de la salud

pública y a reformular, por tanto, criterios como la responsabilidad y la equidad.

El presente capítulo se propone, en primer lugar, describir una serie de amenazas ambientales de particular relevancia que inciden en la salud pública en el espacio iberoamericano. En segundo lugar, ofrece una reflexión ética orientada a interpretar dichas amenazas no solo como problemas técnicos, sino como dilemas colectivos que requieren marcos normativos capaces de guiar la acción pública contextualmente situada. Y, por último, defiende que la protección de la salud depende hoy de la forma en que las sociedades organizan su relación con el entorno natural y con sus propios modelos de desarrollo.

## 2.1. BREVE REPASO DE LAS TRANSFORMACIONES AMBIENTALES Y SUS IMPACTOS SANITARIOS

En el periodo comprendido entre 2020 y 2030, los países iberoamericanos enfrentamos un conjunto de amenazas medioambientales cuya incidencia rebasa lo estrictamente ecológico y se traduce en impactos directos y acumulativos sobre la salud pública. No se trata de fenómenos aislados, sino de presiones que se entrecruzan con desigualdades históricas, capacidades institucionales dispares y vulnerabilidades territoriales, configurando escenarios cada vez más complejos de riesgo y afectación social. En este marco, resulta ineludible reconocer algunas de las amenazas más significativas que atraviesa la región.

El cambio climático se ha consolidado como uno de los principales determinantes ambientales de la salud. El aumento continuado de la temperatura media del planeta, junto con la mayor frecuencia e intensidad de fenómenos extremos como olas de calor, sequías, inundaciones y huracanes, está generando impactos directos en la prevalencia de enfermedades y en la pérdida de vidas (Rocque *et al.*,

2021). Estos eventos provocan lesiones, muertes y desplazamientos poblacionales (las denominadas «migraciones climáticas»). También alteran condiciones básicas para la vida, como el acceso al agua potable, la vivienda segura y la estabilidad de los medios y recursos de subsistencia, afectando de manera desproporcionada a las poblaciones más vulnerables y acentuando así las desigualdades sociales (Parsons *et al.*, 2025; Pérez-Peña *et al.*, 2021).

Otra consecuencia indirecta del cambio climático sobre la salud tiene que ver con los impactos psicosociales en las personas, que se manifiestan en un mayor estrés, depresión, un aumento del índice de conflictos o de violencia, lo que da lugar a respuestas cada vez más estudiadas como la ecoansiedad, el ecoduelo o la solastalgia (Jiménez-Gómez *et al.*, 2022).

Las enfermedades infecciosas vinculadas al ambiente representan otro reto significativo creciente para la salud pública. Las alteraciones en los patrones de temperatura, humedad y precipitación, así como los cambios en los usos del suelo, han favorecido la expansión geográfica y temporal de vectores zoonóticos como mosquitos y garrapatas, incrementando la incidencia de enfermedades como el dengue, el zika, la malaria, el chikunguña, la fiebre amarilla y la fiebre del Nilo Occidental (White y Razgour, 2020). Estas enfermedades, tradicionalmente asociadas a zonas tropicales específicas, están apareciendo en nuevas áreas y con brotes más intensos, lo que tensiona los sistemas de vigilancia epidemiológica y evidencia la necesidad de enfoques preventivos integrados entre salud y medioambiente. Asimismo, zoonosis como la influenza, la tuberculosis, la brucelosis, la leptospirosis, la rabia endémica o las variantes de SARS están siendo amenazas emergentes en los países iberoamericanos debido a las perturbaciones ambientales y biológicas que causan los sistemas hegemónicos de producción agroganadera (Bartlett *et al.*, 2022).

De forma paralela, la seguridad alimentaria y nutricional se ha visto profundamente afectada por las transformaciones ambientales

recientes. La desertización de los suelos, la escasez hídrica y la inestabilidad climática impactan directamente en la producción agrícola y ganadera, reduciendo la disponibilidad y el acceso a alimentos saludables (Ortiz-Bobea *et al.*, 2021). En este contexto, muchos países iberoamericanos enfrentan una doble carga de malnutrición, donde coexisten la desnutrición y el sobrepeso u obesidad, especialmente en poblaciones empobrecidas. Estas dinámicas no solo comprometen la salud individual, sino que perpetúan ciclos de pobreza y enfermedad a largo plazo. Además, la crianza intensiva de ganado y la insuficiencia de medidas de bioseguridad en las granjas favorecen la aparición y amplificación de patógenos; por ejemplo, virus como la gripe aviar o la peste porcina; bacterias como la *Salmonella*, el *Staphylococcus aureus* o la *Listeria monocytogenes* y parásitos como la *Trichinella* o el *Cryptosporidium* (Mora Huilcapi *et al.*, 2023).

Unido a lo anterior, la problemática de los desechos farmacéuticos ocurre porque el ciclo de vida del medicamento no se gestiona de manera completa (Rogowska y Zimmermann, 2022). Parte de sus componentes termina en el ambiente por varias vías: cuando las personas desechan medicamentos por el desagüe o la basura, cuando los establecimientos de salud liberan residuos y cuando la producción pecuaria y acuícola aporta restos a través de excreciones y efluentes. La evidencia muestra que la etapa posterior al consumo es un punto crítico y que se necesitan políticas integradas, como programas de recolección, responsabilidad compartida y control de emisiones (Kümmerer y Hempel, 2010; OECD, 2019; United Nations Environment Programme, 2019). El propio diseño farmacológico contribuye a la persistencia ambiental: las moléculas se optimizan para ser estables y resistir la degradación —lo que asegura su eficacia clínica—, pero esas mismas propiedades favorecen su permanencia en el ambiente (Daughton y Ternes, 1999; OECD, 2019).

Desde la ecotoxicología, esta problemática se manifiesta como una presión química «silenciosa» derivada de la exposición conti-

nua a mezclas de fármacos en ambientes acuáticos (Corcoran *et al.*, 2010), donde se han documentado efectos adversos en «organismos no objetivo» (Ferrari *et al.*, 2004). En el plano de la salud pública, la liberación sostenida de antimicrobianos en el ambiente, debido a su uso intensivo e inadecuado en medicina humana, ganadería y agricultura, favorece presiones de selección que impulsan la resistencia antimicrobiana, hoy reconocida como una amenaza global (OECD, 2019; United Nations Environment Programme, 2019). En los países iberoamericanos, donde persisten brechas en saneamiento, control ambiental y regulación del uso de antimicrobianos, se incrementa la dificultad para tratar infecciones. Asimismo, la resistencia antimicrobiana prolonga las enfermedades y eleva los costos sanitarios, configurando un riesgo sanitario-ecológico acumulativo que compromete la eficacia futura de los sistemas de salud (Elbehiry y Marzouk, 2025). Un problema persistente es la contaminación ambiental, tanto del aire como del agua y del suelo, que continúa siendo un factor clave en el aumento de enfermedades crónicas. La exposición prolongada a contaminantes atmosféricos derivados del transporte, la industria y la quema de combustibles fósiles incrementa el riesgo de enfermedades respiratorias, cardiovasculares, diabetes y ciertos tipos de cáncer (Lelieveld *et al.*, 2023). En áreas urbanas densamente pobladas, estas exposiciones se combinan con condiciones de vulnerabilidad social, amplificando los efectos negativos sobre la salud y reduciendo la calidad de vida.

En un plano más estructural, la aceleración de nuestras sociedades se configura como un factor que agrava el deterioro ecológico y sus efectos adversos para la salud pública. Si atendemos el ejemplo de la moda *ultrarrápida* (*ultra-fast fashion*) en la que la aceleración extrema de los ciclos de diseño, producción y consumo textil permite ofrecer prendas a muy bajo coste y con alta rotación en los mercados, se observa que a lo largo de la cadena productiva se emplean colorantes con metales pesados, compuestos retardantes, plastificantes

y tratamientos antimicrobianos que pueden persistir en los tejidos, liberarse al medio o entrar en contacto directo con la piel. Estos compuestos no solo contribuyen a la contaminación del agua y a la generación de microplásticos, sino que se asocian a irritaciones cutáneas, alteraciones endocrinas y potenciales riesgos carcinogénicos, además de favorecer la resistencia microbiana (Pinto y Peleg Mizrahi, 2025). La producción y, especialmente, la acumulación final de residuos textiles se desplazan habitualmente hacia países con menor capacidad regulatoria y de gestión ambiental. De este modo, los beneficios económicos del consumo se concentran en determinados mercados, mientras que los costos ecológicos y sanitarios recaen de forma desproporcionada sobre otras poblaciones y territorios.

Otro ejemplo de esta aceleración global lo ilustra el auge de procesos de digitalización y expansión de servicios basados en la inteligencia artificial, donde el entrenamiento y funcionamiento de grandes modelos computacionales y centros de datos requieren un consumo energético elevado y sistemas intensivos de refrigeración, frecuentemente basados en grandes volúmenes de agua dulce, además de una creciente demanda de minerales críticos para la fabricación de dispositivos electrónicos. Su uso se traduce en impactos ambientales acumulativos que afectan a la calidad del aire, del agua y del suelo, con consecuencias desiguales entre regiones productoras, tecnológicamente dependientes y consumidoras (Moyano-Fernández y Rueda, 2023).

La fragilidad de los sistemas de salud frente a las alteraciones ambientales constituye otro desafío central. Muchos sistemas sanitarios en Iberoamérica presentan limitaciones estructurales, fragmentación institucional y una débil capacidad de respuesta ante emergencias climáticas o brotes epidémicos (OECD/The World Bank, 2023). La pandemia del COVID-19 evidenció estas debilidades y puso de relieve la urgencia de fortalecer la atención primaria de salud, la preparación ante desastres y la resiliencia del sistema sanitario frente a escenarios ambientales cada vez más complejos (Witter *et al.*, 2023).

Finalmente, todas estas problemáticas se ven atravesadas por los determinantes sociales y las desigualdades en salud, que condicionan la capacidad de las poblaciones para adaptarse y responder a las alteraciones ambientales. Comunidades rurales, pueblos indígenas, mujeres y sectores socioeconómicamente desfavorecidos suelen estar más expuestos a riesgos ambientales y cuentan con menos recursos para afrontarlos (Parsons *et al.*, 2025). De este modo, las crisis ambientales no solo generan nuevos problemas de salud, sino que profundizan desigualdades históricas, convirtiéndose en un desafío ético y político central para la salud pública en muchas regiones y a escala global.

### 2.2. REFLEXIONES PARA UNA ÉTICA DE LA SALUD PÚBLICA

La crisis medioambiental descrita debe comprenderse como una crisis ético-ontológica: no se trata solo de daños «externos» sobre un entorno, sino de la alteración de las condiciones relacionales que sostienen la vida. Esto obliga a revisar la separación moderna entre naturaleza y sociedad, y a reconocer que lo viviente se configura en tramas de interacción donde lo humano y lo no humano coproducen vulnerabilidades, riesgos y posibilidades de cuidado. En este sentido, el enfoque One Health ofrece un marco ontológico integrador al concebir la salud como una propiedad relacional que emerge de la interacción entre salud humana, animal y ambiental, inscrita en sistemas ecológicos interdependientes (Lindenmayer *et al.*, 2022). En consecuencia, los dilemas de salud pública dejan de ser puramente técnicos y exigen nuevos criterios normativos en respuesta a preguntas que tienen que ser reformuladas: qué formas de vida se priorizan, cómo se distribuyen cargas y beneficios teniendo en cuenta a todos los organismos afectados y qué obligaciones emergen frente a daños previsibles (Descola, 2013; Latour, 2004).

En ese marco, una lectura histórica de la crisis ambiental permite comprender que la época no se define solo por la acumulación de «basura», sino por un régimen sociomaterial de externalización: los costos ecológicos de la producción y el consumo se desplazan fuera del campo de visibilidad cotidiana y se depositan en territorios, cuerpos y ecosistemas específicos. Esas externalidades operan como un archivo material de nuestras formas de producir, consumir y descartar; un archivo que inscribe asimetrías concentra daños en determinadas geografías y reproduce desigualdades, mostrando cómo ciertas promesas de bienestar se sostienen mediante la transferencia sistemática de riesgos y deterioro ambiental hacia otros espacios y poblaciones. Este modo histórico de organización de la vida, denominado *Wasteocene*, ofrece una clave para articular la crisis ambiental con la crisis sanitaria como expresiones de un mismo patrón estructural (Armiero, 2021).

Esta equivalencia estructural reaparece cuando se atiende a la temporalidad del daño: aquello que se da por «resuelto» o «superado» no desaparece sin más, sino que puede persistir y reaparecer como efecto tardío, acumulativo o desplazado. En el ámbito ambiental, esto implica que los impactos rara vez se agotan en el momento del evento; más bien, quedan como huellas materiales e institucionales, como deudas no saldadas y como condicionamientos de futuros posibles.

La ecología política latinoamericana ha mostrado que los procesos extractivos generan afectaciones duraderas en los territorios y en la salud de las poblaciones, configurando verdaderos «territorios de sacrificio» donde el deterioro ambiental y social se hace crónico (Svampa, 2019). A su vez, la crítica ecofeminista ha subrayado que estos daños se distribuyen de forma desigual y comprometen a generaciones futuras, generando responsabilidades éticas que no se limitan al presente y que se extienden más allá de nuestra especie humana (Puleo, 2011; Shiva, 2005). El daño afecta de manera genérica a los ecosistemas naturales, pero se inscribe también en las condiciones de vida y en

los cuerpos de las poblaciones expuestas, reproduciendo vulnerabilidades persistentes (Segato, 2016). Asimismo, lo desplazado fuera del campo de atención —por invisibilización, normalización o desresponsabilización— tiende a volver para exigir reconocimiento, interpretación y respuesta. Ese retorno es una forma de aparición social de lo omitido que se manifiesta en síntomas, conflictos, desigualdades y reclamaciones por reparación. Este vocabulario de la persistencia y el retorno vuelve centrales la prevención, la responsabilidad intergeneracional y la justicia reparativa frente a daños que no «pasan», sino que permanecen y condicionan la posibilidad misma de futuro (Gordon, 2008).

En todas esas amenazas medioambientales para la salud pública, se realizan estimaciones y atribuciones de riesgo que portan una carga de valores y comportan evaluaciones éticas, en particular, consideraciones de justicia. El tipo de factores de riesgo implicados, que incluyen variables sociales, económicas y políticas, pone de manifiesto que los efectos en la salud de dichas amenazas afectan a diferentes poblaciones de manera diferencial, distribuyéndose desigualmente dentro de las sociedades, entre los países y también entre las generaciones. Desde su dimensión axiológica, la perspectiva One Health refuerza esta lectura al subrayar la responsabilidad compartida —aunque diferenciada— en la protección de sistemas vivos interconectados a largo plazo y al ampliar la comunidad moral hacia formas de vida no humanas (Lindenmayer *et al.*, 2022).

Determinar los niveles aceptables de riesgo y justificar la imposición de riesgos es un imperativo de la ética de la salud pública que debe orientar las respuestas colectivas, tanto nacionales como internacionales, a las enfermedades infecciosas, la vigilancia de la seguridad alimentaria o la regulación de las sustancias químicas. La intersección de la ética de la salud pública con el medioambiente hace necesario priorizar la prevención y el control en respuesta a la expansión de enfermedades infecciosas y a las amenazas emergentes zoonóticas. Los

enfoques preventivos integrados de salud y medioambiente deben vehicular igualmente la vigilancia del suministro de agua potable y de la producción de alimentos en pro de la seguridad alimentaria. La vigilancia orientada tanto a la prevención de enfermedades como a la promoción de la salud colectiva constituye un componente estratégico del abordaje de las dos caras de la malnutrición y, asimismo, de la detección temprana de la emergencia o intensificación de patógenos. Desde la ética de la salud pública, la protección de la seguridad humana prevalece sobre la maximización de beneficios económicos; por ello, se justifica la adopción, el fortalecimiento y el perfeccionamiento de enfoques precautorios en la regulación de sustancias químicas.

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) fueron adoptados por las Naciones Unidas en 2015 como parte de la Agenda 2030, estableciendo diecisiete metas globales para abordar los desafíos más urgentes de la humanidad. En coherencia con este marco normativo y preventivo, el tercer objetivo de desarrollo sostenible (ODS 3) «Salud y bienestar» mantiene un intrincado entramado de interrelaciones con el resto de los ODS. El ODS 3 incluye un amplio paquete de materias de salud pública y gobernanza sanitaria, entre ellas la reducción de riesgos ambientales, el fortalecimiento de los sistemas sanitarios, la cobertura sanitaria universal y la preparación frente a emergencias sanitarias. Con todo, otros ODS que se relacionan directamente con políticas públicas distintas a las sanitarias abordan diferentes determinantes sociales de la salud y se encuentran interrelacionados con el objetivo de la promoción y la protección de la salud pública. Esto es del todo consistente con el enfoque de la «salud en todas las políticas» propuesto por la OMS, que insta a considerar las repercusiones del conjunto de las políticas públicas en la salud de la población (World Health Organization y Government of South Australia, 2010; World Health Organization, 2014).

Del entramado de interrelaciones del ODS 3 cabe destacar la interacción que le vincula y retroalimenta con el ODS 10 «Reducción de

las desigualdades». Por un lado, el desarrollo económico es un destacado determinante de la salud pública, cuando menos porque da pie a empleos mejor remunerados y un mejor nivel de vida. Por otro lado, las desigualdades sociales que acompañan al desarrollo económico dejan a grupos poblacionales en situación de mayor vulnerabilidad por quedar desfavorecidos en diversos aspectos (educación, ingresos, ocupación, etc.) y acentúan con ello las desigualdades también en salud pública (Marmot, 2005). El reverso normativo de esa injusticia estructural es una visión distributiva y procedimental de justicia, según la cual todas las personas deben disfrutar de igual protección contra los riesgos ambientales y para la salud y, además, deben poder participar en pie de igualdad en los procesos de toma de decisiones tendentes a establecer o a preservar entornos saludables. Además de la distribución de riesgos y las oportunidades de participación, es de justicia diferenciar y gravar proporcionalmente las contribuciones a los problemas y amenazas medioambientales que se traducen en riesgos para la salud pública. Las responsabilidades son compartidas, pero no equiparables, siendo particularmente exigibles para quienes externalizan los daños ambientales y los costes en salud.

En esta misma línea de ampliación del horizonte de justicia, la imbricación de la ética de la salud pública con la ética intergeneracional lleva a sostener que las personas futuras tienen un valor moral equiparable al de las actuales y que, debido a la asimetría temporal entre unas y otras, las poblaciones actuales tienen la responsabilidad de preservar los recursos que son esenciales para la salud pública de las generaciones futuras. Se debe, por tanto, incorporar la previsión posible sobre el bienestar y el malestar de las generaciones futuras en nuestras políticas y legislaciones actuales sobre salud pública.

La ética de la salud pública es una voz indispensable para transformar los entornos contruidos y naturales, como la agricultura industrial, la ganadería extensiva, las cadenas alimentarias o la concentración humana. Pero, para que sea efectiva, se requieren políticas

públicas específicas, nacionales e internacionales, que mediante sanciones e incentivos corrijan sus efectos y costos. En este contexto, se han prohibido pesticidas cuando sus riesgos superaban sus beneficios: el dicloro difenil tricloroetano (DDT), usado en la agricultura y el control de vectores (con excepciones como la malaria), fue vetado por agencias como la EPA en EE. UU. y acuerdos como el Convenio de Estocolmo tras comprobarse su bioacumulación y su relación con el cáncer, las alteraciones hormonales y los daños neurológicos (Eskenazi *et al.*, 2009). Del mismo modo, el endosulfán, carbofurán, aldicarb y lindano fueron prohibidos tras registrarse intoxicaciones agudas, malformaciones congénitas y efectos neurológicos graves en trabajadores y comunidades expuestas (Zúñiga-Venegas *et al.*, 2022).

Tales medidas fueron promovidas por autoridades sanitarias nacionales, la OMS, la UE y tratados internacionales sobre contaminantes orgánicos persistentes. Países de Europa, América Latina y otras regiones adoptaron medidas restrictivas, y en la actualidad la mayoría de estas sustancias están totalmente vetadas o en proceso de eliminación, con políticas que buscan sustituirlas por alternativas menos peligrosas, reflejando un enfoque de salud pública centrado en la prevención del daño, la protección de grupos vulnerables y la reducción de riesgos a largo plazo para la población. Desde la perspectiva ética de la salud pública, este enfoque normativo justifica la intervención del Estado y la imposición de límites al uso de pesticidas al apelar a valores compartidos (como la responsabilidad frente a daños evitables y la obligación de no exponer a la población a riesgos involuntarios) y a principios morales como la no maleficencia o la justicia distributiva, ofreciendo así un fundamento moral a decisiones que van más allá de la mera evidencia científica.

En este contexto, los epidemiólogos, gestores y movimientos civiles comprometidos con la ética de la salud pública pueden ejercer un rol político activo mediante un enfoque de *custodios (stewardship)*. Las personas que ejercen de custodios asumen la responsabilidad de

proteger y gestionar de manera sostenible los ecosistemas, los recursos naturales y la salud colectiva, reconociendo que la salud pública depende directamente del estado ecológico. Su rol en conservación ambiental consiste en asegurar la preservación de la biodiversidad, la calidad del agua, el suelo y los hábitats, mientras que en la salud pública implica reducir la exposición a riesgos químicos y biológicos, controlar vectores de enfermedades y garantizar condiciones ambientales que sostengan el equilibrio ecológico planetario y, por consiguiente, la vida de manera sostenida. La custodia refleja una ética de cuidado, en la que la responsabilidad se centra en proteger a los más vulnerables y los entornos circundantes de los que se es partícipe y donde se forjan valores relacionales compartidos por una comunidad moral. La custodia, por tanto, no solo guía la acción normativa y técnica para reducir riesgos y prevenir daños, sino que establece todo un fundamento ético y político que obliga a considerar a los más vulnerables, proteger las generaciones futuras y garantizar que las decisiones sobre pesticidas o recursos naturales sean responsables, sustentables y equitativas, involucrando en la práctica a los actores que desempeñan tales roles.

Dada la imbricación de la salud pública con el medioambiente, cabe finalmente plantear la adopción de una perspectiva no antropocéntrica, en la cual las decisiones sanitarias no se definan exclusivamente en función de intereses humanos inmediatos, sino a partir de la integridad y la resiliencia de los ecosistemas que hacen posible la habitabilidad. Esto implica reconocer que la salud humana es una propiedad emergente de tramas ecológicas más amplias —biodiversidad, ciclos del agua, suelos, calidad del aire y equilibrio microbiológico— y que, por tanto, proteger esas condiciones no es un «añadido» ambiental, sino un criterio sustantivo de racionalidad sanitaria. En consecuencia, la priorización de políticas, la evaluación de riesgos y la distribución de cargas deberían incorporar explícitamente impactos sobre sistemas vivos y no vivos, evitando intervenciones que

resuelven un problema sanitario a costa de degradar los soportes ecológicos de los que depende la salud colectiva, presente y futura.

### 2.3. CONCLUSIONES

En el horizonte 2020-2030, la salud pública en España e Iberoamérica se configura en una interdependencia estructural con las transformaciones ambientales, tecnológicas y socioeconómicas que alteran las condiciones de posibilidad de la vida colectiva. Las amenazas descritas —eventos climáticos extremos, expansión de enfermedades infecciosas y zoonóticas, inseguridad alimentaria, contaminación química persistente, resistencia antimicrobiana y fragilidad institucional de los sistemas sanitarios— convergen como expresiones de un mismo patrón sociomaterial que intensifica la exposición al riesgo y distribuye de manera desigual sus costos. En este marco, la aceleración contemporánea, visible tanto en cadenas de producción y descarte como en la digitalización y el despliegue de infraestructuras de datos, intensifica la externalización ecológica hacia territorios y poblaciones con menor capacidad regulatoria, consolidando daños acumulativos que permanecen y se expanden con impactos en la salud humana, en otras formas de vida y en el ambiente a escala global.

Desde esta perspectiva, la respuesta no puede reducirse a instrumentos técnicos o asistenciales, pues la determinación de riesgos aceptables, la priorización de intervenciones y la asignación de responsabilidades implican juicios normativos sobre justicia distributiva y procedimental, así como obligaciones intergeneracionales y reparativas. La prevención, la precaución y la rendición de cuentas deben articularse con un enfoque de «salud en todas las políticas» que integre la gobernanza sanitaria con la regulación ambiental y las agendas de equidad.

Así, el camino más robusto para enfrentar la problemática ambiente-salud requiere un giro ontológico-práctico hacia una perspectiva relacional de todas las formas de vida. Reconocer que lo humano no está «frente» a la naturaleza, sino inserto en tramas de codependencia con ecosistemas, animales, microorganismos e infraestructuras, permite reordenar la acción pública desde el cuidado, la corresponsabilidad y la autolimitación de prácticas que dañan la salud integral del planeta. Bajo esta clave, la salud deja de ser un atributo exclusivamente humano para convertirse en una propiedad emergente de sistemas vivos interconectados, lo que fortalece marcos transversales y orienta políticas capaces de proteger simultáneamente cuerpos, territorios y condiciones ecológicas de habitabilidad.

## BIBLIOGRAFÍA

- ARMIERO, M. (2021). *Wasteocene: stories from the global dump*. Cambridge University Press.
- BARTLETT, H., HOLMES, M. A., PETROVAN, S. O., WILLIAMS, D. R., WOOD, J. L. N. y BALMFORD, A. (2022). Understanding the relative risks of zoonosis emergence under contrasting approaches to meeting livestock product demand. *Royal Society Open Science*, 9(6). <https://doi.org/10.1098/rsos.211573>.
- CORCORAN, J., WINTER, M. J. y TYLER, C. R. (2010). Pharmaceuticals in the aquatic environment: a critical review of the evidence. *Critical Reviews in Toxicology*, 40(4), 287-304. <https://doi.org/10.3109/10408440903373590>.
- DAUGHTON, C. G. y TERNES, T. A. (1999). Pharmaceuticals and personal care products in the environment: agents of subtle change? *Environmental Health Perspectives*, 107(Suppl 6), 907-938. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1566206/>.
- DESCOLA, P. (2013). *Más allá de naturaleza y cultura*. Fondo de Cultura Económica.

- ELBEHIRY, A. y MARZOUK, E. (2025). From farm to fork: antimicrobial-resistant bacterial pathogens in livestock production and the food chain. *Veterinary Science*, 12(9). <https://doi.org/10.3390/vetsci12090862>.
- ESKENAZI, B., CHEVRIER, J., ROSAS, L. G., ANDERSON, H. A., BORNMAN, M. S., BOUWMAN, H., CHEN, A., COHN, B. A., DE JAGER, C., HENSHEL, D. S., LEIPZIG, F., LEIPZIG, J. S., LORENZ, E. C., SNEDEKER, S. M. y STAPLETON, D. (2009). The pine river statement: human health consequences of DDT use. *Environmental Health Perspectives*, 117(9), 1359-1367. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19750098/>.
- FERRARI, B., PAXEUS, N., LO GIUDICE, R., POLLIO, A. y GARRIC, J. (2004). Ecotoxicological impact of pharmaceuticals found in treated wastewaters: study of carbamazepine, clofibric acid, and diclofenac. *Ecotoxicology and Environmental Safety*, 55(3), 359-370. [https://doi.org/10.1016/S0147-6513\(02\)00082-9](https://doi.org/10.1016/S0147-6513(02)00082-9).
- GORDON, A. (2008). *Ghostly matters: haunting and the sociological imagination* (2.<sup>a</sup> ed.). University of Minnesota Press.
- JIMÉNEZ-GÓMEZ, I., GARCÉS PRIETO, J. y MARTÍN SOSA, S. (2022). Mental health and climate change. The birth of eco-anxiety in the Spanish-Language Press. *Tripodos*, 52. <https://doi.org/10.51698/tripodos.2022.52p13-33>.
- KÜMMERER, K. y HEMPEL, M. (eds.). (2010). *Green and sustainable pharmacy*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-05199-9>.
- LATOUR, B. (2004). *Politics of nature: how to bring the sciences into democracy*. Harvard University Press.
- LELIEVELD, J., HAINES, A., BURNETT, R., TONNE, C., KLINGMÜLLER, K. y MÜNDEL, T. (2023). Air pollution deaths attributable to fossil fuels: observational and modelling study. *BMJ*, 383, e077784. <https://doi.org/10.1136/bmj-2023-077784>.
- LINDENMAYER, J. M., KAUFMAN, G. E., BAKER, L., COGHLAN, S., KOONTZ, F. W., NIEUWLAND, J., STEWART, K. L. y LYNN, W. S. (2022). One health ethics: what then must we do? *CABI One Health*. <https://doi.org/10.1079/cabionehealth.2022.0011>.
- MARMOT, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *The Lancet*, 365(9464), 1099-1104. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)71146-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)71146-6).

- MORA HUILCAPI, C. A., ZAMBRANO VILLACÍS, J. J. y PINO PANCHI, E. O. (2023). Principales patologías en sistema de producción porcina en Latinoamérica. *Revista de Producción Animal*, 35(2).
- MOYANO-FERNÁNDEZ, C. y RUEDA, J. (2023). AI, sustainability, and environmental ethics. En F. LARA y J. DECKERS (eds.), *Ethics of Artificial Intelligence* (pp. 219-236). Springer.
- OECD. (2019). *Pharmaceutical residues in freshwater: hazards and policy responses*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/c936f42d-en>.
- OECD/THE WORLD BANK. (2023). *Health at a glance: Latin America and the Caribbean 2023*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/532b0e2d-en>.
- ORTIZ-BOBEA, A., AULT, T. R., CARRILLO, C. M., CHAMBERS, R. G. y LOBELL, D. B. (2021). Anthropogenic climate change has slowed global agricultural productivity growth. *Nature Climate Change*, 11, 306-312. <https://doi.org/10.1038/s41558-021-01000-1>.
- PARSONS, E. S., JOWELL, A., VEIDIS, E., THADANEY ISRANI, S. y BARRY, M. (2025). Climate change and inequality. *Pediatric Research*, 98, 1238-1245. <https://doi.org/10.1038/s41390-024-03153-z>.
- PÉREZ-PEÑA, M. C., JIMÉNEZ-GARCÍA, M., RUIZ-CHICO, J. y PEÑA-SÁNCHEZ, A. R. (2021). Analysis of research on the SDGs: the relationship between climate change, poverty and inequality. *Applied Sciences*, 11(19). <https://doi.org/10.3390/app11198947>.
- PINTO, V. C. D. y PELEG MIZRACHI, M. (2025). The health impact of fast fashion: exploring toxic chemicals in clothing and textiles. *Encyclopedia*, 5(2), 84. <https://doi.org/10.3390/encyclopedia5020084>.
- PULEO, A. H. (2011). *Ecofeminismo para otro mundo posible*. Cátedra.
- ROCQUE, R. J., BEAUDOIN, C., NDJABOUE, R., CAMERON, L., POIRER-BERGERON, L., POULIN-RHEAULT, E. A., FALLON, C., TRICCO, A. C. y WITTEMAN, H. O. (2021). Health effects of climate change: an overview of systematic reviews. *BMJ Open*, 11(6). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-046333>.
- ROGOWSKA, J. y ZIMMERMANN, A. (2022). Household pharmaceutical waste disposal as a global problem. A review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(23), 15798. <https://doi.org/10.3390/ijerph192315798>.
- SEGATO, R. L. (2016). *La guerra contra las mujeres*. Traficantes de Sueños.

- SHIVA, V. (2005). *Earth democracy: Justice, sustainability, and peace*. South End Press.
- SVAMPA, M. (2019). *Las fronteras del neoextractivismo en América Latina*. Bielefeld University Press. <https://doi.org/10.14361/9783839445266>.
- UNITED NATIONS ENVIRONMENT PROGRAMME. (2019). *Global chemicals outlook II: from legacies to innovative solutions. Synthesis report*. <https://wedocs.unep.org/handle/20.500.11822/27651>.
- WHITE, R. J. y RAZGOUR, O. (2020). Emerging zoonotic diseases originating in mammals: a systematic review of effects of anthropogenic land-use change. *Mammal Review*, 50(4), 336-352. <https://doi.org/10.1111/mam.12201>.
- WITTER, S., THOMAS, S., TOPP, S. M., BARASA, E., CHOPRA, M. y COBOS, D. (2023). Health system resilience: a critical review and reconceptualisation. *The Lancet Global Health*, 11(9), e1454-e1458. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(23\)00279-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(23)00279-6).
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2014). *Health in all policies: Helsinki statement. Framework for country action*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506908>.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION y GOVERNMENT OF SOUTH AUSTRALIA. (2010). *Adelaide statement on Health in All Policies: moving towards a shared governance for health and well-being*. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/3df34034-6474-4880-b561-df26630747f2/content>.
- ZÚÑIGA-VENEGAS, A. L., HYLAND, C., MUÑOZ-QUEZADA, M. T., QUIRÓS-ALCALÁ, L., BUTINOF, M., BURALLI, R., CARDENAS, A., FERNANDEZ, R. A., FOERSTER, C., GOUVEIA, N., GUTIÉRREZ JARA, J. P., LUCERO, B. A., MUÑOZ, M. P., RAMÍREZ-SANTANA, M., SMITH, A. R., TIRADO, N., VAN WENDEL DE JOODE, B., CALAF, G. M., HANDAL, A. J., ... MORA, A. M. (2022). Health effects of pesticide exposure in Latin American and the Caribbean Populations: a scoping review. *Environmental Health Perspectives*, 130(9). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36173136/>.

### **3. DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS: RETOS ÉTICOS PARA LA SALUD PÚBLICA\***

Jimmy Washburn Calvo, Magdalena Caccia, María Graciela de Ortúzar, Verónica Fiol, Susana Rostagnol y Marina Sorgi Rosenthal

La salud ha venido ganando un papel protagónico en la vida social al ser comprendida a través de sus factores determinantes y su vínculo con los estilos de vida individuales y comunitarios. Este nuevo enfoque rompe con el patrón biomédico dominante al expandir la mirada más allá de la enfermedad y el ámbito clínico. Los gobiernos movilizan políticas públicas y recursos y la ciudadanía gana empoderamiento en el momento en que las personas se ven como actores de su salud personal y comunitaria.

La atención puesta en los estilos de vida personales y compartidos ha permitido incluir nuevos elementos en la comprensión de la salud pública, por ejemplo, las cuestiones epidemiológicas o de higiene y prevención de enfermedades. Dentro de los alcances de la salud pública y el derecho a la salud de las personas, se encuentran los derechos sexuales y reproductivos.

Los aportes que aquí se recogen muestran esa labor, los logros y los pendientes, los consensos dados y rotos, además de los nuevos desafíos. A este respecto, la tarea emprendida integra varios frentes, de los que sobresale la identificación de las situaciones críticas relativas a la sexualidad y la afectividad, como los embarazos de adolescentes, los

---

\* Este capítulo recoge los aportes de las autoras y el autor sobre los derechos sexuales y reproductivos según la sucesión de hechos en los países donde viven. Los análisis y las conclusiones responden a esas particularidades.

abusos de personas menores de edad, el matoneo o acoso, la discriminación por identidad y, por supuesto, la violencia contra mujeres (gestantes, madres, hijas, abuelas) y personas menores de edad. Agréguese la *expropiación de la autodeterminación* con base en saberes dominantes lo que conlleva la privación de reconocimiento e inclusión y las nuevas injusticias asociadas con terapias reproductivas. El reto ético de la salud pública se encuentra del lado de la ciudadanía.

Los temas recogidos en este capítulo hablan de logros y carencias y de discusiones impostergables. Las conquistas jurídicas no resuelven las tensiones políticas —estas persisten—, las garantías de los derechos sexuales y reproductivos abren nuevos retos asociados con las prácticas institucionales, porque las prácticas relativas al inicio de la vida han mostrado formas de injusticia contra mujeres o grupos socialmente vulnerables.

Cada aporte refleja un estado de la cuestión en un determinado país latinoamericano. Las extrapolaciones son posibles siempre y cuando se trate de los derechos sexuales y reproductivos y las respuestas gubernamentales. La dinámica política es propia de cada país a la vez que las urgencias —aunque también con sus particularidades— son compartidas. La *sociedad que queremos* es una prerrogativa democrática susceptible de inclusiones y sustracciones, como lo muestran estos aportes. La cuestión ética primera es el reflejo de las personas —cualesquiera— en la conformación social y este reflejo integra las pretensiones personales y las garantías políticas.

Los derechos sexuales y reproductivos son una convergencia de prácticas y lógicas que se revelan en el momento del análisis de las condiciones de su ejercicio, notándose formas de exclusión y opresión aparejadas con vulnerabilidades y desigualdades ya instaladas. Estas prácticas y lógicas evidencian las condiciones asumidas como naturales o inevitables, por lo que se cae en una justificación que agrava aún más la situación de las personas que sufren exclusión y opresión. Por lo tanto, la salud pública se enfrenta a una ampliación de sus alcances

a la vez que se fortalece su capacidad crítica. Avisa de lo que no está bien en la sociedad, lo que debe mejorarse o desnudarse.

### 3.1. CUERPOS Y POLÍTICA EN COSTA RICA: LA ELIMINACIÓN DEL PROGRAMA DE EDUCACIÓN DE LA AFECTIVIDAD Y SEXUALIDAD

#### **Contexto político: neopentecostalismo contra derechos humanos**

En enero del 2025 se eliminó el Programa de Educación de la Afectividad y Sexualidad del currículo de educación secundaria de Costa Rica. Este hecho político protagonizado por el Ministerio de Educación Pública se fundamentó en que el programa enseñaba erotismo y atentaba contra los valores de la sociedad. Este hecho forma parte de una cadena de eventos en los que se cruza el ascenso político del neopentecostalismo entreverado con el pensamiento conservador frente al movimiento de los derechos humanos. La eliminación del Programa retrata la oposición entre dos discursos relativos al cuerpo humano, una tensión sobre cómo deben ser dichos cuerpos y el orden social correspondiente a cuerpos domeñados, porque no hay cuerpos a la deriva.

El Programa de Educación de la Afectividad y Sexualidad, aprobado en el 2012, formaba parte de una política pública para el control de la natalidad y reflejaba la política nacional de sexualidad 2010-2021 del Ministerio de Salud. Se buscaba prevenir relaciones impropias, abusos sexuales, embarazo adolescente, infecciones de transmisión sexual, discriminación y matonismo. El Programa comenzó a ser impartido en el 2018, tanto en el nivel medio como diversificado (años 7.º, 8.º, 9.º de nivel medio; 10.º y 11.º de nivel diversificado). Inicialmente, fue una materia (asignatura) obligatoria, pero las reacciones contrarias obligaron a dejarla como opcional.

## **Marco normativo y contradicciones estatales**

El país ha venido engrosando el respaldo legal para proteger a la población infantil y juvenil: la Ley General de Protección de la Madre Adolescente (1998, modificada en el 2002); la Norma Nacional para la Atención Integral de la Salud de las Personas Adolescentes: Componente de Salud Sexual y Salud Reproductiva (2015); la política curricular Educar para una Nueva Ciudadanía; el Código de la Niñez y Adolescencia (1998, modificado en el 2022); la Ley General de la Persona Joven (2002, modificada en el 2022); y la Ley para Prevenir la Revictimización y Garantizar los Derechos de las Personas Menores de Edad en el Sistema Educativo Costarricense. El Ministerio de Salud, como parte de sus funciones rectoras, publicó en el año 2010 el Plan Estratégico Nacional de Salud de las Personas Adolescentes 2010-2018 (PENSPA). Asimismo, en el 2012, en conjunto con el Consejo Institucional de Atención a la Madre Adolescente (CIAMA), publicó el Plan de Acción para la Prevención del Embarazo Adolescente. En consecuencia, el Programa contaba con un marco normativo robusto, por lo que su eliminación es una inconsistencia y un retroceso que obliga a pensar si no mediaron otras razones que las dadas y en cómo el Estado ha de hacer efectivo su compromiso.

## **Impacto demográfico y efectividad de las políticas de educación sexual**

Cifras relativas a embarazos de niñas y adolescentes confirman el impacto que debió tener el Programa. Entre el 2020 y el 2024, se registra un descenso de embarazos de niñas y adolescentes de un 8,3 % a un 5,2 %. Este descenso se percibe más dentro de la gran área metropolitana (GAM) que en zonas rurales alejadas. Por otra parte, entre las niñas y las adolescentes embarazadas, persisten porcentajes altos de padres no declarados o ignorados. Entre el 2012 y el 2021, los embarazos de mujeres adolescentes descendieron en un 19 % y el

Programa Estado de la Educación lo atribuye al esfuerzo puesto en políticas públicas para ofrecer educación a las personas estudiantes (Instituto Nacional de Estadística y Censos [INEC], 2021). Los beneficios de estas políticas son para infantes y adolescentes, de su cuidado y del fomento de estilos de vida saludables. Y se trata también de la educación «cuyo propósito es el cultivo y perfeccionamiento de las facultades del ser humano en todas sus dimensiones» (Ignacio, 2023, p. 24). En el mejor de los casos, las personas desarrollan estilos de vida saludables según las condiciones con que cuentan para ello, esos estilos de vida se materializan corporalmente, al mismo tiempo que los cuerpos son cruzados por varias versiones. Las políticas públicas atraviesan y moldean los cuerpos, *como han de ser*.

### **Tensión entre discursos: cuerpo dominado vs. cuerpo autónomo**

El neopentecostalismo ofrece un mensaje religioso asumido como tarea política; propone una imagen del cuerpo respaldado por las Sagradas Escrituras, condenando la homosexualidad y sometiendo a las mujeres al cuidado doméstico y la reproducción. A través de alianzas estratégicas y apostando por la imagen de la familia tradicional (heteronormativa, patriarcal) con un esquema de sociedad productiva y con una intervención minimizada del Estado, el pensamiento neoconservador se ha sumado al neopentecostalismo. Del otro lado, el movimiento feminista y LGTBIQ+ a favor de la diversidad, la inclusión y la equidad con fundamento en los derechos humanos capitaliza avances importantes. Entre las conquistas logradas se suman el reconocimiento de los matrimonios entre personas homosexuales y el aseguramiento (seguro social) de las parejas.

Los avances en materia de derechos humanos y las resistencias a ellos ilustran un *debate político* en torno a los cuerpos, como han de ser y los dispositivos para su dominación. Se trata de los cuerpos de personas adolescentes y jóvenes que viven exclusión y exposición a

violencia doméstica y en otros escenarios por razones de género e identidad. Hablamos de un debate con una estructura argumentativa fundada en el dualismo mente (alma-cuerpo) (Retana, 2019) que escinde la dimensión espiritual-subjetiva (alma, mente) de la dimensión carnal-objetiva (cuerpo). Esta escisión se rige por dos esquemas valorativos que dejan al cuerpo como materia de control y sujeción y un tejido moral reflejo de ese propósito de dominación.

La eliminación del Programa va de la mano con la sociedad que la ciudadanía quiere y sobre lo que hay un debate abierto. En este punto se engarza con la salud pública, por la promoción de estilos de vida saludable, según la perspectiva de los derechos humanos y el involucramiento de los distintos sectores sociales (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2019). Costa Rica registra avances y retrocesos y una tarea inconclusa y urgente. La eliminación del Programa anuda imágenes de los cuerpos (neopentecostales, conservadores, de derechos humanos) con una materia disponible y susceptible de componendas políticas, lo cual mantiene en riesgo las vidas de las personas adolescentes. Esta es una materia de salud pública en dos sentidos: el primero es la promoción de estilos de vida saludable (diversos, inclusivos, equitativos) y el Programa era una respuesta. El segundo es que las vidas de las personas adolescentes dejen de ser una moneda de cambio y que, en algún punto o momento, ese ideologema se quiebre y, para ello, es necesario revisar cómo se piensan los cuerpos para dar con una valoración que no se sujete a esquemas dualistas.

### 3.2. TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA EN URUGUAY: LOGROS NORMATIVOS Y BARRERAS PERSISTENTES

La salud reproductiva se presenta como un campo fértil para pensar las prácticas éticas en salud. La autonomía reproductiva constituye un eje fundamental para la justicia reproductiva, entendida esta como el

conjunto de factores sociales, políticos y económicos que permiten tomar decisiones autónomas, libres e informadas con relación a la salud reproductiva. El presente apartado dará cuenta de las tensiones entre una puesta en práctica de una ética feminista y respetuosa de la persona y las desigualdades sociales que fragmentan el acceso a la salud y las posibilidades de llevar adelante prácticas saludables en la vida cotidiana. Se examinarán especialmente aspectos referidos al acceso a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) y al acceso a las técnicas de reproducción humana asistida (TRHA). En Uruguay las TRHA están legalmente reguladas, así como el aborto, pero existen diferentes barreras que dificultan el acceso universal y que deben ser analizadas desde una perspectiva de derechos.

### **Marco regulatorio: expansión de derechos durante el Frente Amplio**

Durante el Gobierno progresista del Frente Amplio (2005-2020), Uruguay vivió una expansión de derechos que repercutieron en la justicia reproductiva. No necesariamente fueron procesos sencillos, en algunos casos implicaron varios años de discusión legislativa con proyectos de ley archivados y vueltos a presentar. En el 2026, la situación normativa es la siguiente: Ley de Salud Sexual y Reproductiva (2008), Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo (2012), Ley de Matrimonio Igualitario (2013), Ley de Reproducción Asistida (2013), Ley Integral de Violencia de Género (2017) y Ley Integral para Personas Trans (2018). Algunas leyes tuvieron más resistencia que otras y en algunos casos hubo grupos sociales que intentaron derogarlas mediante la herramienta de referéndum. Un hito para la situación de los derechos sexuales y reproductivos en Latinoamérica lo constituye el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo (2013). Uno de sus capítulos abordó los derechos sexuales y reproductivos, con énfasis en el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva.

Algunos acuerdos del Consenso incluyen garantizar servicios de aborto legal, ampliar el acceso a anticonceptivos diversos, fortalecer las políticas de educación sexual e incorporar un enfoque interseccional a las políticas. Lamentablemente, en los años posteriores los giros políticos en los Gobiernos de los distintos países de la región no habilitaron el cabal cumplimiento de los acuerdos del consenso.

### **Avances, dificultades y barreras en el acceso a la IVE y a las TRHA**

Tomaremos dos aspectos que estimamos fundamentales a la hora de discutir la gobernanza reproductiva: la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) y las técnicas de reproducción humana asistida (TRHA).

La Ley de IVE habilita el aborto por sola voluntad de la mujer hasta la semana doce de gestación, con excepción de los casos de violación, en los que el plazo se extiende hasta la semana catorce. Debe realizarse dentro del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) y cumplir con el procedimiento establecido por la ley. Implica la consulta obligatoria con un equipo integrado por un médico ginecólogo, un profesional de la salud mental y otro del área social, además de un periodo de reflexión mínimo de cinco días. Una vez transcurrido el periodo de reflexión, si la persona ratifica su voluntad ante el ginecólogo o la ginecóloga, se coordinará el procedimiento de inmediato. La mayor crítica es que se trata de una ley restrictiva por la estricta regulación que establece para realizar los abortos, además de ser una ley tutelar. Las mujeres que pueden acceder a la IVE deben ser ciudadanas naturales o legales o extranjeras residentes en Uruguay al menos por un año. En el 2018, la Ley 19580 de Violencia hacia las Mujeres Basada en Género estableció que las mujeres víctimas de violencia quedan amparadas en la ley de IVE, aunque no hayan cumplido un año de residencia en el país, siempre que las situacio-

nes de violencia hayan sido dentro del territorio nacional. Pese a esta modificación, la mayoría de las mujeres migrantes quedan fuera de la posibilidad de interrumpir un embarazo no intencional, lo cual contradice los principios de equidad en salud, así como las normativas de protección de migrantes. Una mujer también podrá interrumpir su embarazo cualquiera sea su edad gestacional cuando la gravidez implique un grave riesgo para la salud de la mujer o cuando existan malformaciones incompatibles con la vida extrauterina. Algunas mujeres tienen dificultades para interrumpir voluntariamente un embarazo por no poder acceder a un centro de salud, ya sea porque viven en el medio rural, ya sea porque carecen de recursos materiales o simbólicos para hacerlo.

En los primeros años de la implementación de la ley, las mayores dificultades radicaban, por un lado, en la objeción de conciencia, y por otro, la objeción de ideario que se presentaba por instituciones de asistencia médica confesionales. Un número elevado de ginecólogos interpuso objeción de conciencia para evitar participar del proceso de la IVE. Eso provocó, en los primeros tiempos, que en algunas ciudades del interior del país solo hubiera médicos objetores, lo cual generaba una barrera para el acceso. Con el paso de los años, eso se ha ido modificando y, en la actualidad, no existen ciudades capitales departamentales que no brinden el servicio de IVE. En cuanto a la evolución del número de abortos desde 2013, año en que comienza a implementarse la ley, los datos del Ministerio de Salud Pública muestran un aumento mantenido tanto en términos absolutos como en la tasa global hasta el año 2018, estabilizándose en torno a las 10 000-11 000 interrupciones al año hasta el último dato disponible. Si analizamos la tasa de IVE, en 2024, esta fue de 13 abortos cada 1000 mujeres en edad reproductiva. La tasa promedio de todo el periodo 2013-2024 es de 11,4, siendo la tasa de aborto más baja de América Latina. Otras características para destacar del proceso de IVE en Uruguay son que el 90 % de los abortos se

realizan mediante el uso de medicamentos y existe una equivalencia en cuanto a los prestadores de salud, con número similar de IVE en el subsector privado y público.

Por su parte, la Ley de Reproducción Humana Asistida fue promulgada en el 2013 y contempla técnicas de baja y alta complejidad (inseminaciones y fertilizaciones *in vitro*, así como autoriza y regula la donación de gametos y embriones). La ley incluye estas técnicas dentro del SNIS, permitiendo un mayor acceso ya que exige que las instituciones de salud públicas y privadas cubran un porcentaje de sus costos. La ley exige copagos, es decir, las personas deben costear parte de los procedimientos de acuerdo con sus ingresos. Los procedimientos de baja complejidad quedan comprendidos dentro de los programas integrales de asistencia que deben brindar y financiar las instituciones integrantes del SNIS. Los de alta complejidad serán parcial o totalmente subsidiados hasta un máximo de tres intentos, a través del Fondo Nacional de Recursos. La ley brinda acceso a las técnicas a parejas heterosexuales, parejas de lesbianas y mujeres solas, independientemente de su estado civil. Asimismo, regula y autoriza procedimientos que suscitan polémicas, como la gestación subrogada y la fertilización de gametos y transferencias de embriones *post mortem*.

La gestación subrogada se incluye entre las TRHA; no obstante, tiene ciertas particularidades que la diferencian de las otras técnicas. De acuerdo con la ley: «Serán absolutamente nulos los contratos a título oneroso o gratuito entre una pareja o mujer que provea gametos o embriones, sean estos propios o de terceros para la gestación en el útero de otra mujer, obligando a esta a entregar el nacido a la otra parte o a un tercero». Sin embargo, plantea una única excepción: la situación de la mujer cuyo útero no pueda gestar su embarazo debido a enfermedades genéticas o adquiridas, quien podrá acordar con un familiar suyo de segundo grado de consanguinidad, o de su pareja dado el caso, la implantación y gestación del embrión propio. En

este caso, la práctica deberá ser siempre de carácter altruista y uno de los gametos tiene que pertenecer a la madre o al padre de intención. Dentro de estas condiciones, pueden acceder a la gestación subrogada las mujeres de entre dieciocho y cuarenta años (solas o en pareja), previa aprobación de la Comisión Honoraria de Reproducción Humana Asistida. En julio de 2025 se concretó el primer nacimiento por gestación subrogada en el país, la gestante era la hermana de la madre de intención.

### **Desafíos éticos: de la norma a la práctica**

Este entramado normativo, si bien sólido en el papel, entra en colisión con la realidad ética de su implementación, generando las tensiones que se analizan a continuación. Se parte de considerar que la reproducción humana es un hecho social y cultural que trasciende los aspectos meramente biológicos. La IVE y las TRHA deben ser analizadas en cuanto procesos que hacen a este hecho social. Una misma persona puede pasar por un proceso de embarazo buscado y deseado y algunos meses o años después pasar por un embarazo no intencional y, por consiguiente, interrumpirlo. Es más, un embarazo puede a su vez comenzar como deseado y muy buscado y por circunstancias múltiples culminar en una interrupción voluntaria. Es decir, cada circunstancia es única. Desde una ética de la salud pública se hace necesario respetar a la persona que está procesando el embarazo y apoyarla en su decisión o acompañarla durante su toma de decisión.

Algo similar sucede cuando una mujer o una pareja procuran tener un hijo mediante TRHA. Las razones por las que se toma dicha decisión les competen exclusivamente a la mujer o la pareja. Desde una postura de ética de la salud reproductiva, el papel de los equipos de salud es acompañar y asistir en el proceso. En Uruguay, incluso desde el punto de vista legal puede suceder que una mujer sea ampa-

rada por ambas leyes (IVE y TRHA), en diferentes momentos de su vida, o incluso en el mismo embarazo. Es necesario tener en cuenta que para una mujer o una pareja es tan difícil tomar la decisión de tener un hijo como tomar la decisión de interrumpir un embarazo. La esterilidad y la eventual necesidad de reproducción asistida encuentra a las mujeres y parejas en situaciones límite. Pero, así como la esterilidad conyugal es una cuestión de dos, la IVE en general encuentra a las mujeres más solas y vulnerables. Es necesario evitar colocar las TRHA y la IVE como opuestos: no son contradictorios. Desde una perspectiva ética, la salud pública debe abordar todos los momentos de la vida reproductiva de las personas.

### 3.3. JUSTICIA REPRODUCTIVA DESDE LOS MÁRGENES: CUERPOS DE SACRIFICIO, VULNERABILIDAD Y AUTONOMÍA RELACIONAL EN ARGENTINA

#### **Marco teórico: justicia reproductiva e interseccionalidad**

Los derechos sexuales y reproductivos, considerados como derechos humanos a la salud, son fruto de conquistas, avances, resistencias y proyecciones en el campo popular de feminismos plurales que abordan banderas de luchas cotidianas y cuidados en el derecho cultural a la salud, y Latinoamérica es ilustrativa a ese respecto (Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL], 2016; De Ortúzar y Médici, 2019). Contar con una educación sexual integral es un factor necesario para atender las particularidades de los derechos reproductivos que se asoman en el momento en que se consideran desde la perspectiva interseccional. Para las situaciones mencionadas, la opresión y la explotación sufridas por las mujeres indican asimetrías constituidas por diversos factores (raza, género, clase social, factor geopolítico, discapacidad) e indican varias direcciones.

Debido a la injusticia epistémica, el conocimiento que las mujeres tienen de sí mismas carece de suficientes recursos simbólicos y materiales para interpretar las experiencias propias y concebir los daños sufridos, por ejemplo, cuando la práctica sanitaria provoca violencia o acoso como parte de la discriminación, por asimetría de información y medicalización. La ignorancia del conocimiento testimonial se cruza con la pertenencia a un determinado grupo social o con la baja escolaridad, validando así los prejuicios contra las mujeres (Fricker, 2007).

### **Situación en Argentina: educación sexual integral desfinanciada y lucha feminista**

Argentina cuenta con el Programa Nacional de Educación Sexual Integral (ley número 26150), que data de 2006 y consagra el derecho de las personas educandas a recibir educación sexual integral, en la que se articulan aspectos biológicos, psicológicos, sociales, afectivos y éticos. No obstante, en la actualidad, esta ley ha sido desfinanciada, junto con el resto de los programas de acceso a la salud y los derechos, ante la avanzada restrictiva en políticas públicas neoliberales que amenaza los derechos de salud integral. En Argentina el movimiento feminista ha articulado la Campaña Nacional por el Aborto Seguro, Legal y Gratuito junto con la lucha por la visibilización de violencias interseccionales en el campo popular. Así, a través de movimientos interseccionales, se unen organizaciones feministas plurales, colectivo LGBTIQ+, representantes de gremios, profesionales, científicas, campesinas, artistas, trabajando en la calle y denunciando la violencia feminicida y el retroceso de derechos en programas, educación sexual integral (ESI), precarización, acceso a la justicia, el agua, el ambiente; esto es, conjugando luchas y movimientos.

## **Interseccionalidad y racialización de la salud: el caso de las mujeres afrobrasileñas**

A modo de ejemplo, las mujeres afrodescendientes brasileñas cuentan con más del triple de riesgo de morir que las mujeres blancas. A ello hay que sumar las muertes por aborto y en el parto, como causas de las principales tragedias humanas evitables. Si se habla de la gestación subrogada, las defunciones de mujeres dejan niños huérfanos con diez veces más probabilidades de morir, se abandonan niños por «defectos» en clínicas reproductivas y las mujeres son vistas como vasijas que se encuentran en callejones sin salida, abandonadas entre las agencias y los contratos, abortando a estos niños rechazados. A lo anterior hay que agregar las muertes de las mujeres de escasos recursos y pertenecientes a comunidades indígenas y afrodescendientes, quienes reciben una atención de salud inadecuada y discriminatoria, aunado al aumento de la desigualdad de género y de los feminicidios postpandemia. Dichas mujeres sufren múltiples obstáculos para acceder a servicios de atención y salud integral, entre ellos, de índole geográfica, económica, cultural y social, además de sufrir mayores tasas de morbilidad y mortalidad y dificultades de acceso a anticonceptivos y a educación sexual integral.

## **Problemática específica: gestación subrogada en Argentina y neocolonialismo reproductivo**

Esta compleja situación justifica el abordaje de la *justicia reproductiva desde el margen*, comprendida como movimiento de derechos humanos en territorios, con la fuerza del agenciamiento y la conformación de redes de autonomía relacional en situaciones de vulnerabilidad. La violencia obstétrica, en los países latinoamericanos, se racializa (migrantes bolivianas, paraguayas, mujeres indígenas de comunidades andinas), porque los procesos de captación de mujeres para la gestación subrogada se han dirigido a niñas y mujeres en condiciones de

vulnerabilidad social y xenofobia, bajo el pretexto de un contrato social entre iguales que invisibiliza o descarta las asimetrías de poder, minimizando las relaciones, los cuidados y la interdependencia.

En Argentina, la figura ficcional del contrato de gestación para otros (GPO) es incentivada a través de «contratos privados» por agencias de fertilización, aun cuando existe un vacío legal en su regulación por el Estado. Esta práctica reproduce formas neocoloniales de control en reproducción humana para grupos privilegiados por la demanda instalada en el mercado. Como contracara, la GPO genera formas de opresión de mujeres en situaciones de vulnerabilidad social, captadas por clínicas privadas y por redes de trata internacionales (Ministerio de Seguridad de la Nación, 2024; Infobae, 2025). Los relatos de dichas mujeres dirigen cuestionamientos y desafíos al patriarcalismo y esencialismo —mujer/autonomía absoluta— (Belvedresi, 2018). La tarea consiste en visibilizar los múltiples factores sociales y culturales de la subordinación interseccional de mujeres expuestas a los daños legales, psicosociales y físicos como resultado de esta neocolonización. ¿Qué es lo que lleva a naturalizar la idea de que algunos cuerpos valen menos que otros? ¿Qué nociones de vulnerabilidad y autonomía están presentes en los procesos de GPO?

Aunque no hay regulación legal, en Argentina no se impide la gestación por otro, ya que, conforme a lo que prevé el artículo 19 de la Constitución Nacional, ningún habitante «será obligado a hacer lo que no manda la ley, ni privado de lo que ella no prohíbe». Por ello, se solicita autorización judicial para llevarla a cabo muchas veces junto con la solicitud de homologación de un acuerdo de voluntades procreacional para la realización de una gestación por sustitución, debido a que el Código Civil y Comercial argentino incluyó, en su artículo 562, la «voluntad procreacional» como una tercera fuente de filiación. Por ese vacío legal, las agencias clandestinas reclutan personas en situación de vulnerabilidad, intermedian con clínicas, prepagas (atención médica privada) y abogados y las dejan

expuestas al riesgo legal, sanitario y emocional. Si se analizan los hechos sucedidos en nuestro país, la publicidad para convocar a las mujeres gestantes lo hace bajo el siguiente eslogan: «¿Querés ayudar a una familia a cumplir sus sueños? Importante compensación en dólares». Estos anuncios, además, establecen ciertos límites de edad, en general entre veintiún y treinta y ocho años, y como requisito adicional, ya haber tenido hijos.

Las mujeres atraviesan procesos fuertemente medicalizados bajo situaciones de «obediencia debida» ante la presión ejercida por el equipo médico para el «éxito» y la garantía del «producto». De manera contraria a la reivindicación feminista, sus sentimientos son puestos en suspenso, se les indica en todo momento el no involucramiento y que transiten sus miedos en silenciamiento forzoso y violencia obstétrica. La injusticia testimonial ejercida sobre la mujer, cuyo testimonio no es escuchado, y la injusticia hermenéutica ante la imposibilidad de interpretación del proceso médico-tecnológico, la asimetría de información y la asimetría de poder legal-institucional, forman parte de la metodología aplicada en el proceso altamente medicalizado e idealizado de la GPO.

Contra esta práctica se argumenta que es una forma de explotación de las mujeres que contraviene el derecho de propiedad del propio cuerpo (Shanley, 1993), a lo cual se suma que las mujeres en condición de vulnerabilidad son las que sufren la explotación (Nuño Gómez, 2016), denominándola «neocolonialismo reproductivo» (Guerra Palmero, 2018) o como una forma de extractivismo (Puleo, 2017). A favor de la regulación de la práctica se han esgrimido varios argumentos: uno es que la maternidad y la paternidad son una decisión voluntaria y libre, al mismo tiempo que conllevaría la disuasión del llamado «turismo reproductivo» (Igareda González, 2015). También se esgrime que no tendría sentido hablar de comercio de partes del cuerpo si lo que se permite es la gestación subrogada altruista (gratuita), pues equivaldría a situaciones como la donación

de sangre u órganos. El altruismo parte de suponer falsamente que la persona que pone el cuerpo para gestar comparte el deseo de este proceso. El «patriarcado de coacción» (sometimiento cultural y simbólico de las mujeres) se erige como «patriarcado del consentimiento blando» (mecanismos de control), imponiendo subjetividades. ¿Es esta decisión/deseo libre? Estos argumentos ignoran los lazos emocionales y físicos de las mujeres y los niños o las niñas futuros, además del ocultamiento de los riesgos para la salud (Puleo, 2017). Los vientres de alquiler reflejan una actitud paternalista y una coacción de la libertad de las mujeres que trastorna sus elecciones (Fernández-Garrido, 2016). Pero si el «consentimiento» parte de un subcontrato sexual y se brinda bajo relaciones de subordinación estructural de las mujeres (cuerpo-posesión; bebé-producto), ¿puede acaso hablarse de «consentimiento válido» o es, simplemente, una mercantilización y/o colonización de cuerpos (Shiva, 1997, citado en Puleo, 2017)?

### **Cuerpos de sacrificio: cuando la lógica del mercado naturaliza la desigualdad**

El concepto de cuerpos de sacrificio apela a mostrar esta idea de que algunos cuerpos valen menos que otros bajo la lógica del mercado. Se emplea en alusión al concepto de zonas de sacrificio (regiones dañadas por extracción o explotación en nombre de la ganancia económica sobre el bienestar humano-ambiental), justificando cargas de procesos globales (contaminación, riesgos sanitarios, vidas) sufridas por espacios, zonas y personas sacrificables. ¿Qué lleva a naturalizar la idea de que algunos cuerpos valen menos que otros? La respuesta parcial se encuentra en los datos estructurales de pobreza y precarización que afectan desproporcionadamente a las mujeres en Argentina. Según el estudio *Perfil de país Argentina 2024*, realizado por ONU Mujeres (2024), en el país hay 1,1 millones de hogares monomarentales, y 7 de cada 10 de estos hogares recurren al financiamiento para cubrir

necesidades básicas como estrategia de supervivencia. Dependen en mayor medida de fuentes de financiamiento informales (préstamos de familiares o personas cercanas, crédito en comercios locales) y, de forma creciente, de préstamos formales otorgados por aplicaciones móviles. La tasa de pobreza y pobreza extrema de las mujeres es mayor en las mujeres que tienen entre 25 y 44 años, y la sobrecarga de tareas de cuidados que recae en ellas se profundiza en este segmento del ciclo de vida y en las mujeres de menores ingresos. A su vez, el porcentaje de mujeres de 15 años y más sin ingresos propios en el periodo 2017-2024 oscila entre el 21 % y el 26 %. Estas cifras ayudan a comprender por qué implicarse integralmente en un embarazo subrogado puede resultar, para muchas mujeres, una mejor opción que otros trabajos: obtener un sueldo durante el embarazo, cobertura de prepaga (atención médica privada) y poder hacerse cargo del cuidado de sus propios hijos e hijas. El concepto de cuerpos de sacrificio, al igual que el de zonas de sacrificio, presupone una pasividad y resignación de quienes, aun utilizándolo como denuncia, consideran que está legitimada la degradación ambiental o el «uso libre» de cuerpos humanos, invisibilizando en este proceso la clave del agenciamiento de las comunidades y de las mujeres subalternas. Sin embargo, desde el marco de la autonomía relacional, esa aparente resignación se revela como una estrategia de supervivencia en contextos de opción limitada.

### **Autonomía relacional: herramienta política frente al neocolonialismo reproductivo**

El marco de la autonomía relacional nos invita a pensar que las soluciones a la vulnerabilidad de las mujeres gestantes deben abordarse tomándolas en su conjunto y en contexto, considerando también la importancia de redes, activismo, educación sexual y acceso al aborto. No debe presuponerse una autonomía plena e independiente descontextualizada, sino incluir en el análisis el entramado relacional en el

que se gesta la vida, pública y privada. Este análisis tiene efectos en la consideración de la agencia de estas mujeres en el momento de «elegir» ser gestantes. Como señala Ayala (2023), no se trata de invalidar la palabra de la persona que se dispone a gestar para otras, sino de pensar en perspectiva las condiciones que la llevan a tomar la decisión, cuáles han sido sus oportunidades y las condiciones de su inmersión, o no, en el mercado laboral. Se trata, en todo caso, de evidenciar que la capacidad de tomar decisiones autónomas se vincula estrechamente con los lugares (más privilegiados o desventajosos) que las personas ocupan en las relaciones sociales, de modo que «género, raza, clase, edad, etnia y sexualidad, entre otras características, constituyen dimensiones a tener en cuenta al analizar la agencia» (Belli y Suárez Tomé, 2021, p. 459).

Como hemos visto, no hay igualdad entre las partes de un contrato de subrogación: la mujer gestante es considerada como un medio para un fin, necesaria para obtener un producto final. Sostener esta práctica sin un análisis crítico de las asimetrías de poder implica dar un paso atrás respecto de las reivindicaciones del feminismo, afianzando el papel de las mujeres como cuidadoras. Vemos la disparidad de poder entre los actores que establecen esta relación contractual: familias o parejas que poseen capital económico, pero carecen de capital reproductivo, y que, por sí mismas o a través de agencias, se ponen en contacto con mujeres que no cuentan con el mismo caudal económico; mujeres, madres, de edades entre veintiún y treinta y ocho años, amas de casa, desempleadas o, en muchos casos, a cargo de una familia monomarental.

En este contexto, la *autonomía relacional* no es solo un concepto teórico, sino una herramienta política necesaria para enfrentar el neocolonialismo reproductivo. Nos invita a no presuponer una autonomía plena y descontextualizada, sino a incluir en el análisis el entramado relacional en el que se gesta la vida, pública y privada. La tarea pendiente es seguir visibilizando estas asimetrías y fortaleciendo

las redes de apoyo, el activismo, la educación sexual integral y el acceso efectivo al aborto legal, para que ninguna mujer tenga que poner su cuerpo en situación de sacrificio por falta de alternativas reales.

### 3.4. CONCLUSIONES

La lucha por los derechos sexuales y reproductivos parte de rechazar toda objetivación de la persona y reivindicar sus derechos de salud integral como sujeto de derechos. Los tres países analizados —Costa Rica, Uruguay y Argentina— muestran, con sus particularidades, un patrón común: los avances normativos no garantizan por sí mismos la justicia reproductiva y los retrocesos políticos suelen operar mediante la imposición de una determinada imagen del cuerpo —domeñado, medicalizado, sacrificable o disponible para el mercado—.

En Costa Rica, la eliminación del Programa de Educación de la Afectividad y Sexualidad evidencia cómo el neopentecostalismo y el neoconservadurismo pueden dismantelar políticas públicas efectivas, dejando a las personas adolescentes sin herramientas para una vida sexual y afectiva saludable. En Uruguay, la expansión normativa de derechos (IVE, TRHA, matrimonio igualitario) convive con barreras persistentes: objeción de conciencia, exclusión de mujeres migrantes, copagos y dificultades de acceso geográfico, lo que revela la tensión entre la ley y su implementación efectiva. En Argentina, el vacío legal en torno a la gestación subrogada y el desfinanciamiento de la educación sexual integral muestran cómo la lógica del mercado y el neocolonialismo reproductivo convierten ciertos cuerpos —especialmente los de mujeres pobres, madres solas y afrodescendientes— en zonas de sacrificio.

Frente a estas realidades, la salud pública, desde una perspectiva crítica y basada en derechos humanos, tiene la responsabilidad de promover estilos de vida saludables, diversos, inclusivos y equitati-

vos y, a la vez, de denunciar los dispositivos de dominación que aún hoy convierten algunos cuerpos en moneda de cambio. El concepto de *autonomía relacional* —que atraviesa los tres análisis— no es un lujo teórico, sino una herramienta política indispensable para pensar políticas públicas que partan de la interdependencia, el cuidado y el reconocimiento de las asimetrías estructurales. Solo así será posible quebrar el ideograma dualista que separa mente de cuerpo, alma de materia, y que sigue justificando, en distintos registros, la expropiación de la autodeterminación reproductiva.

## BIBLIOGRAFÍA

- AYALA, E. V. (2023). Mujeres, tecnologías reproductivas y autonomía: reflexiones feministas en el marco de la gestación por sustitución. *Ucronías*, 8, 119-138. <https://ucronias.unpaz.edu.ar/index.php/ucronias/article/view/191>.
- BELLI, L. y SUÁREZ TOMÉ, D. (2021). La autonomía revisitada desde la perspectiva de una bioética feminista. En M. HERRERA, S. E. FERNÁNDEZ y N. DE LA TORRE (eds.), *Tratado de géneros, derechos y justicia. Políticas públicas y multidisciplina* (pp. 437-462). Rubinzal Culzoni.
- BELVEDRESI, R. E. (2018). Historia de las mujeres y agencia femenina: algunas consideraciones epistemológicas. *Epistemología e Historia de la Ciencia*, 3(1), 5-17. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/afjor/article/view/19865>.
- COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE. (2016). 40 años de Agenda Regional de Género (LC/G 2682). Santiago de Chile, Chile.
- DE ORTÚZAR, M. G. y MÉDICI, A. (2019). El derecho a la salud como derecho humano. Abordaje conceptual transdisciplinar. En M. CRISTECHE y M. LANFRANCO VÁZQUEZ (eds.), *Investigaciones sociojurídicas contemporáneas* (pp. 57-78). Malisia.
- FERNÁNDEZ-GARRIDO, M. (2016). Gestación subrogada o vientres de alquiler. *Món Jurídic*, 306, 26-28.

- FRICKER, M. (2007). *Epistemic injustice: power and the ethics of knowing*. Oxford University Press.
- GUERRA PALMERO, M. J. (2018). Contra la mercantilización de los cuerpos de las mujeres. La «gestación subrogada» como nuevo negocio transnacional. *Dilemata*, 26, 39-51.
- IGAREDA GONZÁLEZ, N. (2015). La inmutabilidad del principio «mater semper certa est» y los debates actuales sobre la gestación por sustitución en España. *Universitas*, 21, 3-19. <https://e-revistas.uc3m.es/index.php/UNIV/es/article/view/2410/1309>.
- IGNACIO, F. (coord.). (2023). *El filósofo como educador*. Guillermo Escolar Editor.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS. (2021). *Encuesta nacional de hogares*. Julio 2021. Resultados generales. San José, Costa Rica. [https://admin.inec.cr/sites/default/files/media/reenaho2021\\_2.pdf](https://admin.inec.cr/sites/default/files/media/reenaho2021_2.pdf).
- MINISTERIO DE SEGURIDAD DE LA NACIÓN. (5 de octubre de 2024). *Desarticulamos una red transnacional de trata para la subrogación de vientres y la venta de bebés*. Argentina.gob.ar. <https://www.argentina.gob.ar/noticias/desarticulamos-una-red-transnacional-de-trata-para-la-subrogacion-de-vientres-y-la-venta-de>.
- NUÑO GÓMEZ, L. (2016). Una nueva cláusula del contrato sexual: vientres de alquiler. *Isegoría*, 55, 683-700. <https://doi.org/10.3989/isegoria.2016.055.15>.
- ONU MUJERES. (2024). *Perfil de país. Argentina 2024*. [https://lac.unwomen.org/sites/default/files/2025-04/perfil\\_de\\_pais\\_argentina\\_2024\\_-11.pdf](https://lac.unwomen.org/sites/default/files/2025-04/perfil_de_pais_argentina_2024_-11.pdf).
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. (2019). *Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas. Una renovación para el siglo XXI. Marco conceptual y descripción*. <https://www.paho.org/es/documentos/funciones-esenciales-salud-publica-americas-renovacion-para-siglo-xxi-marco-conceptual>.
- PULEO, A. H. (2017). Nuevas formas de desigualdad en un mundo globalizado. El alquiler de úteros como extractivismo. *Revista Europea de Derechos Fundamentales*, 29, 165-184. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6144005>.
- RETANA, C. (2019). Tensiones en torno al cuerpo, el género y el deseo en los programas de estudio de educación para la afectividad y sexuali-

- dad integral de Costa Rica. *Revista Filosofía UIS*, 18(1). <http://dx.doi.org/10.18273/revfil.v18n1-2019006>.
- SCHAPIRO, T. (10 de mayo de 2025). Vientres por 10 mil dólares, contratos secretos y abandono: el drama vivido por una joven en una red ilegal de subrogación. *Infobae*. <https://www.infobae.com/reportajes/2025/05/10/vientres-por-10-mil-dolares-contratos-secretos-y-abandono-el-drama-vivido-por-una-joven-en-una-red-ilegal-de-subrogacion/>.
- SHANLEY, M. (1993). «Surrogate mothering» and women's freedom: a critique of contracts for human reproduction. *Signs*, 18(3), 618-639. <https://doi.org/10.1086/494822>.



## 4. MAPEANDO EL TERRENO ÉTICO DEL USO DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN LA SALUD PÚBLICA EN UN CONTEXTO IBEROAMERICANO\*

Gonzalo Díaz-Cobacho, Francisco Herrera Jeldres, Ramón Ortega Lozano y Francisco Rosero Villarreal

La integración de la inteligencia artificial (IA) en la salud pública (SP) constituye uno de los fenómenos más transformadores de nuestra época en los campos de la salud, la medicina y la ingeniería biomédica. Sin embargo, esta integración plantea desafíos conceptuales, éticos y prácticos que requieren una reflexión profunda desde la ética de la SP. Aunque existe literatura en el contexto de Iberoamérica sobre ética de la SP (Cruz *et al.*, 2025; Ortega Lozano y Puyol, 2025) y sobre ética de la IA (Edelstein y Haroz, 2024), la intersección de ambas disciplinas permanece relativamente poco explorada. Este trabajo busca contribuir a la delimitación de este nuevo campo de investigación, reconociendo que estamos frente al nacimiento de una subdisciplina que podría resultar de gran utilidad para el desarrollo de la humanidad.

Para abordar esta intersección aún poco explorada, conviene primero acotar con precisión el objeto de estudio. Dado que la IA se aplica hoy en prácticamente todos los ámbitos del quehacer humano, en este capítulo nos centraremos exclusivamente en su convergencia con la salud pública. Por ello, proponemos emplear la expresión *inteligencia artificial para la salud pública* (IASP), que nos permitirá alcanzar nues-

---

\* Este capítulo es parte del proyecto Confianza y Nuevas Formas de Integración de la Inteligencia Artificial. Marco Metodológico para Superar Barreras No Tecnológicas en la Adopción de la IA Médica (CONFIA: PID2024-156166OA-I00), financiado por MICIU/AEI/10.13039/501100011033 y por el FSE+.

tro objetivo principal: mapear el terreno ético del uso de IA en la SP, identificar sus principales desafíos éticos y proponer un marco de reflexión orientado a investigadores y responsables de políticas públicas.

Para lograr lo anterior, plantearemos, en primer lugar, un estado de la cuestión que nos permita comprender de forma clara cuáles son los principales desafíos a los que se enfrenta la SP con el surgimiento de la IA y cuáles son las posibles formas de abordarlos. Este estado de la cuestión incluirá un apartado dedicado a los desafíos y otro con recomendaciones éticas para la correcta implementación de la IA en el marco iberoamericano, con el conocimiento de que muchos de los problemas analizados tienen alcance global. Sobre esta base, ofreceremos al final del capítulo unas recomendaciones éticas mínimas que no deberían faltar en el estudio de este campo emergente.

#### 4.1. DESAFÍOS ÉTICOS DEL USO DE LA IA EN LA SALUD PÚBLICA

La racionalidad moderna, que tradicionalmente ha asociado el cuerpo a una suerte de mecanismo, encuentra en la era digital su máxima expresión: el organismo vivo se reduce a un flujo de datos biométricos susceptible de ser monitorizado, optimizado y, sobre todo, mercantilizado. Esta lógica ha sido llevada al extremo por los grandes proveedores tecnológicos, para quienes la salud se ha convertido en un gran nicho comercial. Prueba de ello es la velocidad con que la IA ha colonizado el ámbito clínico: más de mil dispositivos médicos basados en IA y aprendizaje automático han sido autorizados por la U. S. Food and Drug Administration (U. S. FDA, 2025), referente regulatorio de alcance global, para su comercialización, lo que revela que la incorporación de estos sistemas ya no es una promesa futura sino una realidad institucionalizada.

Este despliegue industrial, sin embargo, presenta distintos escenarios susceptibles de un análisis ético. Existen aplicaciones dirigidas

a instituciones sanitarias, como hospitales o sistemas públicos y privados de salud. En este ámbito encontramos, por ejemplo, sistemas de cirugía robótica que permiten a los cirujanos realizar procedimientos mínimamente invasivos con una precisión aumentada, procesando en tiempo real información sobre la intervención para optimizar los movimientos y reducir el trauma quirúrgico. A ello se suman las plataformas de telemedicina institucional, desplegadas en múltiples países, que posibilitan consultas remotas entre especialistas de grandes centros urbanos y pacientes en zonas rurales o de difícil acceso, facilitando el seguimiento de enfermedades crónicas y la atención primaria a distancia. Del mismo modo, los *softwares* para el diagnóstico por imágenes, que procesan historiales radiológicos; las herramientas de predicción epidemiológica, que analizan millones de registros de pacientes; y los sistemas para optimizar la gestión de camas y listas de espera, que centralizan información sensible sobre la ocupación hospitalaria y la situación clínica de usuarios y usuarias, completan este ecosistema de aplicaciones institucionales, todas ellas dependientes del procesamiento masivo de datos clínicos y administrativos.

El riesgo aquí opera en un doble nivel: por un lado, se encuentra la posible despersonalización de la atención, donde la persona atendida corre el riesgo de quedar invisibilizada tras sus propios datos, reducida a una mera sumatoria de variables clínicas. Su historia, su sufrimiento y su contexto se diluyen en favor de un perfil abstracto y cuantificable que el algoritmo puede procesar y optimizar. Por el otro lado, la exposición de volúmenes masivos de información clínica, tanto de individuos como de la propia institución, lleva a vulnerabilidades de seguridad, usos secundarios no consentidos y genera la dificultad para asignar responsabilidades legales cuando se produce un error atribuible al algoritmo.

De manera más preocupante aún, se encuentra el vasto y creciente mercado de aplicaciones dirigidas directamente al consumidor. A comienzos del 2026, los principales modelos de lenguaje realizaron

movimientos estratégicos en este ámbito: OpenAI lanzó una funcionalidad específica que permite a usuarios y usuarias consultar sobre su salud y sincronizar sus historiales médicos y datos de aplicaciones de bienestar para obtener respuestas personalizadas. Anthropic, por su parte, presentó una herramienta que posibilita a los suscriptores conectar sus registros de laboratorio y métricas de salud para explicar resultados y preparar consultas médicas, así como responder a cualquier requerimiento promoviendo una atención diagnóstica directa. Ambos servicios, no obstante, operan en un vacío regulatorio relativo. Aunque incorporan resguardos técnicos y declaran no sustituir el juicio médico, la responsabilidad última recae en el usuario que confía en sus respuestas. La salud se convierte así en un producto más, donde se mercantiliza la ansiedad del usuario, la calidad de los consejos automatizados es a menudo dudosa y los datos más íntimos, que deberían estar protegidos, se convierten en el verdadero negocio. Esta preocupación no es exclusiva de un ámbito, sino que atraviesa tanto las aplicaciones institucionales como las de consumo directo, como advierten Waeiss y Cho (2026): «La falta de datos disponibles y de auditorías independientes de la IA en la atención médica, y el debilitamiento de los esfuerzos de supervisión, generan preocupaciones sobre la seguridad de estas herramientas y dispositivos» (p. 367).

Todo esto nos lleva a reflexionar sobre qué desafíos éticos deben ser abordados de forma específica en el diseño y en la aplicación de este tipo de tecnologías. A continuación, desarrollaremos algunos de los que consideramos más importantes.

## Sesgos

Los sistemas de IA se entrenan a partir de registros y datos históricos. En SP, la recopilación de datos puede reflejar desigualdades sistémicas, sesgos raciales, socioeconómicos o de género ya existentes en los sistemas sanitarios. Por esa razón, cuando los algoritmos se entrenan

con estos datos sin una evaluación crítica, pueden perpetuar o incluso amplificar dichas desigualdades.

Un caso ampliamente documentado es el estudio publicado en *Science* por Ziad Obermeyer *et al.* (2019), que demostró que un algoritmo utilizado para gestionar programas de salud en Estados Unidos subestimaba sistemáticamente la gravedad de pacientes de origen afroamericano, debido a que utilizaba el gasto sanitario previo como *proxy* de necesidad clínica. De esta forma, personas afroamericanas eran excluidas de ciertas ayudas, solo por haber generado en su historial menos gasto sanitario que los pacientes blancos, incluso cuando tenían el mismo nivel de enfermedad. Este ejemplo ilustra cómo decisiones técnicas aparentemente neutrales pueden generar impactos desproporcionados en poblaciones vulnerables.

Este tipo de ejemplos hace evidente la necesidad de filtros éticos en el uso de estas tecnologías en los sistemas de salud en general y en la SP en particular. Desde la perspectiva ética, los sesgos en IA no son meramente fallos técnicos, sino problemas de justicia distributiva y equidad sanitaria. La Organización Mundial de la Salud (World Health Organization, 2021), en su informe *Ethics and Governance of Artificial Intelligence for Health*, enfatiza que los sistemas de IA deben diseñarse y evaluarse para no perpetuar ni amplificar desigualdades existentes, especialmente en contextos donde las decisiones afectan a poblaciones completas o a grupos poblacionales grandes. Este problema es especialmente sensible en países de Iberoamérica donde las poblaciones no son uniformes y puede haber colectivos (por ejemplo, poblaciones originarias y migrantes) y diferencias socioeconómicas muy exacerbadas que puedan verse afectados por este tipo de sesgos en salud.

## Responsabilidad

De la misma forma, muchas decisiones asistidas por IA (como la priorización de intervenciones, la identificación de brotes o la asignación de vacunas) tienen consecuencias colectivas. Esto plantea la

siguiente pregunta: ¿quién es responsable cuando un sistema automatizado produce resultados dañinos o injustos?

La responsabilidad no puede atribuirse únicamente al algoritmo. Implica una red de actores: desarrolladores, proveedores tecnológicos, instituciones sanitarias, autoridades regulatorias y responsables políticos. La literatura en ética de la IA sostiene que la delegación de decisiones a sistemas automatizados no elimina la responsabilidad humana, sino que exige marcos claros de gobernanza para evitar problemas éticos como el de las muchas manos (Van de Poel *et al.*, 2018).

El marco ético propuesto por la Unión Europea en las *Ethics Guidelines for Trustworthy AI* (High-Level Expert Group on Artificial Intelligence, 2019) subraya el principio de «responsabilidad», que exige mecanismos de auditoría, trazabilidad de decisiones y posibilidad de revisión humana. En SP, esto implica asegurar que siempre existan supervisión profesional y mecanismos para corregir decisiones automatizadas que puedan afectar negativamente a individuos o comunidades.

En esta línea, el concepto de «responsabilidad algorítmica [*algorithmic accountability*]» ha sido desarrollado por autoras como Virginia Eubanks (2018) en *Automating Inequality...*, con el que advierten que los sistemas automatizados tienden a aplicarse con mayor intensidad sobre poblaciones vulnerables, lo que refuerza la necesidad de marcos sólidos de responsabilidad institucional.

## Privacidad

Ya es conocido que las tecnologías digitales suponen un problema para la privacidad de las personas, debido al uso comercial de los datos. Carissa Véliz (2021), en su libro *Privacidad es poder*, analiza el impacto que estas tecnologías han tenido en la creación de una sociedad de la vigilancia que ha transformado a los ciudadanos y las ciudadanas en sujetos de datos. Las personas ofrecen informa-

ción (datos) sobre sus comportamientos, preferencias y actividades en todo momento y de manera semiconsciente: «La era digital ha conseguido que nos olvidemos de nuestras normas sobre privacidad, en gran parte porque ha logrado desligarlas de esas otras señales de intromisión más tangibles. El robo de datos digitales no nos crea ninguna sensación, no deja en nosotros un rastro visible, no hay una ausencia que percibir» (p. 46).

De esta manera, a este problema existente a causa del empleo de cualquier tecnología digital (buscadores de internet, aplicaciones, redes sociales, televisiones inteligentes y un largo etcétera) se le suma la capacidad que tendrá la IA de extracción y manejo de cantidades enormes de datos que, antes de su aparición, ninguna tecnología era capaz de gestionar. ¿Por qué las personas ceden sus datos? La respuesta es clara, por los supuestos beneficios que puede implicar hacerlo gracias a las posibilidades que les brindan aplicaciones de IA, como pueden ser recomendaciones personalizadas de productos.

Sin embargo, el cálculo riesgo-beneficio es mucho más complejo. Para empezar, cualquier organización necesita entrenar y mejorar su sistema de IA mediante el aprendizaje automático, lo que requiere acceso a grandes volúmenes de datos. A menudo, estos datos son manejados por intermediarios (otras organizaciones) que pueden realizar diversas tareas de gestión de la información con los datos obtenidos de la primera organización. En consecuencia, incluso si una organización se esfuerza por ser transparente sobre cómo se manejan los datos personales después de la recolección, estos datos pueden ser reutilizados, agregados, vendidos o adquiridos por otras entidades (Martin y Zimmermann, 2024).

El ámbito de la SP no está exento de este problema. Es verdad que la digitalización en la atención sanitaria ha traído avances significativos como es la telemedicina, un mejor acceso a los registros y el desarrollo de aplicaciones de aprendizaje automático (*machine learning*) y mejor seguimiento epidemiológico. El problema es que

los datos suelen almacenarse y procesarse en servidores (en la nube o en unidades de procesamiento gráfico), donde la información podría verse comprometida. A diferencia de las aplicaciones tecnológicas previas, las aplicaciones de IA manejan conjuntos de datos mucho más extensos, lo cual hace su seguridad aún más crítica. Por ello, una de las principales preocupaciones es que, aunque estos datos se anonimizan antes de compartirse, existen algoritmos capaces de reidentificar a las personas cruzando información de diferentes fuentes (Yadav *et al.*, 2023). Así, desde la ética de la SP, es fundamental buscar un equilibrio que pueda proveer de datos masivos para que las aplicaciones de IA funcionen adecuadamente y, a su vez, mantener la privacidad de las personas que ofrecen estos datos.

### **Transparencia y auditoría**

La transparencia es un requisito clave para la legitimidad ética de la IA en SP. Sin claridad sobre cómo se diseñan, entrenan y validan los modelos, resulta imposible evaluar sus riesgos, corregir sesgos o generar confianza pública.

Sin embargo, muchos sistemas de IA (especialmente aquellos basados en aprendizaje profundo) funcionan como cajas negras (*black-box*) (Lara, 2026). Esta opacidad técnica (los procesos internos no son accesibles ni comprensibles para las personas afectadas) socava la capacidad de los individuos para comprender, cuestionar y controlar decisiones que repercuten en su vida, afectando a la explicabilidad de sus decisiones, lo cual es especialmente problemático cuando se aplican a decisiones de impacto poblacional. Cuando no se explica por qué un algoritmo decide de cierta manera (por ejemplo, negar un tratamiento o no atender a un paciente), la persona pierde poder de agencia: deja de ser sujeto informado y pasa a ser objeto pasivo del sistema.

Esta falta de transparencia puede traducirse en una violación de la dignidad humana porque impide a los individuos tener explicaciones justificadas sobre decisiones que inciden en sus derechos y

oportunidades (Lara, 2026). Y es que la transparencia no solo es un asunto técnico, sino ético y social, de forma que un sistema que no puede ser explicado o auditado fácilmente es considerado como injusto o arbitrario.

El manejo de ingentes volúmenes de datos sensibles para el funcionamiento de la IA en salud hace que su seguridad sea un aspecto crítico. Sin embargo, la protección de la privacidad no termina con el cifrado de datos o la anonimización. Una vez que el sistema de IA está en funcionamiento, surge la pregunta crucial: ¿cómo verificamos que realmente opera de manera segura, justa y ética? Es aquí donde la auditoría de algoritmos emerge no como un mero trámite técnico, sino como un imperativo bioético indispensable para una adopción responsable. La auditoría constituye un examen multidimensional que interroga la esencia misma de nuestra relación con la tecnología en espacios de vulnerabilidad, validando si los principios éticos abstractos se traducen en prácticas concretas.

Esta necesidad ética se despliega de manera radicalmente diferente según los modelos de implementación. En el ámbito institucional (relación entre empresas y proveedores de salud, como hospitales o sistemas públicos), la auditoría encuentra, al menos teóricamente, un terreno más fértil: existen contratos que pueden exigir transparencia, instituciones con comités éticos y recursos para la verificación, así como una relativa simetría en la negociación. Sin embargo, incluso aquí, el secreto comercial y la complejidad técnica suelen erigir barreras infranqueables para una verdadera escrutabilidad. En el extremo opuesto, el modelo de atención directa al consumidor (aplicaciones y dispositivos que llegan directamente al paciente-usuario final, sin mediación institucional) presenta un vacío preocupante. En estos casos, la asimetría de poder es absoluta y la posibilidad de una auditoría independiente es prácticamente nula, a pesar de que estos sistemas también pueden influir en decisiones de salud. El núcleo del problema bioético que la auditoría debe abordar reside en la opacidad

algorítmica, entendida como la imposibilidad de comprender el razonamiento interno de un modelo, agravada en contextos de atención directa al consumidor por la falta de supervisión. Esta opacidad choca frontalmente con principios bioéticos fundamentales: la autonomía del paciente y del profesional (al no poder cuestionar una recomendación que no se entiende), la justicia (al no poder detectar si el algoritmo discrimina a ciertos grupos) y la no maleficencia (al no poder prevenir daños derivados de su mal funcionamiento). La auditoría se convierte así en el mecanismo de traducción ética, transformando principios en verificaciones concretas. No debe evaluar únicamente la precisión estadística, sino también la equidad en los resultados para diferentes grupos poblacionales, la transparencia procesal (explicabilidad), la solidez y robustez del sistema ante situaciones imprevistas y la existencia de mecanismos para una supervisión humana significativa. Los casos documentados de fracasos son fallos éticos institucionalizados que evidencian la urgencia de una auditoría rigurosa, independiente y continua. Esta debe ser entendida como una práctica de vigilancia epistemológica, exigible independientemente de que el destinatario sea una gran institución o un individuo particular.

En un escenario donde los marcos regulatorios específicos aún están en desarrollo, la auditoría debe adelantarse a la ley, adoptando los estándares más exigentes como expresión del principio de precaución. Requiere de comités multidisciplinares y marcos normativos que exijan niveles de transparencia y garantías proporcionales al riesgo, sin importar el canal de distribución. Especial atención debe dedicarse al ecosistema de atención directa al consumidor, donde el paciente-usuario se encuentra en máxima vulnerabilidad.

## **Confianza**

Como se ha visto, la incorporación de la IA en el ámbito de la salud supone una serie de desafíos que tienen un impacto directo en la confianza que sienten las personas con relación a su implementación. Por

un lado, una confianza ciega en estas tecnologías puede llevar al desarrollo de aplicaciones que no cuenten con medidas de seguridad que tengan en cuenta los problemas mencionados en los apartados anteriores (sesgos, privacidad, transparencia, etc.) y que, con ello, se ponga en riesgo la salud de las personas. Por otro lado, una ausencia total de confianza puede ser un obstáculo no tecnológico para la incorporación de una tecnología que puede ofrecer una atención más precisa y de calidad para las personas. Por tanto, encontrar un equilibrio entre estos dos polos parece una necesidad insoslayable en la implementación de estas tecnologías (Fernández Alonso, M. *et al.*, 2025).

Esta definición no se basa en el paradigma de confiabilidad de la IA (*trustworthy AI*) que busca garantizar un equilibrio entre confianza óptima y escepticismo necesario (Floridi, 2019; Thiebes *et al.*, 2020) a partir de ciertos atributos de las aplicaciones como pueden ser su capacidad (Malle y Ullman, 2021), precisión, fiabilidad (London, 2019), integridad de la robustez (Asan *et al.*, 2020) y explicabilidad (Shin, 2021), entre otros. Aquí se está hablando de la confianza que las personas (profesionales de la salud, pacientes, personal administrativo, usuarios y usuarias del sistema de salud, etc.) sienten hacia el uso de la IA. La confianza no es solo una opinión favorable sobre algo o alguien, sino más bien un acto implícito de entregarse a ese algo o alguien. Es asumir, sin garantías totales, que el otro —persona, grupo o incluso una herramienta— responderá de manera coherente con lo que uno necesita. En el fondo, es un vínculo donde uno acepta estar expuesto, frágil, a lo que ese otro haga o deje de hacer. Por eso la confianza suele ser un atributo más bien humano, pues nace de reconocernos interdependientes entre las personas. Y, al mismo tiempo, exige que quien recibe esa confianza tenga capacidad de obrar, de decidir; se espera de él o ella que esté a la altura de lo que se le ha confiado.

En el caso de la salud, el paciente sigue confiando en la persona que firma la orden médica, aunque esa confianza se ve modulada por las nuevas capacidades analíticas que la IA pone a disposición

del profesional. En este sentido, la IA es vista como herramienta que mejora o aumenta la precisión y la productividad del profesional, por ello se puede expresar como «confianza mediada por la IA» (Alonso *et al.*, 2025). También conviene distinguir algunos niveles de confianza. En primer lugar, está el nivel subjetivo de la persona que «confía» en la IA; esto tiene que ver con las experiencias pasadas (si han sido positivas o negativas), su familiaridad con el empleo de esta tecnología, etc. Existe, en segundo lugar, un nivel objetivo, que podría ser comparado con el paradigma *trustworthy AI*, en el que se encuentran esos atributos que pueden fortalecer la confianza al garantizar la competencia y consistencia del sistema, como son la fiabilidad, la robustez, la precisión, la transparencia, entre otros. Y, en tercer lugar, se encuentra un nivel relacional que tiene que ver con las regulaciones, las leyes, las salvaguardas, la influencia social e incluso ciertos factores culturales (Baer *et al.*, 2018; Westjohn *et al.*, 2022).

En resumen, la confianza no depende únicamente de la fiabilidad, la precisión o la explicabilidad de la tecnología, sino que surge de una dinámica entre la IA y el sistema sanitario (profesionales de la salud, pacientes y la institución sanitaria), sin olvidar la parte relacional que viene de la mano de la apreciación social, las políticas regulatorias y otros mecanismos de control. Solo una confianza «saludable» o equilibrada podrá permitir el éxito de implementación de estas tecnologías de IA en los sistemas de salud, sin una exposición «ciega» frente a las amenazas que también supone y que se están analizando en este capítulo.

#### 4.2. RECOMENDACIONES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA IA EN LA SALUD PÚBLICA EN IBEROAMÉRICA

La IA representa una herramienta transformadora para la SP, con capacidad para mejorar la vigilancia epidemiológica, la planificación sanitaria y la toma de decisiones basada en evidencia. Sin embargo,

su implementación en Iberoamérica enfrenta desafíos estructurales relacionados con la gobernanza, la infraestructura digital, la formación del talento humano y las desigualdades socioeconómicas; para su adecuada y responsable implementación se debe integrar evidencia regional, marcos de gobernanza internacionales y experiencias recientes en la región. Se debe proponer un modelo multidimensional basado en la gobernanza ética, el fortalecimiento institucional, la interoperabilidad de datos, la capacitación del recurso humano, la evaluación tecnológica y la equidad en salud. La implementación efectiva de la IA requiere políticas públicas integrales, cooperación regional y enfoques centrados en derechos humanos para garantizar su sostenibilidad y legitimidad social (Hattab *et al.*, 2025).

Los sistemas de salud en Iberoamérica presentan niveles desiguales de madurez en IA. La mayoría de las iniciativas de IA se encuentran en fases piloto o académicas, con limitada integración en políticas públicas nacionales. Entre las principales barreras destacan la insuficiente financiación, la falta de interoperabilidad de sistemas de información, la escasez de talento especializado y la ausencia de marcos regulatorios específicos.

Para abordar estas barreras, los sistemas sanitarios deberían adoptar estrategias integrales que incluyan la estandarización de datos, la gobernanza ética de la IA, programas de formación interdisciplinaria y marcos regulatorios adaptativos. Invertir en IA explicable, fortalecer la infraestructura digital y promover la participación de los grupos de interés puede facilitar una implementación sostenible. Además, los programas piloto y los estudios de validación en el mundo real pueden apoyar la adopción basada en la evidencia de tecnologías de IA en la práctica clínica (Panteli *et al.*, 2025).

En primer lugar, es fundamental desarrollar marcos regulatorios específicos que garanticen la seguridad, transparencia y ética en el uso de la IA en SP, incluyendo legislación sobre protección de datos, evaluación tecnológica y supervisión algorítmica. También prestar

atención al desarrollo de infraestructura digital e interoperabilidad, esto supone inversión en infraestructura digital, historia clínica electrónica, sistemas interoperables y conectividad en zonas rurales como elementos esenciales para la integración efectiva de soluciones de IA en los sistemas de SP.

En segundo lugar, dar formación continua en competencias digitales, analítica de datos e IA para profesionales de SP es un componente clave para la adopción sostenible de estas tecnologías.

En tercer lugar, la IA debe implementarse bajo los principios de equidad, transparencia, explicabilidad algorítmica y protección de poblaciones vulnerables, evitando sesgos y garantizando la justicia social en el acceso a la innovación tecnológica. Por ello, la cooperación entre países iberoamericanos permitiría compartir datos epidemiológicos, desarrollar modelos predictivos regionales y generar evidencia científica contextualizada para la toma de decisiones en SP (Panteli *et al.*, 2025).

Finalmente, en cuarto lugar, resulta imprescindible establecer un sistema de gobernanza para la inteligencia artificial en el ámbito sanitario. Dicho sistema debe corregir las deficiencias del actual enfoque basado casi exclusivamente en la autorregulación, un modelo que resulta insuficiente por varias razones: muchos desarrolladores desconocen la normativa aplicable y su función para evitar daños; no existen mecanismos claros de responsabilidad compartida ante posibles perjuicios; y la falta de transparencia y de evidencia accesible dificulta la evaluación rigurosa de la seguridad. Por ello, es importante identificar una serie de acciones concretas que pueden ser impulsadas por distintos actores —organizaciones de la sociedad civil, entidades financiadoras, compradores del sistema sanitario y pagadores— con el fin de fortalecer la gobernanza de la IA en la salud (Waeiss y Cho, 2026).

### 4.3. CONCLUSIONES

La implementación de la IASP en Iberoamérica representa una oportunidad estratégica para mejorar la eficiencia, la equidad y la sostenibilidad de los sistemas sanitarios. Sin embargo, su adopción requiere reconocer su carácter intrínsecamente interdisciplinar. No se trata únicamente de una cuestión tecnológica o sanitaria, sino de un espacio de convergencia entre bioética, gobernanza digital, políticas públicas y justicia social. Este carácter híbrido obliga a superar enfoques fragmentados y promover marcos de análisis que integren dimensiones técnicas, normativas y sociopolíticas.

En este capítulo hemos tratado de señalar algunos de los riesgos a los que se enfrenta la IA y de acercar algunas de las recomendaciones que podrían guiar la futura aplicación de la IASP. Sin embargo, el desarrollo futuro de este campo demanda una agenda de investigación robusta que incluya estudios empíricos sobre impacto real en equidad sanitaria, análisis comparados entre países iberoamericanos y el diseño de métricas éticas que permitan evaluar no solo la eficacia técnica, sino también la legitimidad social de los sistemas implementados. La IASP no debe medirse únicamente por su capacidad predictiva, sino por su contribución efectiva al fortalecimiento de sistemas de salud más justos, resilientes y centrados en las personas.

### BIBLIOGRAFÍA

- ALONSO, M., ASTOBIZA, A. M. y ORTEGA LOZANO, R. (2025). AI-mediated healthcare and trust: a trust-construct and trust-factor framework for empirical research. *Artificial Intelligence Review*, 58, artículo 337. <https://doi.org/10.1007/s10462-025-11306-7>.
- ASAN, O., BAYRAK, A. E. y CHOUDHURY, A. (2020). Artificial intelligence and human trust in healthcare: focus on clinicians. *Journal of Medical Internet Research*, 22(6), e15154. <https://doi.org/10.2196/15154>.

- BAER, M. D., MATTA, F. K., KIM, J. K., WELSH, D. T. y GARUD, N. (2018). It's not you, it's them: social influences on trust propensity and trust dynamics. *Personnel Psychology*, 71, 423-455. <https://doi.org/10.1111/peps.12265>.
- CRUZ, M., HORTAL, J. y PUYOL, À. (eds.). (2025). *Ética y salud pública: propuesta para su integración institucional*. Plaza y Valdés. <https://www.plazayvaldes.es/uploads/2025/09/etica-y-salud-publica-propuestas-ebook.pdf>.
- EDELSTEIN, M. y HAROZ, E. E. (2024). Mapping artificial intelligence governance for public health applications. *SAIS Review of International Affairs*, 44(2), 57-74. <https://doi.org/10.1353/sais.2024.a950957>.
- EUBANKS, V. (2018). *Automating inequality: how high-tech tools profile, police, and punish the poor*. St. Martin's Press.
- FERNÁNDEZ ALONSO, M., ORTEGA LOZANO, R. y ASTOBIZA, A. (2025). ¿Confiamos en los sistemas de IA? La confianza como requisito indispensable en políticas de salud pública. En R. ORTEGA LOZANO y À. PUYOL (eds.), *Con la salud pública no se juega: ética y política de la salud colectiva*. Plaza y Valdés.
- FLORIDI, L. (2019). Translating principles into practices of digital ethics: five risks of being unethical. *Philosophy & Technology*, 32, 185-193. <https://doi.org/10.1007/s13347-019-00354-x>.
- HATTAB, G., IRRGANG, C., KÖRBER, N., KÜHNERT, D. y LADEWIG, K. (2025). The way forward to embrace artificial intelligence in public health. *American Journal of Public Health*, 115(2), 123-128. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2024.307888>.
- HIGH-LEVEL EXPERT GROUP ON ARTIFICIAL INTELLIGENCE. (8 de abril de 2019). *Ethics guidelines for trustworthy AI*. European Commission. <https://digital-strategy.ec.europa.eu/en/library/ethics-guidelines-trustworthy-ai>.
- LARA, F. (2026). Personal autonomy as an ethical foundation for opaque algorithmic decision systems. *AI Ethics*, 6, artículo 14. <https://doi.org/10.1007/s43681-025-00889-0>.
- LONDON, A. J. (2019). Artificial intelligence and black-box medical decisions: accuracy versus explainability. *The Hastings Center Report*, 49(1), 15-21. <https://doi.org/10.1002/hast.973>.

- MALLE, B. F. y ULLMAN, D. (2021). A multidimensional conception and measure of human-robot trust. En C. S. NAM y J. B. LYONS (eds.), *Trust in human-robot interaction* (pp. 3-25). Academic Press.
- MARTIN, K. D. y ZIMMERMANN, J. (2024). Artificial intelligence and its implications for data privacy. *Current Opinion in Psychology*, 58. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2024.101829>.
- OBERMEYER, Z., POWERS, B., VOGELI, C. y MULLAINATHAN, S. (2019). Dissecting racial bias in an algorithm used to manage the health of populations. *Science*, 366(6464), 447-453. <https://doi.org/10.1126/science.aax2342>.
- ORTEGA LOZANO, R. y PUYOL, À. (eds.). (2025). *Con la salud pública no se juega: ética y política de la salud colectiva*. Plaza y Valdés.
- PANTELI, D., ADIB, K., BUTTIGIEG, S., GOIANA-DA-SILVA, F., LADEWIG, K., AZZOPARDI-MUSCAT, N., FIGUERAS, J., NOVILLO-ORTIZ, D. y MCKEE, M. (2025). Artificial intelligence in public health: promises, challenges, and an agenda for policy makers and public health institutions. *The Lancet Public Health*, 10(5), e428-e432. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(25\)00036-2](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(25)00036-2).
- SHIN, D. (2021). Why does explainability matter in news analytic systems? Proposing explainable analytic journalism. *Journalism Studies*, 22(8), 1047-1065. <https://doi.org/10.1080/1461670X.2021.1916984>.
- THIEBES, S., LINS, S. y SUNYAEV, A. (2020). Trustworthy artificial intelligence. *Electronic Markets*, 31, 447-464. <https://doi.org/10.1007/s12525-020-00441-4>.
- U. S. FOOD AND DRUG ADMINISTRATION. (2025). Artificial intelligence-enabled medical devices. <https://www.fda.gov/medical-devices/software-medical-device-samd/artificial-intelligence-enabled-medical-devices>.
- VAN DE POEL, I., ROYAKKERS, L. y ZWART, S. D. (2018). *Moral responsibility and the problem of many hands*. Routledge.
- VÉLIZ, C. (2021). *Privacidad es poder. Datos, vigilancia y libertad en la era digital*. Debate.
- WAEISS, Q. y CHO, M. K. (2026). An ecosystem approach to governing commercial actors in healthcare AI. *Policy Studies*, 47(2), 359-372. <https://doi.org/10.1080/01442872.2025.2497539>.

- WESTJOHN, S. A., MAGNUSSON, P., FRANKE, G. R. y PENG, Y. (2022). Trust propensity across cultures: the role of collectivism. *Journal of International Marketing*, 30, 1-17. <https://doi.org/10.1177/1069031X211036688>.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2021). *Ethics and governance of artificial intelligence for health*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240029200>.
- YADAV, N., PANDEY, S., GUPTA, A., DUDANI, P., GUPTA, S. y RANGARAJAN, K. (2023). Data privacy in healthcare: in the era of artificial intelligence. *Indian Dermatology Online Journal*, 14(6), 788-792. [https://doi.org/10.4103/idoj.idoj\\_543\\_23](https://doi.org/10.4103/idoj.idoj_543_23).

## AUTORAS Y AUTORES DEL LIBRO (POR ORDEN ALFABÉTICO)

**Íñigo Álvarez Gálvez.** Departamento de Filosofía de la Facultad de Filosofía y Humanidades de la Universidad de Chile. Pertenece al Centro de Estudios de Ética Aplicada (CEDEA) de la Universidad de Chile (nodo Chile).

**Txetxu Ausín Díez.** Grupo de Ética Aplicada (GEA) del Instituto de Filosofía del CSIC. Pertenece a la red Ética Salubrista para la Acción, Cuidados y Observación Social (ESPACyOS, nodo España).

**Eleaneth Baltodano-Viales.** Departamento de Farmacia Industrial de la Facultad de Farmacia e Instituto de Investigaciones Farmacéuticas de la Universidad de Costa Rica. Pertenece al grupo Ética, Sociedad e Investigación: Mejoramiento Humano con Tecnología de la Universidad de Costa Rica (nodo Costa Rica).

**Magdalena Caccia.** Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación de la Universidad de la República de Uruguay (nodo Uruguay).

**María Graciela de Ortúzar.** Departamento de Filosofía de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación de la Universidad Nacional de La Plata e investigadora independiente del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas (CONICET). Pertenece al grupo de LIBERESP desde el Proyecto Bioética y Derecho a la Salud (nodo Argentina).

**Gonzalo Díaz-Cobacho.** Cátedra Youngner de Bioética Empírica, Unidad Científica de Excelencia FiloLab-UGR y Departamento de Filosofía I de la Universidad de Granada. Pertenecer a la red Ética Salubrista para la Acción, Cuidados y Observación Social (ESPACyOS, nodo España).

**Verónica Fiol.** Facultad de Medicina de la Universidad de la República de Uruguay (nodo Uruguay).

**Francisco Javier Gil Martín.** Facultad de Filosofía de la Universidad de Oviedo y Grupo de Investigación de Bioética y Éticas Aplicadas. Pertenecer a la red Ética Salubrista para la Acción, Cuidados y Observación Social (ESPACyOS, nodo España).

**Francisco Herrera Jeldres.** Departamento de Filosofía de la Facultad de Filosofía y Humanidades de la Universidad de Chile. Pertenecer al Centro de Estudios de Ética Aplicada (CEDEA) de la Universidad de Chile (nodo Chile).

**María Victoria Martínez-López.** Departamento de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de Melilla de la Universidad de Granada. Pertenecer a la red Ética Salubrista para la Acción, Cuidados y Observación Social (ESPACyOS, nodo España).

**Luis Arturo Martínez-Vásquez.** Sección de Filosofía y Pensamiento de la Escuela de Estudios Generales de la Universidad de Costa Rica. Pertenecer al grupo Ética, Sociedad e Investigación: Mejoramiento Humano con Tecnología de la Universidad de Costa Rica (nodo Costa Rica).

**Liliana Mondragón Barrios.** Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente y Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México. Pertenecer al grupo Observatorio Mexicano de Bioética (nodo México).

**Cristian Moyano Fernández.** Red Ética Salubrista para la Acción, Cuidados y Observación Social (ESPACyOS, nodo España).

**Ramón Ortega Lozano.** Escuela de Enfermería y Fisioterapia San Juan de Dios de la Universidad Pontificia Comillas. Pertenece a la red Ética Salubrista para la Acción, Cuidados y Observación Social (ESPACyOS, nodo España).

**Francisco Rosero-Villarreal.** Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central del Ecuador. Sociedad Ecuatoriana de Bioética. Pertenece a la Sociedad Ecuatoriana de Salud Pública (nodo Ecuador).

**Susana Rostagnol.** Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación de la Universidad de la República de Uruguay (nodo Uruguay).

**Marina Sorgi Rosenthal.** Grupo Bioética y Derecho a la Salud adscrito a la Universidad Nacional de La Plata (nodo Argentina).

**Jimmy Washburn Calvo.** Escuela de Filosofía, Sede del Atlántico, Universidad de Costa Rica. Pertenece al grupo Ética, Sociedad e Investigación: Mejoramiento Humano con Tecnología de la Universidad de Costa Rica (nodo Costa Rica).

**Tirso Zúñiga Santamaría.** Centro Médico Nacional 20 de Noviembre. Pertenece al grupo Observatorio Mexicano de Bioética (nodo México).

¿Cómo garantizar una salud pública equitativa ante el envejecimiento de la población, la crisis ambiental, las disputas en torno a los derechos sexuales y reproductivos y la expansión de la inteligencia artificial? Estos desafíos para el presente y el futuro de nuestras sociedades no admiten respuestas únicamente técnicas: exigen una reflexión ética capaz de orientar las políticas públicas y situar la justicia, la dignidad y los derechos humanos en el centro.

Fruto del trabajo de la red CYTED Laboratorio Iberoamericano de Ética y Salud Pública (LIBERESP: 623RT0148), esta obra colectiva reúne a especialistas de Argentina, Chile, Costa Rica, Ecuador, España, México y Uruguay. Desde una perspectiva plural e interdisciplinar, analiza la discriminación, la soledad y las decisiones al final de la vida de las personas mayores; los efectos sanitarios de las transformaciones ambientales; las controversias y desigualdades que atraviesan la educación sexual, la reproducción asistida y la justicia reproductiva; y, finalmente, las oportunidades y los riesgos que plantea el uso de la inteligencia artificial en los sistemas de salud.

Lejos de limitarse al diagnóstico, los capítulos ofrecen criterios y propuestas para afrontar problemas como la vulnerabilidad, la autonomía, la inequidad, los sesgos algorítmicos, la protección de datos, la gobernanza tecnológica y la responsabilidad institucional. Con la Agenda 2030 como horizonte temporal, este libro invita a pensar qué salud pública necesitamos y qué decisiones debemos adoptar para construir sistemas sanitarios más justos, inclusivos, sostenibles y centrados en las personas. Una contribución rigurosa y accesible a un debate urgente que concierne al conjunto de la sociedad.

ISBN: 979-13-87880-18-7

