

NÚMERO 3 | ENERO-JUNIO 2026

<https://doi.org/10.22201/pub.bioeticaunam.2026.3>



COORDINACIÓN
DE HUMANIDADES



PROGRAMA UNIVERSITARIO DE
BIOÉTICA
UNAM





COMITÉ EDITORIAL

Gustavo Ortiz Millán, editor en jefe
Instituto de Investigaciones Filosóficas, UNAM, México

EDITORES ASOCIADOS

Bernardo Aguilera
Universidad San Sebastián, Chile

Asunción Álvarez del Río
Facultad de Medicina, UNAM, México

Carol Hernández Rodríguez
Programa Universitario de Bioética,
UNAM, México

Gabriela Arguedas Ramírez
Universidad de Costa Rica, Costa Rica

Paola Buedo
Institute of History and Ethics in Medicine,
Technical University of Munich, Alemania

María de Jesús Medina Arellano
Instituto de Investigaciones Jurídicas,
UNAM, México

César Palacios González
University of Oxford, Reino Unido

Ignacio Mastroleo
FLACSO, Argentina

Beatriz Vanda Cantón
Facultad de Medicina Veterinaria y
Zootecnia, UNAM, México

CONSEJO EDITORIAL

Caesar Atuire, University of Ghana, Ghana/
University of Oxford, Reino Unido
Kevin Behrens, University of the
Witwatersrand, Sudáfrica
Arthur Caplan, New York University, EUA
María Casado, Universidad de Barcelona, España
Rebecca Cook, University of Toronto, Canadá
Paulette Dieterlen, (†) UNAM, México
Débora Diniz, Universidad de Brasilia, Brasil
Dafna Feinholz, UNESCO
Robert T. Hall, UNAM, México
Alejandro Herrera, UNAM, México
Nancy Jecker, University of Washington, EUA
Frances Kissling, Center for Health Ethics and
Social Policy, EUA

Arnoldo Kraus, (†) UNAM, México
Marta Lamas, UNAM, México
Florencia Luna, FLACSO, Argentina
Ruth Macklin, Albert Einstein
College of Medicine, EUA
Cheryl Cox Macpherson,
St. George's University, Granada
Michael Parker, University of Oxford,
Reino Unido
Janet Radcliffe-Richards,
University of Oxford, Reino Unido
Vardit Ravitsky, The Hastings Center, EUA
Eduardo Rivera López, Universidad Torcuato
di Tella, Argentina
Paulina Rivero Weber, UNAM, México

Carla Sáenz, Organización Panamericana
de la Salud
Patricio Santillán-Doherty, Comisión Nacional
de Bioética, México
Julian Savulescu, National University
of Singapore, Singapur
Peter Singer, Princeton University, EUA
Mildred Solomon, Harvard University, EUA
Margarita M. Valdés, UNAM, México
Rodolfo Vázquez, Instituto Tecnológico
Autónomo de México, México
Tenzin Wangmo, University of Basel, Suiza
Jonathan Wolff, University of Oxford,
Reino Unido

EQUIPO EDITORIAL

Editora técnica
Blanca Rocío Muciño Ramírez

Asistente editorial
Mónica Díaz Torres

Corrección
María Elia García López

Diseño editorial
Marilú Gómez Barbosa

Bioética UNAM, número 3, enero-junio 2026, es una publicación de periodicidad continua editada por la Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad Universitaria, alcaldía de Coyoacán, C.P. 04510, Ciudad de México, a través del Programa Universitario de Bioética (PUB), sótano del Centro de Investigación en Políticas, Población y Salud (CIPPS), adjunto al edificio del Centro de Ciencias de la Complejidad (C3), Ciudad Universitaria, alcaldía de Coyoacán, C.P. 04510, Ciudad de México, México, tel. 01 52 5622 6666, sitio web: <https://revista.bioetica.unam.mx>, correo electrónico: revista.bioetica@unam.mx. Editora responsable: Mtra. Blanca Rocío Muciño Ramírez, teléfono 01 52 5622 6666, extensión: 82437, correo electrónico: publicacionespub@unam.mx. Certificado de Reserva de Derechos al Uso Exclusivo No. 04-2023-111512274900-102, ISSN [En trámite], otorgados por el Instituto Nacional del Derecho de Autor. Responsable de la última actualización de este número: Mónica Díaz Torres, Programa Universitario de Bioética, sótano del Centro de Investigación en Políticas, Población y Salud (CIPPS), adjunto al edificio del Centro de Ciencias de la Complejidad (C3), Ciudad Universitaria, alcaldía de Coyoacán, C.P. 04510, Ciudad de México, México. Fecha de última modificación: 01 de julio de 2026. Tamaño del archivo 1.6 MB.

El contenido de los artículos es responsabilidad de las personas autoras y no refleja el punto de vista de las personas revisoras, del editor o de la UNAM. Se autoriza la reproducción total o parcial de los textos aquí publicados siempre y cuando se cite la fuente completa y la dirección electrónica de la publicación.

Los textos publicados en *Bioética UNAM* se distribuyen bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 4.0 Internacional.

Portada: imagen intervenida, original de Magnific.

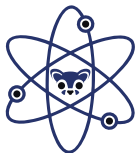
Tabla de contenido

Artículos originales

01. La noción de mejoramiento humano en etapa germinal como dilema bioético
Francisco Justiniano Velasco Arellanes 5
02. Cuerpo vivido y ética del tratamiento en la obesidad
Raúl Sampieri Cabrera, Gustavo López-Toledo, Mireya Velázquez Paniagua 26
03. La necropolítica de la depresión en los estados terapéuticos
José Eduardo Lazo Vela 40
04. Del trauma al testimonio: resignificar violencia, cuerpo y enfermedad
Fernanda De Blas López, Liz Hamui Sutton 75
05. Parir en la diáspora: La experiencia de gestación intercultural de las mujeres ngäbe y bugle en Coto Brus, Costa Rica
Viviana Guerrero Chacón 95
06. Un enfoque pragmático para la bioética climática: una visión desde América Latina y el Caribe
Bernardo García Camino, Bernardo Aguilera, Juan Alberto Lecaros 115

Nota crítica

07. La tensión entre la concepción de los intereses genéricos del bien común y el principio de justicia en *For the Common Good: Philosophical Foundations of Research Ethics* de Alex London
Alahí Bianchini 133



La noción de mejoramiento humano en etapa germinal como dilema bioético

The notion of germinal human enhancement as a bioethical dilemma

Francisco Justiniano Velasco Arellanes*

Recibido: 20 de agosto de 2025

Aceptado: 6 de abril de 2025

Publicado: 30 de junio de 2026

Resumen

El artículo examina de manera crítica el biomejoramiento embrionario a partir de un marco teórico que integra la distinción de Parfit entre escenarios de “misma persona” y “mismo número” con el principialismo bioético formulado por Beauchamp y Childress; incorpora, además, un análisis crítico de las narrativas transhumanistas. Se sostiene que el concepto de “mejora” carece de una definición neutral y operativa que permita orientar las decisiones irreversibles sobre la línea germinal. La tesis central afirma que existe una obligación moral de prevenir enfermedades graves en contextos de “misma persona”, pero no un deber general de aplicar biomejoramientos no terapéuticos en situaciones de “mismo número”. En consecuencia, se propone una moratoria condicionada para intervenciones embrionarias con fines de mejora, sustentada en tres umbrales acumulativos: seguridad y capacidad de corrección razonable; legitimidad deliberativa; y justicia/antieugenesia. En cuanto a lo metodológico, se desarrolla un análisis bioético de segundo orden que examina la noción misma de “mejora”, evalúa riesgos técnicos y distributivos, y revisa los principales marcos regulatorios internacionales. Los resultados señalan la necesidad de distinguir con precisión entre intervenciones terapéuticas preventivas y mejoramientos no terapéuticos. Asimismo, se identifican tres condiciones operativas para clasificar una intervención como mejoramiento —ausencia de patología de base, transmisibilidad intergeneracional y persistencia de incertidumbre técnica (*off-target*, reversibilidad, mosaicismo)—; y confirman un consenso regulatorio internacional que en la actualidad rechaza el uso clínico de la edición germinal heredable, limitándola a la investigación preclínica bajo estricta supervisión multinivel. En conclusión, se sostiene que, mientras no existan métricas validadas de “mejora”, evidencia robusta y un marco de gobernanza con participación pública, transparencia y control independiente, el biomejoramiento germinal debe permanecer excluido de la práctica clínica; cualquier eventual transición hacia su aplicación requerirá cumplir los tres umbrales propuestos, a fin de evitar sesgos ideológicos, la captura privada del riesgo y la homogeneización genética.

Palabras clave:

biomejoramiento, edición germinal, bioética, justicia distributiva, gobernanza

Abstract

This article critically examines embryonic bioenhancement through a theoretical framework that combines Parfit's distinction between "same person" and "different number" scenarios with the principles of bioethical principlism as articulated by Beauchamp and Childress, while also engaging in a critical analysis of transhumanist narratives. It argues that the notion of "enhancement" lacks a neutral and operational definition capable of guiding irreversible decisions concerning the germline. The central thesis maintains that there is a moral obligation to prevent serious diseases in "same person" contexts, but no general duty to pursue non-therapeutic enhancements in "different number" scenarios. Accordingly, a conditional moratorium is proposed for embryonic interventions aimed at enhancement, grounded in three cumulative thresholds: safety and reasonable capacity for correction; deliberative legitimacy, and justice/anti-eugenics. Methodologically, it develops a second-order bioethical analysis that interrogates the very concept of "enhancement," evaluates technical and distributive risks, and reviews major international regulatory frameworks. The results highlight the need to clearly distinguish between preventive therapeutic interventions and non-therapeutic enhancements; they identify three operative conditions for classifying an intervention as enhancement—absence of underlying pathology, intergenerational transmissibility, and persistence of technical uncertainty (off-target effects, reversibility, mosaicism); and they confirm an emerging international regulatory consensus that currently rejects the clinical use of heritable germline editing, restricting it to preclinical research under strict multilayered oversight. In conclusion, the article contends that, in the absence of validated metrics of "enhancement," robust evidence, and a governance framework with public participation, transparency, and independent control, germline bioenhancement must remain outside clinical practice; any future transition toward its application would require meeting the three proposed thresholds in order to prevent ideological bias, private capture of risk, and genetic homogenization.

Keywords:

bioenhancement,
germline editing,
bioethics,
distributive
justice,
governance

Introducción

El desarrollo acelerado de las biotecnologías ha generado posibilidades inéditas para intervenir la genética del cuerpo humano en etapa embrionaria, en particular mediante técnicas de edición genética de la línea germinal orientadas a corregir o modificar secuencias de ADN heredables. En la actualidad, estas técnicas se están aplicando de manera experimental, al menos en modelos animales, con el objetivo de prevenir la fenilcetonuria (PKU). La PKU es una enfermedad genética que dificulta la co-

rrecta metabolización del aminoácido fenilalanina; cuando esta sustancia se acumula en el organismo y actúa como una neurotoxina que puede afectar el desarrollo del cerebro gravemente. Si no se detecta y no se trata de forma temprana —en particular mediante una dieta estricta, incluso desde el embarazo—, esta enfermedad puede causar discapacidad intelectual, convulsiones, alteraciones conductuales y daños neurológicos permanentes (Burlina et al. 2013). Brooks et al. (2023) ofrecen otro ejemplo de intervención temprana en modelos de ratón, independiente de

la etapa embrionaria. Los autores emplearon un sistema de edición de bases químicas en el ADN, transportado mediante ARN mensajero encapsulado en nanopartículas lipídicas. Esta estrategia permitió corregir con alta precisión la mutación patológica en un modelo de ratón humanizado para (PKU), logrando que los niveles de fenilalanina en sangre se normalizaran casi por completo en menos de 48 horas. Estos resultados ilustran el potencial terapéutico preclínico de la edición génica somática, sin constituir evidencia de viabilidad ni legitimidad para intervenciones germinales humanas.

En una línea similar, Rothganjl et al. (2025) confirmaron la viabilidad de estas terapias al aplicar un método de edición genética de alta precisión (denominado edición primaria) en ratones con fenilcetonuria severa. Los resultados mostraron que el tratamiento, encapsulado en nanopartículas, fue capaz de corregir el defecto genético con suficiente eficacia como para normalizar los niveles de fenilalanina en la sangre, situándolos por debajo del límite de peligro clínico y ofreciendo una nueva alternativa de tratamiento para esta condición.

La legitimidad ética de transferir estos conocimientos a intervenciones genéticas, orientadas a prevenir enfermedades humanas en etapas tempranas del desarrollo, suele sustentarse en los principios de beneficencia y no maleficencia, en la medida en que tales intervenciones buscan evitar sufrimiento previsible y limitaciones funcionales graves asociadas a determinadas patologías. En estos supuestos, la intervención puede presentarse como exigible en lo moral, en cuanto que persigue asegurar al futuro individuo condiciones mínimas para el ejercicio de sus capacidades básicas o para procurarle una vida digna de ser vivida.

Ahora bien, cuando se afirma que el objetivo es posibilitar una “vida digna de ser vivida”, no se está apelando a estándares de rendimiento, éxito social o “normalidad” estadística. Desde una concepción filosófica centrada en la identidad personal y el reconocimiento moral, la dignidad no depende de parámetros comparativos de eficiencia o productividad, sino del estatus ontológico y relacional del individuo como sujeto de valor intrínseco (Guerra López 2010). En este marco, la idea de vida digna remite a la posibilidad de desarrollar capacidades básicas de agencia, interacción social y bienestar básico, sin reducir el valor de la persona a su desempeño cognitivo o físico.

En consecuencia, este concepto no excluye condiciones como el síndrome de Down, cuyos portadores pueden desarrollar ciclos vitales plenos, con integración social efectiva, vínculos afectivos significativos y proyectos personales valiosos. La categoría aquí empleada se restringe sólo a patologías que comprometen de manera grave funciones biológicas esenciales o que generan sufrimiento severo e inevitable en ausencia de intervención, y no a diferencias cognitivas o genéticas compatibles con una vida personal dotada de sentido y valor moral.

No obstante, la caracterización de estas intervenciones reproductivas como “terapéuticas” de forma genuina ha sido objeto de un debate sostenido en la literatura bioética contemporánea. Algunos autores han cuestionado que la edición génica reproductiva pueda considerarse una forma de tratamiento en sentido estricto, en la medida en que no cura a un paciente existente, sino que condiciona qué individuo llegará a existir (Rulli 2019; Mills 2020). Desde esta perspectiva, hablar de “terapia” incu-

rriría en una falacia conceptual al trasladar categorías clínicas a decisiones reproductivas. Otros autores, en cambio, han defendido que, bajo condiciones específicas, ciertas intervenciones de edición del genoma reproductivo pueden calificarse como terapéuticas, en lo particular cuando evitan la transmisión de enfermedades graves y no alteran la identidad numérica del individuo resultante (Palacios-González 2021; Schaefer 2020). El presente trabajo no pretende zanjar esta controversia, sino subrayar que, aun concediendo la posible legitimidad terapéutica de algunas intervenciones reproductivas, ello no se extiende de manera automática a los casos de biomejoramiento no terapéutico, donde las justificaciones morales y normativas operan bajo supuestos de una diferencia radical.

Patologías como la PKU, el síndrome de Lesch-Nyhan¹ o la enfermedad de Tay-Sachs² se sitúan dentro de este ámbito de consenso bioético, cuyo objetivo es asegurar un bienestar mínimo y las capacidades esenciales para una vida digna. En estos casos, la intervención se presenta como una obligación moral, motivada por el noble propósito de brindar a los individuos la posibilidad de una vida digna de ser vivida. Así también, es importante considerar que no todas las intervenciones genéticas tienen fines terapéuticos. Amparadas en el discurso del “progreso humano”, ha

surgido una tendencia distinta orientada a “mejorar”³ la condición humana.

En este texto, el biomejoramiento⁴ no terapéutico (conocido en inglés como *enhancement*) se empleará como sinónimo técnico de biomejoramiento, salvo que se indique lo contrario. Dicha aclaración es esencial para evitar ambigüedades y sostener la distinción clave entre prevención de patologías y mejoramiento no terapéutico, entendido como la modificación deliberada de las capacidades humanas para maximizar atributos como la inteligencia, la resistencia física o la predisposición moral, sin un objetivo preventivo frente a patologías específicas. Por ejemplo, el uso hipotético de edición genética para aumentar la capacidad de memoria de un embrión sano se inscribe en esta categoría; no se busca evitar un déficit, sino “potenciar” al individuo por encima del rango normal o estándar poblacional. Estas aproximaciones, de dudosa concreción, están vinculadas en gran medida a discursos transhumanistas.

A primera vista, las propuestas de biomejoramiento podrían parecer coherentes con el desarrollo humano, pero su seguridad, legitimidad y fundamentación ética distan de estar resueltas. Diversas disciplinas —entre ellas la ética, la neurociencia y la psicología— han formulado objeciones ontológicas, filosóficas y empíricas que cuestionan tanto su viabilidad como la solidez de sus

1 El síndrome de Lesch-Nyhan es un trastorno genético recesivo ligado al cromosoma x causado por deficiencia de la enzima hipoxantina-guanina fosforribosiltransferasa (HPR). Se caracteriza por hiperuricemia, disfunción neurológica, distonía, discapacidad intelectual y conductas de automutilación; y suele manifestarse en varones desde la infancia (Torres y Puig 2007).

2 La enfermedad de Tay-Sachs es un trastorno genético hereditario de transmisión autosómica recesiva causado por mutaciones en el gen HEXA, que provocan deficiencia de la enzima β -hexosaminidasa A. Esto conlleva acumulación de gangliósido GM2 en las neuronas, produciendo neurodegeneración progresiva, pérdida de habilidades motoras, convulsiones y, en la forma infantil clásica, muerte prematura (Neudorfer et al. 2005).

3 Mejorar se refiere, en sentido general, a cualquier cambio percibido como positivo en las capacidades o condiciones de un individuo. Mejoramiento designa un proceso deliberado orientado a producir tales cambios.

4 Biomejoramiento se circunscribe a intervenciones biológicas —en particular genéticas— que buscan optimizar capacidades humanas.

fundamentos conceptuales (Madrid y Widow 2022). Estas prácticas dan lugar a preguntas de orden ético que requieren un análisis sistemático de sus implicaciones normativas, en lo particular en relación con la dignidad humana, la justicia distributiva y los límites legítimos de la intervención biomédica.

Es pertinente señalar que el análisis bioético, al igual que la reflexión filosófica en general, está de manera intrínseca vinculado con las expectativas sociales y con la experiencia humana en comunidad, lo que dificulta establecer una separación tajante entre evaluaciones de primer orden⁵ (sobre la legitimidad de acciones concretas al intervenir sobre el embrión) y de segundo orden⁶ (sobre los fundamentos conceptuales y normativos de tales acciones). Por consiguiente, consideramos que la práctica bioética oscila de manera inevitable entre ambas dimensiones.

En este contexto, el presente escrito propone, como primer paso, un análisis ético de segundo orden, con el objetivo de evidenciar que en la actualidad no existe una base objetiva, verificable y consensuada para definir, cuantificar o cualificar de manera rigurosa lo que se entiende por “mejora” de la condición humana. A partir de este diagnóstico inicial, se examinan las implicaciones bioéticas de las intervenciones sobre

embriones orientadas al supuesto “mejoramiento humano”. Estas prácticas tensionan principios fundamentales de la bioética —beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía— al aplicarse sobre cuerpos carentes de agencia moral y capacidad de consentimiento. Esto plantea dilemas éticos complejos, de manera particular si se considera que los efectos de estas intervenciones recaerán en individuos que, en el momento de la decisión, no existen como agentes autónomos.

Para abordar estos dilemas, resulta por demás relevante la distinción propuesta por Derek Parfit entre decisiones de “misma persona”⁷ y el “mismo número”⁸ desarrollada en *Reasons and Persons* (1984). Parfit sostiene que existen elecciones reproductivas en las que una intervención modifica las condiciones de vida de un individuo que existiría de cualquier modo (escenarios de misma persona), y otras en las que la decisión determina cuál individuo, entre varios posibles, llegará a existir (escenarios de mismo número). Esta distinción es central porque la naturaleza y el alcance de las obligaciones morales varían entre ambos casos. En los escenarios de misma persona tiene sentido afirmar que una decisión beneficia o perjudica a un individuo identificable, ya que la identidad del sujeto no cambia. En cambio,

5 Las evaluaciones de primer orden se refieren al análisis filosófico o bioético para discernir sobre casos o individuos concretos, por ejemplo, editar o no un embrión portador de una mutación letal.

6 Las evaluaciones de segundo orden, en cambio, examinan los criterios que usamos para juzgar esas acciones: qué entendemos por “daño”, “mejora” o “vida digna”. Este artículo se sitúa de forma prioritaria en este segundo nivel, pues cuestiona los fundamentos conceptuales antes de validar aplicaciones concretas.

7 En el escenario de misma persona, las intervenciones preventivas son defendibles en lo moral porque evitan un daño concreto a un individuo ya determinado.

8 En los escenarios de “mismo número”, la estructura del problema moral es distinta: no se trata de evitar un daño a un individuo identificable con anterioridad —pues la decisión misma determina qué individuo llegará a existir, ya sea mediante la selección entre varios embriones posibles o a través de decisiones reproductivas alternativas—, sino de justificar los criterios conforme a los cuales se elige entre futuros sujetos potenciales. La evaluación ética se desplaza, por tanto, desde la noción de daño individual hacia consideraciones de justicia distributiva, riesgo de deriva eugenésica y legitimidad normativa de las preferencias parentales en contextos de identidad contingente.

en los escenarios de mismo número no se trata de dañar o beneficiar a una persona concreta —pues la decisión misma condiciona quién existirá—, por lo que la evaluación moral debe apoyarse en criterios más amplios como la justicia distributiva, la equidad y la razonabilidad intergeneracional, y no en la atribución directa de daño a un individuo determinado.

En el contexto de la edición genética reproductiva, esta distinción permite diferenciar los conceptos de intervenciones orientadas a prevenir enfermedades en un individuo determinado y aquellas que buscan optimizar rasgos sin referencia a un sujeto con previa identificación. En consecuencia, la ausencia de consentimiento informado en embriones implica, de forma inherente, la imposibilidad de que los destinatarios de dichos cambios acepten o rechacen las consecuencias físicas, psicológicas y sociales de las intervenciones germinales. Este dilema se agrava ante el riesgo de que las tecnologías de biomejoramiento profundicen las desigualdades sociales, creando brechas entre quienes pueden acceder a ellas y quienes permanecen excluidos, con desafíos significativos para la justicia distributiva y la equidad biológica.

A todo lo anterior se añade la inexistencia de criterios científicos estandarizados y verificables para determinar qué constituye una “mejora”; lo que deja abiertas decisiones sensibles a percepciones subjetivas, sesgos ideológicos o incluso planteamientos eugenésicos, con implicaciones que podrían ser irreversibles para la diversidad genética, la identidad individual y la trayectoria evolutiva de la humanidad. En este escenario, el análisis también se enmarca en el principialismo bioético (Beauchamp y Childress 2019), que articula cuatro principios normativos: beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía. Las

intervenciones germinales pueden vulnerar derechos fundamentales al no contar con consentimiento autónomo, generar riesgos no consentidos para personas aún no nacidas y poner en riesgo la equidad intergeneracional y la justicia social.

Es importante considerar que la ausencia de consentimiento autónomo no es exclusiva de las intervenciones germinales que aquí nos preocupa; en la práctica biomédica existen numerosos casos —como las urgencias médicas o determinados tratamientos psiquiátricos— en los que se actúa de manera legítima sin consentimiento expreso. Sin embargo, estos casos se distinguen porque involucran a individuos ya existentes, identificables y portadores de una trayectoria vital, cuyos intereses pueden reconstruirse a partir de decisiones previas, voluntades anticipadas o, en su defecto, mediante la representación de familiares o tutores legales, bajo los principios del libre desarrollo de la personalidad o en alusión a su pleno desarrollo. En contraste, en las intervenciones genéticas germinales, en especial en los escenarios de “mismo número”, la decisión no afecta a un individuo antes determinado, sino que contribuye a definir qué individuo llegará a existir; lo que impide atribuir intereses previos identificables o ejercer una representación sustitutiva en sentido estricto. Esta asimetría ontológica y moral vuelve problemático trasladar, sin más, los modelos de justificación empleados en contextos como la urgencia médica o la psiquiatría al ámbito de la edición germinal con fines reproductivos.

Si bien la tesis aquí defendida guarda relación con la noción de beneficencia procreativa propuesta por Savulescu (2001), se distancia de ella respecto a un punto central; en este texto no se

sostiene un deber general de seleccionar o producir el “mejor” hijo posible, sino sólo una obligación circunscrita a la prevención de enfermedades graves en escenarios de “misma persona”. A diferencia de la propuesta de Savulescu, la postura aquí presentada rechaza que el incremento de capacidades por encima de umbrales de salud y funcionalidad básica constituya un deber moral general, en especial en un contexto caracterizado por incertidumbre científica, elección de un individuo entre varios posibles (mismo número), indeterminación conceptual y ausencia de consenso normativo vinculante.

Por ello, el debate sobre el biomejoramiento no debe abordarse sólo desde una perspectiva tecnocrática o utilitarista,⁹ entendida como aquella que reduce la evaluación ética a criterios de eficiencia técnica, maximización de beneficios agregados o cálculo de consecuencias, sin atender de manera suficiente a consideraciones de dignidad, justicia, consentimiento y equidad intergeneracional. Así pues, se requiere una reflexión bioética crítica, informada y contextualizada, que reconozca los límites epistemológicos y las incertidumbres ético-sociales inherentes a toda intervención sobre la naturaleza humana. Ante estas tensiones, se hace necesario establecer una postura normativa que distinga entre intervenciones exigibles desde la moral y aquellas cuyo fundamento ético permanece en disputa.

Tesis

La prevención de enfermedades graves —aquellas que comprometen funciones

biológicas esenciales, producen sufrimiento severo y previsible, reducen la expectativa de vida o calidad de vida, carecen de alternativas terapéuticas razonables— mediante intervenciones en la etapa embrionaria puede constituir una obligación moral cuando tales intervenciones pueden beneficiar al mismo individuo que existiría sin ellas, es decir, en contextos de elecciones de “misma persona”. Sin embargo, no puede sostenerse una obligación general de aplicar biomejoramientos no terapéuticos destinados a incrementar capacidades más allá de los umbrales de salud y funcionalidad básica. En escenarios de “mismo número”, donde cada alternativa da lugar a la existencia de un individuo distinto, la responsabilidad moral se atenúa y la decisión debe guiarse por principios de justicia distributiva, equidad y precaución. Asimismo, si el individuo resultante experimentase, en el transcurso de su vida, malestar o rechazo hacia las modificaciones recibidas, quienes hayan tomado la decisión inicial deberían asumir la responsabilidad de proveer apoyo, mecanismos de reparación y, en la medida de lo posible, seguridad y capacidad de corrección razonable. En todos los casos, la legitimidad de estas decisiones debe estar anclada en procesos deliberativos democráticos y en un marco de gobernanza ética robusta que garantice transparencia, rendición de cuentas y salvaguarda de los derechos fundamentales de los individuos intervenidos.

En el presente artículo esta tesis se desarrolla mediante un análisis bioético que integra literatura especializada y la evaluación crítica de marcos normativos, con el propósito de examinar su co-

9 La “perspectiva tecnocrática” o “utilitarista” se refiere a enfoques que privilegian la eficiencia técnica, la optimización de resultados o el balance costo-beneficio como criterios predominantes de evaluación moral, relegando dimensiones normativas como la dignidad humana, la justicia distributiva y la legitimidad deliberativa.

herencia interna, su viabilidad práctica y sus implicaciones para la gobernanza futura de las biotecnologías emergentes.

Sobre lo humano bajo un enfoque transhumanista

El debate contemporáneo sobre el bio-mejoramiento no puede entenderse sin que lo situemos dentro de un marco más amplio: el transhumanismo. Este movimiento cultural y filosófico sostiene que las limitaciones biológicas actuales de la especie humana pueden —y deben— ser superadas mediante el desarrollo y aplicación de tecnologías avanzadas. Dentro de este paraguas ideológico coexiste un conjunto heterogéneo de agendas tecnocientíficas que, aunque comparten la aspiración de trascender la condición humana, presentan diferencias sustanciales en sus métodos, alcances y fundamentos ontológicos (Diéguez 2017).

Algunas corrientes, como la de Ray Kurzweil (2005), proyectan la convergencia de biotecnología, nanotecnología e inteligencia artificial hacia un escenario de “singularidad tecnológica”, en el que las capacidades humanas se integren de forma irreversible con sistemas computacionales avanzados. Otras, como la propuesta cosmológica de Frank Tipler (1994) en torno al “Punto Omega”, especulan con la perpetuación de la conciencia humana mediante simulaciones computacionales a escala universal. Existen también posturas tecnocientíficas que se centran en la ingeniería genética, la neurotecnología o la cibernética como medios para modificar, ampliar o incluso sustituir funciones biológicas humanas. Sus objetivos abarcan desde la mejora cognitiva y la resistencia física hasta la supresión del sufrimiento o el control de la mortalidad (More 2013; Bostrom

2005). Pese a la diversidad de proyectos para trascender la condición humana, todas estas propuestas comparten un rasgo común, el uso instrumental de la tecnología como vía para redefinir o reconstruir lo humano.

En este amplio espectro, la agenda específica del biomejoramiento —entendida como la intervención directa sobre características biológicas para optimizar funciones físicas, cognitivas o emocionales— ha cobrado especial protagonismo en los debates bioéticos contemporáneos. Sus defensores la presentan como un camino hacia la emancipación de enfermedades, limitaciones físicas e incluso de la muerte. No obstante, tal visión no es neutral ni está exenta de riesgos: sus prácticas pueden generar consecuencias biológicas y sociales inciertas o incluso contraproducentes, contraviniendo su objetivo declarado de “mejorar” la humanidad. Este punto es fundamental para responder a la parte de la tesis en la cual indicamos que la noción de “mejora” no cuenta con una definición objetiva y consensuada, lo que la convierte en un concepto vulnerable a interpretaciones ideológicas y sesgadas.

Pretender la imposición de un catálogo cerrado de rasgos “deseables” implica ignorar que el fenotipo humano es dinámico, fruto de la interacción constante entre genotipo y entorno. Así, cualquier intento ideológico de fijar qué rasgos deberían prevalecer como “mejora” de lo humano enfrenta un límite epistémico fundamental: hoy en día no estamos en posición de determinar, con bases científicas suficientes, qué formas de diversidad biológica o cultural pueden considerarse prescindibles sin introducir riesgos significativos. En un contexto de conocimiento incompleto sobre la función, interacción y relevancia futura de dicha diversidad, la impo-

sición de criterios normativos de mejora conlleva el peligro de homogeneizar de manera irreversible características cuya eliminación no puede justificarse de forma racional.

Por ello, examinar el biomejoramiento en el contexto del transhumanismo implica reconocer que, más allá de la viabilidad técnica, lo que está en juego es la redefinición del propio concepto de lo humano. Este proceso de redefinición no puede quedar de manera exclusiva en manos de agendas tecnocientíficas o intereses corporativos, sino que requiere marcos deliberativos democráticos y una gobernanza ética capaz de anticipar y gestionar los riesgos de exclusión, desigualdad y erosión de la diversidad. Por ello, tener como referencia qué implica lo humano, es fundamental.

Sobre lo humano

Este examen requiere, en primer lugar, clarificar qué entendemos por “lo humano” desde una perspectiva que no dependa en exclusiva de narrativas tecnocientíficas o aspiraciones de rediseño, como se propone desde el transhumanismo, tal como lo señalamos con anterioridad. La pregunta “¿qué es un humano?” y, de forma más precisa, “¿qué hace a los seres humanos ser humanos?” (Annas 2002) ha acompañado a la filosofía, a la ciencia y a la ética desde la Antigüedad, oscilando entre definiciones metafísicas, teológicas y biológicas. Desde el pensamiento presocrático, con figuras como Tales de Mileto, se advierte una aspiración a exaltar la condición humana mediante el cultivo del alma, la armonía del cuerpo o la comprensión del orden cósmico. Aunque pensadores como Pitágoras, Heráclito o Demócrito no formularon propuestas de mejoramiento biológico en su concepción de lo

humano, sí defendieron la idea de que el ser humano puede y debe transformarse hacia un estado ideal de sabiduría, equilibrio o felicidad.

Este ideal de perfeccionamiento reapareció con fuerza en el Renacimiento, simbolizado por el Hombre de Vitruvio de Leonardo da Vinci (ca. 1490), representación icónica de un cuerpo humano regido por proporciones armónicas, racionalidad y perfección universal. Esta figura ha sido interpretada como la culminación del humanismo renacentista: la imagen de un ser integrado al cosmos, susceptible de perfeccionamiento mediante el conocimiento.

En la actualidad, este impulso por trascender los límites humanos ha sido resignificado, como ya hemos comentado, por las corrientes transhumanistas, que trasladan dicho anhelo al ámbito de la intervención tecnológica sobre la evolución humana. Es conveniente precisar que el debate sobre edición germinal y biomejoramiento cuenta con una literatura académica amplia y bastante sólida, tanto en bioética como en filosofía moral y teoría política. Es el caso de autores como Agar (2012), quien desde una perspectiva de eugenesia liberal inspirada en el liberalismo político rawlsiano, ha desarrollado marcos normativos sofisticados para evaluar la legitimidad de intervenciones genéticas sin recaer en modelos autoritarios o perfeccionistas. Sin embargo, la preocupación aquí no radica, por tanto, en una supuesta ausencia de trabajo especializado, sino en el riesgo de que el discurso de la “mejora” sea apropiado por marcos ideológicos o tecnopolíticos que operan al margen de los estándares deliberativos, epistémicos y normativos propios del análisis bioético. En tales contextos de tecnificación o utilitarismo, la noción de mejora puede utilizarse para justificar

proyectos selectivos o excluyentes que no han sido sometidos a una evaluación científica y ética de suficiente robustez (Cooper 2008; Fukuyama 2002; Sandel 2007).

Por lo tanto, para un análisis crítico de esta aspiración es necesario precisar el referente biológico de lo humano, consideramos que éste se puede articular desde el análisis filosófico materialista y naturalista de Jesús Mosterín (2006). Desde su perspectiva, lo humano no se define por una supuesta esencia metafísica ni por atributos culturales, sino por su base genética: la naturaleza humana está inscrita en el genoma de nuestra especie, codificada en la información heredada de manera evolutiva y presente en todos los individuos humanos contemporáneos. Desde esta distinción naturalista y materialista por excelencia, es posible identificar y distinguir que la naturaleza humana es el conjunto de características biológicas heredadas, objetivas y compartidas por todos los miembros de *Homo sapiens*, de las connotaciones culturales o ideológicas de lo humano, variables a lo largo de la historia y moldeadas por juicios de valor o sesgos de poder.

Esta base genética común permite concebir a la humanidad como una unidad integral, caracterizada por su diversidad fenotípica —variaciones en apariencia, lengua o costumbres— pero sustentada en un fondo genético compartido. En consecuencia, todos los seres humanos, sin distinción de etnicidad, cultura u origen geográfico, poseen material genético intercambiable y capacidades reproductivas equivalentes, lo que garantiza la viabilidad biológica de la especie. Este rasgo nos distingue de los cruces entre especies diferentes, donde suelen existir barreras reproductivas o infertilidad. Así, desde un enfoque biológico,

los seres humanos constituimos una única especie definida por la continuidad genética y la posibilidad de reproducción viable en toda la población.

Comprender lo humano desde su base biológica —como una única especie con continuidad genética común y diversidad fenotípica adaptativa— implica que cualquier propuesta de “mejora” debe evaluarse bajo parámetros científicos verificables, y no desde constructos ideológicos o aspiraciones tecnocientíficas carentes de sustento empírico. El riesgo de obviar esta premisa es que el biomejoramiento en etapa embrionaria, en lugar de atender necesidades legítimas de salud o bienestar, se convierta en un mecanismo para imponer criterios arbitrarios de perfección física, cognitiva o emocional, anclados en contextos culturales particulares y relaciones de poder desiguales. La problemática ética no sólo radica en la viabilidad técnica de intervenir el genoma embrionario, sino en determinar quién define qué es una “mejora” de la condición humana, cómo se cuantifica o cualifica, con qué justificación, y bajo qué salvaguardas se evitaría que tales intervenciones deriven en exclusión, homogeneización genética o vulneración de la diversidad que sustenta nuestra viabilidad como especie.

El riesgo de eugenesia —entendida como la aplicación sistemática de criterios selectivos para “mejorar” a la población humana según estándares biológicos o sociales predefinidos— constituye un punto central en la discusión bioética sobre el biomejoramiento. Aunque a lo largo de la historia ha sido asociada con programas coercitivos del siglo xx, la eugenesia contemporánea adopta formas más sutiles, mediadas por la disponibilidad desigual de biotecnologías y la influencia de valores culturales o económicos en la definición de lo “mejor”.

En el ámbito de la edición germinal, la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2021) ha advertido que el uso no regulado de herramientas como CRISPR-Cas9¹⁰ podría favorecer prácticas eugenésicas, en especial cuando la intervención no persigue fines terapéuticos, sino la selección o introducción de rasgos considerados deseables de manera arbitraria. Dicha reflexión sobre inteligencia artificial y genómica subraya que, sin marcos normativos internacionales vinculantes, la presión del mercado y la competencia tecnológica entre países pueden desplazar el debate ético hacia una lógica de “optimización” poblacional, con riesgos para la diversidad genética y cultural.

El International Bioethics Committee (IBC) de la UNESCO, en su informe de 2015 sobre el genoma humano y los derechos humanos, expresó seria preocupación por las implicaciones de la edición germinal; en particular por su carácter heredable y por el riesgo de comprometer la variabilidad genética humana. El documento subraya que tales intervenciones deben estar sometidas a una estricta gobernanza y supervisión internacional, ya que podrían abrir la puerta a formas de discriminación o reduccionismo genético contrarias a la dignidad humana. A partir de esta advertencia, se ha señalado que las mejoras no terapéuticas, si se concentran en sectores con alto poder adquisitivo, podrían desembocar en una suerte de “estratificación genética”, donde grupos privilegiados acumulen ventajas biológicas transmisibles a sus descendientes, intensificando desigualdades preexistentes. Un ejemplo hipotético es la in-

serción de variantes asociadas a mayor capacidad cognitiva o resistencia física que —aunque en la actualidad no aseguren los resultados prometidos— podrían llegar a comercializarse como bienes de lujo biomédico o incluso como recurso competitivo en proyectos de “juegos mejorados”, semejantes a los promovidos de manera reciente en el debate público por Donald Trump Jr. (Associated Press 2025).

Este escenario se vincula con lo que diversos autores han descrito como “eugenesia de mercado”, entendida como un modelo en el que las decisiones reproductivas se ven influidas por la oferta tecnológica y por narrativas culturales centradas en el éxito y en el rendimiento, sin que medie alguna coerción estatal (Nitto 2025; Parra Sáez 2018; Bergel 2018). En este marco, la agencia individual se entrelaza con dinámicas de mercado que favorecen la adopción de intervenciones genéticas no terapéuticas, configurando un patrón de selección de rasgos que responde más a lógicas de consumo que a necesidades de salud pública. El riesgo no se limita a los potenciales efectos biológicos de tales intervenciones, sino que se extiende a la erosión del principio de justicia distributiva y a la homogeneización de características humanas, con la consecuente pérdida de resiliencia poblacional frente a cambios ambientales o la aparición de patógenos emergentes.

En síntesis, la eugenesia contemporánea no requiere un aparato político centralizado; puede prosperar bajo el nicho de tecnoideologías como el transhumanismo, regímenes neoliberales y sistemas de salud desregulados, donde

10 CRISPR-Cas9: técnica de edición genética que corta y modifica secuencias específicas de ADN, útil para corregir mutaciones, eliminar genes dañinos o insertar material genético con fines terapéuticos, con aplicaciones destacadas en medicina regenerativa y terapias antienviejimiento (Latorre et al. 2024).

las preferencias de consumo y la competencia tecnológica operan como motores de selección genética. De ahí que el debate bioético insista en establecer límites claros, garantizar la participación social en la definición de estándares y preservar la diversidad genética como bien común de la humanidad.

De este modo, el examen crítico de las narrativas transhumanistas y la delimitación biológica-naturalista de lo humano permiten establecer un marco conceptual menos vulnerable a distorsiones ideológicas. Este marco deja claro que cualquier intervención germinal debe evaluarse no sólo por su factibilidad técnica, sino también por criterios científicos verificables y por un compromiso ético con la autonomía, la justicia y la diversidad humana. Así, la tesis central de este trabajo —que distingue entre la obligación moral de prevenir enfermedades graves en escenarios de “misma persona” y la ausencia de un deber general de aplicar biomejoramientos no terapéuticos en escenarios de “mismo número”— se presenta como consecuencia lógica del análisis precedente. Con este fundamento, la discusión final examina las implicaciones éticas y normativas de aceptar o rechazar estas intervenciones en el marco de la gobernanza futura de las biotecnologías.

Resultados del análisis

El biomejoramiento embrionario puede definirse como la modificación deliberada de rasgos no patológicos en embriones humanos, con efectos heredables; dirigida a optimizar capacidades cognitivas, físicas, afectivas o estéticas. Esta caracterización permite distinguirlo de las intervenciones tera-

péuticas orientadas a prevenir o tratar enfermedades, distinción discutida con amplitud en la literatura bioética contemporánea (Beauchamp y Childress 2019; Agar 2012).

Desde una perspectiva distinta, aunque relevante para evaluar sus implicaciones morales, Parfit (1984) no aborda la edición genética germinal —inexistente en su momento—, su distinción entre escenarios de “misma persona” y de “mismo número” proporciona una herramienta conceptual útil para analizar decisiones reproductivas con efectos genéticos. De manera particular, Parfit analiza cómo decisiones reproductivas pueden afectar la identidad de las personas futuras, cuestión central para comprender y discernir las implicaciones en las propuestas de biomejoramiento. Así también, la propuesta de Beauchamp y Childress (2019) no tratan de forma específica el biomejoramiento germinal, pero sus principios permiten evaluar su legitimidad normativa.

Tal delimitación bioética en las propuestas de biomejoramiento exige, para evitar ambigüedades, asumir tres condiciones operativas integradas en un mismo marco: primero, la ausencia de patología de base, de modo que la intervención no responda a un diagnóstico clínico de enfermedad hereditaria; segundo, la persistencia y transmisibilidad intergeneracional de la modificación, con estabilidad suficiente a lo largo del tiempo; y tercero, la pervivencia de incertidumbre técnica en materia de eficacia, reversibilidad y riesgos *off-target*,¹¹ toda vez que no existe evidencia concluyente que los descarte.

Este horizonte de indeterminación explica la posición restrictiva del mar-

11 *Off-target* se refiere a las modificaciones genéticas no deseadas que ocurren en secuencias distintas de la región objetivo durante la edición génica. En el biomejoramiento, estos efectos representan un riesgo técnico y bioético, ya que pueden generar mutaciones imprevistas con consecuencias fenotípicas o de seguridad difíciles de predecir (Zhang et al. 2015).

co internacional reciente expresada en la “Tercera Cumbre Internacional sobre Edición del Genoma Humano”, en la que el comité organizador —integrado por The Royal Society, Academy of Medical Sciences del Reino Unido; la National Academy of Sciences y National Academy of Medicine de Estados Unidos, y la UNESCO en conjunto con The World Academy of Sciences— concluyó en 2023 que la edición heredable “es inaceptable por ahora” debido a los riesgos técnicos y al déficit de legitimidad social (The Royal Society 2023). En paralelo, la International Society for Stem Cell Research (ISSCR) (Lovell-Badge et al. 2021) estableció en sus “ISSCR Guidelines for Stem Cell Research and Clinical Translation” que la edición germinal con fines reproductivos se clasifica como categoría 3A —no permitida en la clínica—, aunque admite su investigación preclínica bajo condiciones estrictas. Por su parte, la UNESCO, a través del Comité Internacional de Bioética (IBC), así como la OMS, han coincidido en la necesidad de arquitecturas sólidas de gobernanza, registros públicos y mecanismos de supervisión multinivel antes de cualquier posible traslación clínica (UNESCO, IBC 2015; OMS 2021).

A diferencia de la prevención de enfermedades graves, cuya legitimidad puede anclarse en los principios de beneficencia y no maleficencia (Buchanan et al. 2000; Brock 2002; Velasco 2025), el biomejoramiento embrionario enfrenta una carga de justificación más exigente, articulada en tres umbrales que operan de forma acumulativa. En términos de seguridad y reversibilidad, persisten riesgos de mosaicismo, mutaciones no previstas y la falta de protocolos clínicos seguros en humanos, lo que impide satisfacer el estándar de

prudencia biomédica (The Royal Society 2023). En el plano de la legitimidad deliberativa, la toma de decisiones debería derivar de procesos de debate público amplios y trazables, con evaluación de impactos intergeneracionales y mecanismos claros de rendición de cuentas, evitando que preferencias privadas se consoliden como políticas colectivas sin escrutinio (Martani 2024). Por último, en el eje de justicia y antieugenesia, el peligro de desigualdad en el acceso y de reactivación de criterios discriminatorios obliga a asegurar equidad, inclusión y supervisión efectiva, tal como subrayan la OMS (2021) y la ISSCR (2021).

En este contexto, los argumentos favorables suelen invocar la autonomía parental y la coherencia con proyectos de vida, tal como se ha respaldado por la Nuffield Council on Bioethics (Drabiak 2020): que la edición embrionaria podría ser permisible si respeta el bienestar del futuro hijo y la justicia social; sin embargo, críticas recientes señalan que esa postura sobrevalora derechos parentales en un escenario en el cual se carece de evidencia científica sobre beneficios y riesgos (Drabiak 2020; Gyngell 2019). También se alega una posible reducción de cargas sociales —por ejemplo, a través de supuestos *moral bioenhancements*—, pero hallazgos empíricos muestran que tales intervenciones pueden erosionar la percepción de mérito de las acciones resultantes y generar efectos sociales adversos difíciles de anticipar (Lucas et al. 2024). Incluso concediendo beneficios potenciales, la evidencia clínica disponible no permite demostrar, con suficiencia, seguridad, eficacia y justicia distributiva; en el estado actual del conocimiento, los riesgos éticos y sociales rebasan cualquier previsión posible.

Existen, además, contraargumentos estructurales que refuerzan una posición prudencial y constituyen el núcleo de la objeción ética. El primero es el del consentimiento imposible en intervenciones embrionarias. Es cierto que en la práctica clínica existen situaciones, como ocurre en pacientes en coma o en urgencias, en las que se actúa sin consentimiento expreso. Sin embargo, en esos casos se trata de individuos ya existentes, portadores de identidad jurídica y trayectoria vital, cuyos intereses pueden reconstruirse mediante voluntades anticipadas, representación familiar o el estándar del mejor interés clínico. En contraste, en las intervenciones germinales, en especial en escenarios de “mismo número” descritos por Parfit (1984), no existe un sujeto antes individuado cuyos intereses puedan ser representados o reconstruidos. La decisión no versa sobre cómo tratar a alguien ya existente, sino sobre qué individuo llegará a existir y bajo qué condiciones irreversibles. Esta asimetría ontológica impide trasladar sin más los esquemas clásicos de consentimiento informado o representación sustitutiva al ámbito de decisiones reproductivas con efectos germinales.

El segundo es la indeterminación de la propia noción de “mejora”: sin métricas estandarizadas, validadas y justificadas según el contexto, el término funciona más como constructo ideológico que como categoría científica operativa, lo que contamina la evaluación de fines y medios (Almeida y Ranisch, 2022). El tercero remite a las trayectorias eugenésicas: la regulación comparada evidencia que la mayoría de las jurisdicciones mantienen moratorias o prohibiciones expresas —baste recordar el Convenio de Oviedo en Europa (Consejo de Europa 1997)— con el fin

expreso de prevenir derivas excluyentes o estratificaciones biológicas (Lyu y Spero, 2024).

A la luz de todo lo anterior, cualquier intento de gobernanza responsable de las biotecnologías debería partir de una moratoria condicionada que sólo reconsidere la aplicación clínica heredable cuando se satisfagan estándares estrictos y verificables de seguridad y eficacia, junto con un consenso social informado y revisable. Debería, asimismo, institucionalizar procesos deliberativos inclusivos, transparentes y auditados de manera periódica (Martani 2024; OMS 2021), y establecer salvaguardas materiales contra la inequidad que impidan la consolidación de una “biología de élite”, garantizando acceso justo y mecanismos de corrección de brechas (Lee y Sawai 2024; Subica et al. 2023). En suma, mientras persista la incertidumbre científica y el déficit de legitimidad, el biomejoramiento embrionario debe permanecer fuera del ámbito clínico reproductivo y circunscribirse —con reglas claras, registros públicos y control independiente— a la investigación preclínica, al tiempo que se desarrollan métricas rigurosas de evaluación de “mejora” y se diseñan, *ex ante*, marcos distributivos capaces de neutralizar asimetrías y evitar derivas eugenésicas.

Sintetizando la información anterior, el análisis ético y jurídico de los expertos converge en una tesis clara: que en el estado actual de la ciencia y de la regulación, la intervención embrionaria con fines de biomejoramiento no satisface los umbrales mínimos de seguridad, legitimidad deliberativa y justicia distributiva, por lo que no existe una obligación moral general de implementarla; cualquier eventual modificación de esta postura requeriría, como con-

dición necesaria y no sólo retórica, evidencia técnica sólida y reproducible, un auténtico proceso deliberativo e incluso con trazabilidad intergeneracional y mecanismos de rendición de cuentas, así como salvaguardas materiales contra la desigualdad y las derivas eugenésicas.

Este punto de partida se robustece si se enmarca en los escenarios conceptuales de Parfit (1987): en los casos de “mismo individuo” —aquellos en los que la intervención no altera la identidad numérica del futuro sujeto y previene un daño grave previsible, como podría ocurrir con la fenilcetonuria— el principio de beneficencia respalda no sólo la permisibilidad sino, en circunstancias acotadas, la exigibilidad moral de la intervención. En cambio, los escenarios de “mismo número” —donde la decisión técnica o la selección embrionaria determinan la existencia de un individuo distinto— desplazan el eje normativo desde la prevención de daños a la justicia social, la equidad y la no discriminación, interrogando si las preferencias parentales o sociales que animan el mejoramiento son compatibles con principios universales de justicia y con un reparto razonable de riesgos y beneficios entre generaciones.

En este segundo tipo de escenarios, el principio de diferencia de Rawls (1999), reinterpretado para el ámbito biotecnológico, exige que cualquier desigualdad resultante sea justificable en términos de beneficio para los menos aventajados. Lejos de cumplir ese estándar, el biomejoramiento no terapéutico tiende, según han advertido Buchanan et al. (2000), a amplificar brechas estructurales en capacidades y oportunidades si no existe un régimen de acceso equitativo y de

control público efectivo. La evaluación crítica de argumentos favorables —autonomía parental, proyectos de vida, o supuestos beneficios colectivos del *moral bioenhancement*— confirma la insuficiencia de la evidencia clínica para demostrar seguridad, eficacia y justicia distributiva, y subraya riesgos sociales añadidos, como la erosión de la percepción de mérito (Lucas et al. 2024).

En coherencia con lo anterior, los marcos internacionales de referencia —OMS 2021; ISSCR 2021 y Drabiak 2018—, derivados de la Tercera Cumbre Internacional sobre Edición del Genoma, no avalan las intervenciones en embriones con uso clínico generalizado de la edición heredable. Si bien, estos marcos regulatorios pueden diferir en matices relativos a la permisibilidad condicional y a la prioridad de la investigación preclínica, convergen en exigir supervisión multinivel, transparencia y justicia social como condiciones de posibilidad.

Así pues, la propuesta de este trabajo se alinea con ese consenso y lo refuerza al formular, de manera explícita, criterios de exigibilidad moral y una moratoria sujeta a tres umbrales acumulativos:¹² seguridad y capacidad de corrección razonable (OMS 2021; The Royal Society 2023; National Academy of Medicine 2020; Zhang 2015); legitimidad deliberativa (Martani 2024; OMS 2021; UNESCO 2015; ISSCR 2021) y justicia/antieugenesia (Rawls 1999; Buchanan 2000; Sandel 2007; OMS 2021). Dichos umbrales operan como barreras de contención frente a la ambigüedad conceptual y el potencial riesgo de las intervenciones embrionarias con fines corporativos. De este modo, la ruta responsable para cualquier transición

12 Dado que las modificaciones en la línea germinal son heredables y, en el estado actual de la ciencia, no pueden revertirse de manera segura una vez transmitidas (OMS 2021; National Academy of Medicine 2020), el estándar de “reversibilidad” debe entenderse como exigencia de máxima seguridad y trazabilidad, más que como reversión literal del cambio genético.

futura hacia la clínica pasa por consolidar métricas rigurosas de “mejora”; fortalecer dispositivos de participación pública con control independiente; y garantizar salvaguardas distributivas capaces de neutralizar asimetrías estructurales corporativas o de poder; de modo que el progreso técnico, si llega, no se traduzca en un diseño biológico de élite sino en beneficios justificables y verificables en el ámbito social.

Conclusión

El tópico del biomejoramiento en etapa embrionaria no puede abordarse como un caso sólo de aplicación de biotecnología en términos técnicos estrictos, ni reducirse a un cálculo costo-beneficio propio de la bioeconomía o de programas ideológicos. Su núcleo problemático está en la ambigüedad estructural del concepto de “mejora” cuando se aplica a intervenciones biológicas o genéticas sobre la línea germinal y en las implicaciones ontológicas de pretender fijar, por vía tecnológica, rasgos que se transmitirán de manera intergeneracional. Mientras carezcamos de criterios científicos estandarizados, validados y comparables para determinar qué cuenta como “mejorar”, la toma de decisiones queda expuesta a preferencias culturales, sesgos ideológicos o incentivos económicos, con el consiguiente riesgo de reintroducir lógicas eugenésicas bajo retóricas de “progreso” o “innovación” (Bostrom 2005; Sandel 2007).

Las posibilidades de las incursiones ideológicas, con lógicas eugenésicas se agrava al examinar el horizonte transhumanista: aunque sus corrientes difieren en métodos y fines, comparten la premisa de que la tecnología es un instrumento legítimo para redefinir lo humano; sin embargo, al trasladarse esa

aspiración a la línea germinal, se produce una tensión frontal con los principios bioéticos. La autonomía resulta impracticable por la imposibilidad de consentimiento del no nacido; la justicia se ve comprometida en escenarios de acceso desigual y de posible estratificación biológica; y beneficencia y no maleficencia quedan en suspenso ante incertidumbres persistentes sobre eficacia, reversibilidad y efectos a largo plazo, tanto en la salud individual como en la diversidad genética de la especie (Beauchamp y Childress 2019).

Sobre esta base, las intervenciones germinales no terapéuticas no son equiparables en lo moral a las destinadas a prevenir enfermedades graves. En términos de Parfit (1984), las elecciones de “misma persona” —cuando la intervención no altera la identidad numérica del futuro individuo y previene un daño grave— pueden justificar deberes positivos de intervención en nombre de la beneficencia; por el contrario, las elecciones de “mismo número”, en las que la decisión técnica o la selección embrionaria determinan la existencia de un sujeto distinto, desplazan el eje normativo desde la prevención del daño hacia la justicia distributiva, la equidad y la no discriminación.

En ese terreno normativo inestable y de nulo o poco respaldo bioético, los beneficios del biomejoramiento son, por ahora, conjeturales, mientras que los riesgos biológicos y sociales son significativos y distribuidos de forma asimétrica entre potenciales usuarios o no usuarios de dichas tecnologías. De ahí que cualquier avance responsable requiera, además de evidencia técnica robusta y reproducible, procesos de deliberación pública amplios, transparentes y con capacidad vinculante, acompañados de evaluación independiente, rendi-

ción de cuentas y revisión periódica de los fundamentos normativos.

La gobernanza de las biotecnologías no puede quedar capturada por lógicas tecnocráticas o corporativas; debe articular estándares comunes que eviten la competencia regulatoria entre jurisdicciones y alinearse con las recomendaciones de organismos internacionales —OMS (2021), a las que se suman las guías de la ISSCR (2021) y la declaración de la Tercera Cumbre Internacional sobre Edición del Genoma Humano (The Royal Society, 2023)— que convergen en negar, hoy por hoy, un uso clínico generalizado de la edición heredable y en exigir supervisión multinivel, transparencia y justicia social como condiciones de posibilidad.

En síntesis, y en coherencia con la tesis que guía este trabajo, no contamos con una noción neutral, con operatividad empírica y consensuada de “mejora” humana que permita sustentar decisiones que pueden ser irreversibles sobre la línea germinal. Actuar sin ese fundamento común abre la puerta a arbitrariedades conceptuales y a sesgos estructurales capaces de moldear de forma permanente el acervo genético,¹³

con costos ontológicos —alteraciones permanentes de lo que entendemos por lo humano— y sociales —profundización de desigualdades, homogeneización genética, instrumentalización de cuerpos— que no son aceptables bajo estándares mínimos de prudencia bioética. Por ello, la ruta responsable no es acelerar sin freno moral alguno, sino consolidar una moratoria condicionada sujeta a tres umbrales acumulativos —seguridad y capacidad de corrección razonable, legitimidad deliberativa y justicia/antieukenesia—, de modo que cualquier eventual transición hacia la clínica quede supeditada a evidencia sólida, a un consenso informado del todo inclusivo y a salvaguardas distributivas eficaces. La promesa del biomejoramiento embrionario es inseparable de sus riesgos éticos y políticos: el desafío decisivo no es técnico, sino moral y político-jurídico, y consiste en decidir de manera colectiva qué significa “mejorar”, cuáles son los límites normativos que preservan dignidad, diversidad y justicia, y en qué condiciones institucionales el progreso tecnológico puede considerarse, sin eufemismos, un auténtico progreso humano.

13 Dado que las modificaciones en la línea germinal son heredables y, en el estado actual de la ciencia, no pueden revertirse de manera segura una vez transmitidas (OMS 2021; National Academy of Medicine 2020), el estándar de “reversibilidad” debe entenderse como exigencia de máxima seguridad y trazabilidad, más que como reversión literal del cambio genético.

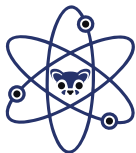
Referencias

- Agar, Nicholas. 2012. "Eugenesis liberal". *Signos Filosóficos* 14 (28): 145-70. Consultado el 8 de junio de 2026. <https://signosfilosoficos.izt.uam.mx/index.php/SF/article/view/501>
- Alberts, Bruce, Alexander Johnson, Julian Lewis, et al. 2017. *Biología molecular de la célula*. Artmed Editora.
- Almeida, Mara y Robert Ranisch. 2022. "Beyond safety: mapping the ethical debate on heritable genome editing interventions". *Humanities and Social Sciences Communications* 9 (1): 1-14. <https://doi.org/10.1057/s41599-022-01147-y>
- Annas, George J. 2002. "El hombre en la luna, el fin de las enfermedades, gente perfecta y otros mitos. Derechos humanos y responsabilidades en el jardín de la ciencia". En *Responsabilidad y libertad*, editado por Olbeth Hansberg y Mark Platts. Universidad Nacional Autónoma de México-Fondo de Cultura Económica.
- Associated Press. 2025. "Trump Jr. backs enhanced games, an Olympic disruptor that would allow some steroids in sports". *AP News*, 13 de febrero. <https://apnews.com/article/2c8b559475436984a0e489b457ad7d6b>
- Beauchamp, Tom L. y James F. Childress. 2019. *Principles of Bio-medical Ethics*. 8va. ed. Oxford University Press.
- Bergel, Salvador Darío. 2018. "La información genética humana ante el derecho". Universidad Nacional Autónoma de México-Instituto de Investigaciones Jurídicas. Consultado el 8 de junio de 2026. <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/10/4740/8.pdf>
- Bostrom, Nick. 2005. "Transhumanist values". *Journal of Philosophical Research* 30: 3-14. https://doi.org/10.5840/jpr_2005_26
- Brock, Dan W. 2002. "Obligaciones éticas para prevenir daños transmitidos genéticamente". En *Responsabilidad y libertad*, editado por Olbeth Hansberg y Mark Platts. Universidad Nacional Autónoma de México-Fondo de Cultura Económica.
- Brooks, Dominique L., Manuel J. Carrasco, Ping Qu, et al. 2023. "Rapid and definitive treatment of phenylketonuria in variant-humanized mice with corrective editing". *Nature Communications* 14: 3451. <https://doi.org/10.1038/s41467-023-39246-2>
- Buchanan, Allen, Dan W. Brock, Norman Daniels y Daniel Wikler. 2000. *From Chance to Choice. Genetics and Justice*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511806940>
- Burlina, Alberto, Francjan J. van Spronsen y Nenad Blau. 2013. "Disorders of phenylalanine and tetrahydrobiopterin metabolism". En *Physician's Guide to the Diagnosis, Treatment, and Follow-up of Inherited Metabolic Diseases*, editado por Nenad Blau, Carlos Dionisi Vici, Carlos R. Ferreira, et al. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-67727-5_20
- Consejo de Europa. 1997. *Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina. Serie de Tratados del Consejo de Europa núm. 164*. Consejo de Europa, 4 de abril de 1997. <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/5/2290/37.pdf>

- Cooper, Melinda. 2008. *Life as Surplus: Biotechnology and Capitalism in the Neoliberal Era*. University of Washington Press.
- Da Vinci, Leonardo. ca. 1490. *Hombre de Vitruvio*. Dibujo. Gallerie dell'Accademia, Venecia.
- Diéguez, Antonio. 2017. *Transhumanismo. La búsqueda tecnológica del mejoramiento humano*. Herder.
- Drabiak, Katherine. 2020. "The Nuffield Council's green light for genome editing human embryos defies fundamental human rights law". *Bioethics* 34 (3): 223-27. <https://doi.org/10.1111/bioe.12713>
- Fukuyama, Francis. 2002. *Our Posthuman Future: Consequences of the Biotechnology Revolution*. Farrar, Straus and Giroux.
- Gaudelli, Nicole M., Dieter K. Lam, Holly A. Rees, et al. 2020. "Directed evolution of adenine base editors with increased activity and therapeutic application". *Nature Biotechnology* 38 (7): 892-900. <https://doi.org/10.1038/s41587-020-0491-6>
- Guerra López, Rodrigo. 2010. "Identidad personal". *Open Insight* 1 (1): 116-41. Consultado el 8 de junio de 2026. <http://openinsight.com.mx/index.php/open/article/view/17>
- Gyngell, Christopher, Hilary Bowman-Smith y Julian Savulescu. 2019. "Moral reasons to edit the human genome: picking up from the Nuffield report". *Journal of Medical Ethics* 45 (8): 514-23. <https://doi.org/10.1136/me-dethics-2018-105084>
- International Bioethics Committee. 2015. "Report of the International Bioethics Committee (IBC) on Updating Its Reflection on the Human Genome and Human Rights: Final Recommendations". *Revista de Derecho y Genoma Humano/Law and the Human Genome Review* 43: 195-99.
- Kurzweil, Ray. 2005. *The Singularity Is Near: When Humans Transcend Biology*. Viking.
- Latorre Barragán, María Fernanda, Freddy Raúl García Cárdenas y Marco Vinicio Culqui Sánchez. 2024. "Stimulation of cellular longevity using CRISPR-Cas9 in aging-associated genes". *Interamerican Journal of Health Sciences* 6 (1): 1-12. <https://doi.org/10.59471/ijhsc202498>
- Lee, Tsung-Ling y Tsutomu Sawai. 2024. "Navigating equity in global access to genome therapy: expanding access to potentially transformative therapies and benefiting those in need requires global policy changes". *Frontiers in Genetics* 15: 1381172. <https://doi.org/10.3389/fgene.2024.1381172>
- Lovell-Badge, Robin, Eric Anthony, Roger A. Baker, et al. 2021. "ISSCR Guidelines for stem cell research and clinical translation". *Stem Cell Reports* 16 (6): 1398-1408. <https://doi.org/10.1016/j.stemcr.2021.05.012>
- Lucas, Samuel, Thomas Douglas y Nadira S. Faber. 2024. "How moral bioenhancement affects perceived praiseworthiness". *Bioethics* 38 (S1): 44-55. <https://doi.org/10.1111/bioe.13237>
- Lyu, Gloria y Matthew Spero. 2024. "Editing the human genome". *The Regulatory Review. A publication of the Penn Program on Regulation*, 1 de junio de 2024. <https://www.theregreview.org/2024/06/01/editing-the-human-genome/>
- Madrid, Raúl y José Luis Widow Lira. 2022. "Sobre el concepto de moral

- enhancement*. El argumento de Persson y Savulescu”. *Cuadernos de Bioética* 33 (109): 317-33. <https://doi.org/10.30444/CB.136>
- Martani, Andrea. 2024. “Changing the regulation of human germline genome editing: what does a truly broad societal debate entail?”. *Law, Innovation and Technology* 16 (2): 687-714. <https://doi.org/10.1080/17579961.2024.2392929>
- Mills, Peter F. 2020. “Genome editing and human reproduction: The therapeutic fallacy and the ‘most unusual case’”. *Perspectives in Biology and Medicine* 63 (1): 126-40. <https://doi.org/10.1353/pbm.2020.0010>
- More, Max. 2013. “The Philosophy of Transhumanism”. En *The Transhumanist Reader: Classical and Contemporary Essays on the Science, Technology, and Philosophy of the Human Future*, editado por Max More y Natasha Vita-More. Wiley-Blackwell.
- Mosterín, Jesús. 2006. *La naturaleza humana*. Espasa-Calpe.
- National Academy of Medicine, National Academy of Sciences, and The Royal Society. 2020. *Heritable Human Genome Editing*. National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/25665>
- Neudorfer, Orit, Gregory M. Pastores, Bai J. Zeng, John Gianutsos, Charles M. Zaroff y Edwin H. Kolodny. 2005. “Late-onset Tay-Sachs disease: Phenotypic characterization and genotypic correlations in 21 affected patients”. *Genetics in Medicine* 7 (2): 119-23. <https://doi.org/10.1097/01.GIM.0000154300.84107.75>
- Nitto, Maximiliano. 2025. “Neurotecnologías con fines transhumanistas: la brecha del futuro entre seres humanos ‘mejorados’ y no ‘mejorados’”. *Revista de Bioética y Derecho* 63: 4-29. <https://doi.org/10.1344/rbd2025.63.47284>
- Nuffield Council on Bioethics. 2018. *Genome Editing and Human Reproduction: Social and Ethical Issues*. Nuffield Council on Bioethics.
- Organización Mundial de la Salud. 2021. *Human Genome Editing: A Framework for Governance*. OMS. Consultado el 8 de junio de 2026. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/cdcfed77-66d5-46c3-9073-4018a3d2c48d/content>
- Palacios-González, César. 2021. “Reproductive genome editing interventions are therapeutic, sometimes”. *Bioethics* 35 (6): 557-62. <https://doi.org/10.1111/bioe.12846>
- Parfit, Derek. 1984. *Reasons and Persons*. Oxford University Press.
- Parra Sáez, Jesús. 2018. “El movimiento eugenésico estadounidense como clave del éxito de la eugenesia en el siglo XX y la posibilidad de su retorno en el siglo XXI”. *Ágora: Papeles de Filosofía* 37 (2): 123-48. <https://doi.org/10.15304/ag.37.2.4305>
- Rawls, John. 1999. *A Theory of Justice*. Edición revisada. Harvard University Press.
- Rothgangl, Tanja, András Tálas, Eleonora I. Ioannidi, et al. 2025. “Treatment of a metabolic liver disease in mice with a transient prime editing approach”. *Nature Biomedical Engineering* 9: 1705-18. <https://doi.org/10.1038/s41551-025-01399-4>
- Rulli, Tina. 2019. “Reproductive CRISPR does not cure disease”. *Bioethics* 33 (9): 1072-82. <https://doi.org/10.1111/bioe.12663>
- Sandel, Michael J. 2007. *The Case Against Perfection: Ethics in the Age of Genetic Engineering*. Harvard University Press.

- Sarkissian, Christineh N., Alejandra Gámez, Lin Wang, et al. 2008. "Pre-clinical evaluation of multiple species of PEGylated recombinant phenylalanine ammonia lyase for the treatment of phenylketonuria". *Proceedings of the National Academy of Sciences* 105 (52): 20894-99. <https://doi.org/10.1073/pnas.0808421105>
- Savulescu, Julian. 2001. "Procreative beneficence: why we should select the best children". *Bioethics* 15: 413-26. <https://doi.org/10.1111/1467-8519.00251>
- Schaefer, G. Owen. 2020. "Can reproductive genetic manipulation save lives?". *Medicine, Health Care and Philosophy* 23 (3): 381-86. <https://doi.org/10.1007/s11019-020-09947-2>
- Speiser, Peter W. 2009. "Nonclassic adrenal hyperplasia". *Reviews in Endocrine and Metabolic Disorders* 10 (1): 77-82. <https://doi.org/10.1007/s11154-008-9097-x>
- Subica, Andrew M. 2023. "CRISPR in public health: the health equity implications and role of community in gene-editing research and applications". *American Journal of Public Health* 113 (8): 874-82. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2023.307315>
- The Royal Society. 2023. "Statement from the Organising Committee of the Third International Summit on Human Genome Editing". 8 de marzo de 2023. *The Royal Society*. <https://royalsociety.org/news/2023/03/statement-third-international-summit-human-genome-editing/>
- Tipler, Frank J. 1994. *The Physics of Immortality: Modern Cosmology, God, and the Resurrection of the Dead*. Doubleday.
- Torres, Rosa J. y Juan G. Puig. 2007. "Hypoxanthine-guanine phosphoribosyltransferase (HPRT) deficiency: Lesch-Nyhan syndrome". *Orphanet Journal of Rare Diseases* 2: 48. <https://doi.org/10.1186/1750-1172-2-48>
- UNESCO. International Bioethics Committee (IBC). 2015. *Report of the IBC on Updating Its Reflection on the Human Genome and Human Rights*. UNESCO. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000233258>
- Xiao-Hui Zhang, Louis Y. Tee, Xiao-Gang Wang, Qun-Shan Huang y Shi-Hua Yang. 2015. "Off-target effects in CRISPR/Cas9-mediated genome engineering". *Molecular Therapy-Nucleic Acids* 4: e264. <https://doi.org/10.1038/mtna.2015.37>



La necropolítica de la depresión en los estados terapéuticos

The necropolitics of depression in therapeutic states

José Eduardo Lazo Vela*

Recibido: 31 de julio de 2025

Aceptado: 16 de febrero de 2026

Publicado: 29 de junio de 2026

Resumen

La depresión constituye hoy un problema global en extremo medicalizado. Su diagnóstico, con frecuencia impreciso y reduccionista, no sólo tiende a patologizar el sufrimiento humano, sino que, al abordarse de forma exclusiva con paliativos farmacológicos, puede derivar en cuadros resistentes como la distimia. Este fenómeno, lejos de ser una simple recaída clínica, debe entenderse como una manifestación del fracaso del modelo médico hegemónico e, incluso, como una expresión necropolítica, en la medida en que gestiona qué vidas merecen ser vividas y cuáles pueden ser abandonadas al descuido. En este contexto, la medicalización de la vida no sólo produce dependencia y estigmatización, sino que también propicia condiciones que incrementan el riesgo de suicidio. Frente a esta lógica, emergen alternativas biocéntricas que abogan por comprender el sufrimiento psíquico desde sus dimensiones sociales, históricas y existenciales.

Palabras clave:

depresión, yatrogenia, crisis, suicidio, medicalización

Abstract

Depression currently constitutes a deeply medicalized global problem. Its diagnosis, often imprecise and reductionist, not only tends to pathologize human suffering, but also, when approached exclusively through pharmacological palliatives, can lead to resistant conditions such as dysthymia. This phenomenon, far from being a simple clinical relapse, should be understood as a manifestation of the failure of the dominant medical model and even as a necropolitical expression, insofar as it manages which lives are worthy of being lived and which may be abandoned to neglect. In this context, the medicalization of life not only produces dependency and stigmatization but also fosters conditions that increase the risk of suicide. Faced with this logic, biocentric alternatives emerge, advocating for an understanding of psychic suffering based on its social, historical, and existential dimensions.

Keywords:

depression, iatrogenesis, crisis, suicide, medicalization

* Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Filosofía y Letras, División de Filosofía, Ciudad de México, México. <https://orcid.org/0009-0003-2110-8520>. Correo electrónico: lazovelajoseeduardo@gmail.com

Introducción

En la actualidad, atravesamos una pandemia global derivada de la precaria salud mental de nuestras sociedades. Este fenómeno ha desencadenado una crisis en un contexto globalizado y neoliberal, utilitarista y positivo (Han 2021, 23), donde la toma de decisiones se basa en el costo-beneficio, utilidad-rendimiento y en la mejora exponencial de las potencialidades humanas con fines de lucro. Esta dinámica, que prioriza el rédito sobre el cuidado, ha provocado repercusiones en la salud mental de las personas (Vázquez 2023, 1).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS 2025), la salud mental se refiere a un estado de bienestar en el cual una persona puede desarrollar sus capacidades, manejar las tensiones cotidianas, desempeñarse de manera productiva y aportar a su comunidad, siendo además consciente de sus propias aptitudes. Más allá de la simple ausencia de trastornos mentales, la salud mental es un estado dinámico que se manifiesta cada día mediante nuestras acciones e interacciones. Incluye el bienestar personal, la autonomía, la competencia, la colaboración entre generaciones, el reconocimiento de habilidades, así como la realización intelectual y emocional.

La depresión es un tema de salud mental. Hoy en día, la respuesta a este problema puede interpretarse desde la perspectiva necropolítica, un concep-

to desarrollado por el filósofo Achille Mbembe (2011), quien describe una racionalidad de poder que organiza y administra la muerte como técnica de dominación. Ésta se manifiesta tanto en actos masivos —como genocidios o políticas racistas— como en microprocesos de vida marcados por la precariedad. En salud mental, esto ocurre cuando sistemas políticos y económicos producen precariedad crónica, abandono terapéutico, estigmatización y violencia institucional que aumentan el riesgo de muerte autoinfligida para ciertos grupos. Este concepto es clave para entender formas contemporáneas de violencia estatal, estructural y cotidiana. Y puede entenderse también como las formas en que los gobiernos y las instituciones deciden quién vive y quién muere (Estévez 2020).

Mbembe (2011) amplía el marco de la biopolítica¹ de Michel Foucault (2011) para analizar cómo el poder soberano se ejerce no sólo sobre la vida, sino también a través de la producción de la muerte, gestionando qué vidas merecen ser vividas y cuáles pueden y deben ser eliminadas; las que son gestionadas por medio de la secularización: dispositivos tecnocientíficos, sistemas económicos, políticos, legales-administrativos que jerarquizan y sistematizan los efectos o las causas de las políticas de muerte.² Estas formas de poder se manifiestan de manera particular en contextos de guerra, colonialismo, racismo y violencia estructural. En este

1 La biopolítica es desarrollada por Michel Foucault, se refiere a los mecanismos utilizados por los gobiernos para gestionar y regular la vida de las poblaciones. Surge en el contexto del declive del poder soberano durante el siglo xvii, cuando la autoridad de los monarcas basada en el control territorial y el castigo corporal es reemplazada por nuevas formas de poder enfocadas en la vida misma. En la Edad Media y hasta el siglo xvii, el soberano tenía el derecho de "hacer morir y dejar vivir", ejerciendo poder sobre los cuerpos mediante la capacidad de infligir muerte.

2 En este caso los estudios sobre la relación entre las crisis económicas y la salud mental tienen su origen intelectual en la obra seminal de Émile Durkheim, *El suicidio* (1897), en la que sostenía que los cambios en la economía podían aumentar la patología psiquiátrica que potencialmente conducía al suicidio y señalaba que los fenómenos macroeconómicos podían tener efectos psicológicos significativos en los individuos (Zivin et al. 2011).

caso, se ha buscado solucionar el problema de la depresión mediante una violencia estructural producto de la globalización neoliberal, estigmatizadora y discriminatoria que la medicaliza, pero que no busca la salud integral de las personas.³ El neoliberalismo practica una necropolítica que instauro un Estado terapéutico; este poder opera a través de los siguientes mecanismos:

1. La estigmatización de los trastornos mentales y el uso de fármacos como medio de paliación y control social en beneficio del rédito y el lucro, mas no de la salud integral.
2. La alianza entre Estado y el poder farmacéutico que permite un “Estado terapéutico”.
3. La institucionalización de la estigmatización y la violencia como mecanismos de gestión social.
4. La privatización del sufrimiento: el cuerpo vulnerabilizado es despojado de derechos y tratado como costo prescindible carente de valor intrínseco.

Este modelo necropolítico articula soberanía estatal con intereses privados para controlar poblaciones consideradas prescindibles, en especial en contextos de exclusión estructural y violencia (Arguedas et al. 2022, 4-5). En consecuencia, la necropolítica neoliberal configura un escenario donde la vida se precariza y ciertos cuerpos quedan expuestos a un sufrimiento crónico. En este contexto, la distimia —o trastorno depresivo persistente— se presenta como una manifestación paradigmática del fracaso

del modelo biomédico dominante. Ésta emerge cuando la respuesta a la depresión se limita a tratamientos paliativos farmacológicos, lo que genera formas resistentes y crónicas del malestar psíquico que no sólo perpetúan la dependencia y la estigmatización, sino que incrementan el riesgo de suicidio y exclusión social. En ese sentido, este trastorno emerge con un vínculo profundo a este régimen: persistente, invisible, culpabilizado y poco atendido, pero con una elevada asociación al suicidio. Tal vínculo exige políticas de salud pública integrales, inversión comunitaria y estrategias que reconozcan el origen sociopolítico del sufrimiento mental, evitando así reproducir su invisibilidad institucional.

El objetivo principal de este texto es analizar de forma crítica la depresión como un fenómeno global, abordándola desde una perspectiva bioética interdisciplinaria y feminista, fundamentada principalmente en las investigaciones de Paola Buedo (2022). Se busca evidenciar cómo el modelo biomédico hegemónico —al priorizar la medicalización y el uso de paliativos farmacológicos— no sólo patologiza el sufrimiento humano (Buedo 2022, 91-98), sino que también puede derivar en dinámicas de necropolítica. Asimismo, se analiza cómo este enfoque propicia la emergencia de formas de resistencia como la distimia, al tiempo que contribuye a la estigmatización, la generación de dependencia y, en contextos de vulnerabilidad extrema, al suicidio.

Metodología

Este artículo se inscribe en la categoría de trabajos teóricos con enfoque inter-

3 La salud integral, desde una perspectiva bioética, es entendida como un enfoque que abarca dimensión biológica, psicológica, social, ética, ambiental y de dignidad humana, promovida desde una óptica interdisciplinaria centrada en la práctica y respeto a los derechos humanos, la justicia social y el cuidado de la vida en su totalidad.

disciplinario, que abordan problemas bioéticos desde una perspectiva crítica. Se recurrió a una metodología cualitativa de análisis conceptual y documental, centrada en la interpretación crítica de fuentes primarias y secundarias, provenientes de las ciencias sociales, la bioética, la filosofía política y la salud mental. El abordaje se sustentó en una lectura transversal de autores clave como Achille Mbembe (2011), Michel Foucault (1996; 2006), Ivan Illich (1975) y Thomas Szasz (1974) con el fin de articular el concepto de necropolítica con el fenómeno de la depresión en el contexto de las sociedades neoliberales contemporáneas.

El análisis se estructuró bajo una lógica deconstructiva y argumentativa, orientada a identificar cómo ciertos dispositivos médicos, políticas públicas y enfoques biomédicos hegemónicos contribuyen a la clasificación, normalización y medicalización del sufrimiento psíquico, en detrimento de una atención ética centrada en la autonomía, la dignidad y la justicia social. Así mismo, se incorporaron datos de informes institucionales internacionales —como los del Mental Health Atlas (2024), el Informe Mundial sobre la Salud Mental de la OMS (2023) y del Global Forum on Bioethics in Research (2022)—, los cuales fueron examinados desde una lectura crítica bioética que busca problematizar la forma en que se gestionan los problemas de salud mental en relación con la lógica del mercado, la producción de subjetividades y la exclusión de alternativas biocéntricas y comunitarias.

Se privilegió un enfoque bioético feminista y biocéntrico, recuperando propuestas como la autonomía relacional y las capas de vulnerabilidad (Campbell 2000). Desde esta óptica, Paola Buedo y Florencia Luna (2021) evidencian la

necesidad de transformar las prácticas institucionales dominantes por otras que respondan a las condiciones socioculturales de los sujetos y que promuevan la justicia sanitaria, un concepto central de la bioética feminista. Lo anterior nos permite poner en valor aquellas condiciones que favorecen el proceso de toma de decisiones e identificar las que la lesionan, pues:

se desarrolla bajo el paradigma predominantemente biologicista de la medicina actual, donde se observa que la atención de los sujetos que padecen algún tipo de sufrimiento mental es simplificada. En definitiva, el acto profesional termina planteando una práctica médica que en general tiende a excluir, entre otros, los procesos ideológicos y sociales del propio ejercicio de la profesión (Buedo y Luna 2016, 253).

Esto es importante para el campo de la salud mental, porque el trato social y clínico de las personas que padecen sufrimiento mental tiende a ser estigmatizado, y esto puede entorpecer su agencia moral, por ello, es necesario un análisis contextual que tome en cuenta la relación dialéctica con sus circunstancias sociohistóricas específicas (Buedo y Silberman 2016). Este enfoque permite evaluar de manera crítica las consecuencias éticas de la yatrogenia farmacológica y el papel del Estado terapéutico (De Van 2022) en la gestión neoliberal del sufrimiento humano. Para ello se realizó una caracterización general de lo que es la necropolítica y en qué medida la gestión neoliberal la pone en práctica.

Así mismo se incorporó evidencia con datos de informes y reportes globales para explicar de qué manera se priorizan otros aspectos por sobre la vida, cómo se ejerce la medicalización —en algunos casos necesaria— no siempre

con fines de cuidado, sino de rédito y lucro, situándose por encima del valor intrínseco de la vida y la dignidad humana. Esto es relevante porque el neoliberalismo enfatiza el libre mercado, la autonomía, la competencia y la gestión individual del bienestar y la felicidad. Esta lógica neoliberal converge con el Estado terapéutico en una dimensión crítica: se desplaza el foco de condiciones sociales y estructurales hacia la interioridad del sujeto, etiquetando estados humanos como patologías por tratar. Esta medicalización individualizante puede ocultar factores como desigualdad, falta de apoyo comunitario o condiciones y circunstancias precarias.

Discusión y resultados

La depresión constituye uno de los principales desafíos contemporáneos para la salud mental. Su deterioro a escala global se debe, en gran medida, a su abordaje centrado de forma exclusiva en respuestas paliativas, lo que ha desencadenado graves consecuencias. Lejos de ser un fenómeno clínico, se trata de un asunto político y público que ha sido en profundidad medicalizado; sus repercusiones son tan severas que se estima que, para el 2030, la depresión será el trastorno mental de mayor prevalencia a nivel mundial (OMS 2001). Esta precaria situación de la salud mental global se expresa en múltiples y diversos factores psicosociales, que, al prolongarse y no ser atendidos con la oportunidad y la metodología adecuadas, actúan como detonantes y perpetuadores de patologías psiquiátricas. Si bien los costos económicos se traducen en pérdidas billonarias para gobiernos e industrias, el costo más devastador sigue siendo la pérdida de miles de vidas humanas.

Un problema resistente: ¿qué es la depresión?

El Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (NIMH 2024) define la depresión como un trastorno del ánimo prevalente que afecta el estado de ánimo, los pensamientos y el desempeño de las actividades cotidianas. Sus manifestaciones principales son tristeza persistente, pérdida de interés y alteraciones del sueño o apetito, acompañados de fatiga, dificultades cognitivas, sentimientos de inutilidad o culpa, y, en casos críticos, ideación suicida. Si bien la depresión expresa diversas variantes, la que nos ocupa aquí es el trastorno depresivo persistente o distimia (Centro John M. Eisenberg 2012). Esta condición se caracteriza por el desarrollo de síntomas de depresión que se prolongan por al menos dos años. Se expresa con síntomas de psicosis (delirios o alucinaciones) y no se ha identificado una causa definitiva para este tipo de depresión. Los especialistas en salud mental consideran que puede estar relacionada con desequilibrios químicos en el cerebro (Johns Hopkins Medicine 2025). Diversos factores se han asociado a su desarrollo, entre ellos ambientales, psicológicos, biológicos y genéticos. Asimismo, existen vínculos entre la presencia de estrés crónico o experiencias traumáticas y esta condición. Aunque la distimia muestra un patrón hereditario, hasta el momento no se ha vinculado ningún gen específico con su aparición.

En su diagnóstico se observa que el paciente no responde a los tratamientos hegemónicos biomédicos; ha consumido más de dos medicamentos y tiene un diagnóstico clínico verificado, y no da signos positivos ante tratamientos convencionales como psicofármacos o terapia cognitivo conductual o electro-

shock. En consecuencia, puede quedar inmerso en una condición en la que la depresión es tratada de forma inadecuada y tiene repercusiones en la salud mental, ya que los Estados actuales procuran un positivismo exacerbado que prioriza el rendimiento y la utilidad en la vida humana. En este contexto, la depresión atendida de manera inadecuada y sólo desde el modelo biológico-lesional, se expresa en yatrogenia (Domecq et al. 2020, 907-21). Este término se refiere al daño o lesión que un paciente sufre como resultado de la atención médica, no necesariamente por negligencia, sino por el propio acto de la atención. El término yatrogenia es con amplitud utilizado en la literatura médica y se considera un concepto central en la discusión sobre la calidad y la seguridad de la atención médica. Para mostrar cómo el diagnóstico de depresión resistente se expresa en yatrogenia primero hay que saber la respuesta a la siguiente cuestión: ¿cómo es que la depresión ocupa un lugar tan importante en las sociedades actuales?

Necropolítica y depresión

Para el 2030 la depresión será el trastorno mental más común. En la economía global tiene enormes repercusiones (Knapp y Wong 2020, 3-14). La OMS estima que cerca de mil millones de personas en el mundo sufren algún tipo de trastorno mental; según el informe Mental Health Atlas 2024 (OMS 2024) se calcula que 82 % de estas personas vive en países de renta baja y media, y quienes padecen trastornos mentales graves suelen fallecer entre 10 y 20 años antes que el resto de la población. Por otro lado, la pandemia de COVID-19 impactó aún más la salud mental global; afectó a quienes ya tenían problemas y

también a quienes no; además, evidenció las carencias en los sistemas sanitarios y las desigualdades sociales; así, desde la pandemia, la prevalencia mundial de depresión y ansiedad ha incrementado entre 25 % y 27 %.

El acceso a tratamientos sigue siendo escaso, insuficiente, difícil o demasiado costoso; además, el estigma social hace que muchas personas eviten buscar ayuda. Se estima que una de cada cuatro personas padece algún trastorno psicológico, pero el déficit en la atención puede ser de 90 % en determinados países. La estigmatización y la falta de comprensión dificulta que las personas afectadas reconozcan sus propias dolencias psicológicas o las de otras y pidan apoyo. A nivel global, siguen existiendo violaciones de derechos humanos en instituciones y comunidades, incluidos los servicios de salud (Cohen y Minas 2017, 4-9). A menudo, cuando se brindan servicios médicos para trastornos psicológicos, la salud mental y otras necesidades sociales quedan relegadas. A pesar de la evidencia sobre el impacto económico de los trastornos mentales y la rentabilidad de invertir en salud psicológica, sólo un promedio de 2 % del presupuesto sanitario se dedica a este ámbito.

En 2013, todos los Estados miembros de la OMS se comprometieron a aplicar el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2030, el cual tiene como propósito mejorar la salud mental mediante la implementación de cuatro estrategias principales centradas en el liderazgo, la atención comunitaria, la promoción y prevención, y los datos.

En el análisis más reciente realizado por la OMS sobre el desempeño de los países en relación con el Plan de Acción, el Mental Health Atlas 2024 mostró avances; sin embargo, las metas acorda-

das no se han alcanzado y el estado de la salud mental global ha empeorado al paso de los años, en particular desde la pandemia de COVID-19. Los informes actuales insisten en acelerar la adopción de medidas recomendadas y contenidas en el Informe Mundial sobre la Salud Mental (2023) el cual indica que los trastornos más comunes son: la depresión, que encabeza la lista, seguida por la ansiedad; por último, la esquizofrenia y los trastornos bipolares. Además, la élite económica como

los investigadores del Foro Económico Mundial calcularon que un conjunto ampliamente definido de problemas de salud mental le costó a la economía mundial aproximadamente US \$ 2.5 billones en 2010, entre la pérdida de productividad económica (US \$ 1.7 billones) y los costos directos de la atención (US \$ 0.8 billones). Se proyectó que este costo total aumentaría a US \$ 6 billones para 2030 junto con el aumento de los costos sociales. Eso es más de lo que los investigadores previeron para los costos del cáncer, la diabetes y las enfermedades respiratorias crónicas combinadas. Se estimó que los países de ingresos bajos y medianos soportarían 35 % del costo de estos problemas de salud mental (OPS 2023, 52-53).

Según el Global Burden of Disease (GBD), entre 2013 y 2023 hubo un fuerte aumento en los años de vida saludable perdidos debido a la diabetes y a los trastornos de ansiedad y depresión. Con este diagnóstico nada alentador coincide el reporte de Gallup State of the Global Workplace Report (Gallup 2024), el cual destaca la importancia del compromiso y la satisfacción laboral; tan sólo el año pasado se detectó una mayor defi-

ciencia por exceso de rendimiento, estrés y condiciones laborales precarias. Los datos revelados en el informe de 2024 indican que sólo 21 % de la fuerza laboral global se siente feliz y comprometida en su trabajo, lo que se considera un número alarmante y menor. Un bajo nivel de compromiso e infelicidad le cuesta a la economía global 8.9 billones de dólares, esto representa 9 % del PIB mundial. Al respecto, se calcula que se pierden 12 000 millones de días de trabajo al año a consecuencia de la depresión y la ansiedad, que cobra un costo de 1 billón de dólares (OPS 2023, 113).

La crisis⁴ actual de salud mental está encabezada por el trastorno de la depresión; a escala global, esta crisis es severa y debería preocuparnos a todos; tiene causas profundas que abarcan factores biológicos (genética, alteraciones neuroquímicas), psicológicos (traumas, estrés) y sociales (desigualdad, pobreza, violencia). La respuesta al problema que representa esta crisis no debe limitarse a paliarlo o eludirlo; se debe informar a la población con resultados verificados, evidencia sólida y bien fundamentada. Proporcionar herramientas y alternativas prudentes para un empoderamiento de la autonomía de las personas, así como datos confiables para una toma de decisiones informada. Que sea retroalimentado mediante la fuerza de un proyecto práctico de voluntad colectiva y organización comunitaria, para exigir un cambio real de circunstancias y en las prácticas éticas, médicas y políticas públicas e institucionales que no han tenido resultados favorables para las personas, aquellas que producen dolor, sufrimiento e infelicidad en sus con-

4 Desde su raíz etimológica, *crisis* proviene del griego antiguo *κρίσις* (*krísis*), que significa separación, decisión, juicio o punto de cambio. Deriva del verbo *κρίνω* (*krínō*), que significa separar, juzgar, decidir. En el origen, en contextos médicos de la antigua Grecia (como en Hipócrates), una crisis era el momento crítico en el curso de una enfermedad en el que el paciente mejoraba o empeoraba definitivamente (Dafermos 2024).

textos determinados. Exigir nuestros derechos no debe ser fuente de culpa o motivo de represión ni censura, sino de indignación porque el valor intrínseco de la vida no se está respetando ni es tomado en cuenta.

La necesidad de un enfoque integral

Desde una concepción integral de la salud, el estado de bienestar o enfermedad de una persona no puede explicarse mediante relaciones lineales de causa-efecto. Por el contrario, debe resultar de la interacción dinámica entre factores predisponentes, precipitantes y perpetuantes, los cuales configuran trayectorias de vulnerabilidad, aparición y mantenimiento del padecimiento (PsychDB 2024).

Los factores predisponentes constituyen el sustrato de vulnerabilidad sobre el cual puede desarrollarse una condición de salud o enfermedad. Se trata de características preexistentes que incrementan la probabilidad de que un problema aparezca, sin determinarlo de manera inevitable. Su naturaleza es sobre todo endógena e incluye dimensiones biológicas y psicológicas. Entre ellos se encuentran la carga genética y las enfermedades hereditarias, que pueden predisponer a ciertos tipos de cáncer o trastornos mentales; la edad y el sexo, dado que algunas patologías muestran una distribución diferencial en función de estas variables; así como determinados rasgos de personalidad o estilos temperamentales que pueden aumentar la susceptibilidad a trastornos psicológicos. Asimismo, experiencias tempranas —como el abuso, la negligencia o la exposición a desventajas sociales en la infancia— pueden generar vulnerabilidades persistentes que se expresan a lo largo del ciclo vital.

Los factores precipitantes operan como desencadenantes que activan una condición latente al interactuar con una vulnerabilidad previa. Son eventos o circunstancias agudas, situadas en un momento específico, que marcan el inicio del problema de salud. Estos factores suelen ser de carácter contextual o ambiental e incluyen acontecimientos vitales en extremo estresantes, como la pérdida de un ser querido, el desempleo o la vivencia de un trauma; exposiciones ambientales agudas, como el contacto con patógenos o sustancias tóxicas; alteraciones fisiológicas súbitas, por ejemplo, desequilibrios metabólicos o electrolíticos que pueden precipitar estados confusionales; así como cambios drásticos en la dieta o en el estilo de vida que pueden detonar trastornos alimentarios.

Una vez instaurado el problema de salud, los factores perpetuantes son aquellos que contribuyen a su persistencia o agravamiento, y obstaculizan los procesos de recuperación; éstos suelen estar en profundidad vinculados al entorno social, relacional y conductual de la persona. Entre ellos destacan el aislamiento social y la ausencia de redes de apoyo que refuerzan el malestar psicológico; las conductas desadaptativas, como el consumo sostenido de alcohol o tabaco, o la repetición de patrones cognitivos negativos; los contextos familiares o laborales disfuncionales, caracterizados por el conflicto crónico o el estrés continuo; y las barreras estructurales para el acceso a la atención sanitaria, sean económicas, geográficas o institucionales. Comprender la necesidad de enfoques integrativos y la interacción entre estos tres tipos de factores permite adoptar un enfoque integral de la salud, en el que la biología individual se analiza en estrecha relación con las

condiciones sociales, psicológicas y ambientales que configuran la experiencia de enfermar y de cuidar la vida.

De la biopolítica a la necropolítica de la depresión

La biopolítica es un concepto desarrollado en su mayor parte por Michel Foucault (2011) para describir una forma de poder que se ejerce sobre la vida de las poblaciones, sobre todo entre los siglos XVII y XVIII. Esta gestión de la vida desarrolló las bases de las estructuras seculares de nuestras sociedades actuales. A diferencia de los poderes tradicionales que se centraban en la soberanía sobre el territorio o el control disciplinario de los cuerpos individuales, la biopolítica se enfoca en la gestión, regulación y administración de la vida colectiva: la población como un conjunto de seres vivos. El Estado dejó de preocuparse sólo por gobernar a los individuos y comenzó a gestionar variables vitales, lo que afectó a la población en su totalidad. Así, la biopolítica implica una racionalización de la vida, donde el poder busca optimizar, regular y controlar los procesos vitales para asegurar el bienestar, la productividad y la seguridad de la sociedad. Es una forma de poder que se ejerce sobre la vida misma, gestionando y regulando no sólo a las personas, sino a la población en su conjunto. Foucault es el referente clave para comprender este concepto, pues señala que a partir del siglo XVIII surge una novedad en las técnicas y control del poder: el surgimiento de la población como problema económico y político.

Para Foucault, este control está relacionado con dos cuestiones muy ligadas a la medicina y a los padecimientos mentales: a) la noción de normalización y b) la comercialización de la salud o la

mercantilización. Estas dos nociones ayudan a comprender el arraigo social de algunas prácticas y discursos médicos y, asimismo, la dificultad para materializar propuestas terapéuticas alternativas a las hegemónicas (Buedo 2022, 93).

En la actualidad, siguiendo a Ricardo Páez (2015), el neoliberalismo aplicado en el mundo sanitario, que favorece la privatización de la salud y los conflictos de interés en la investigación, ha convertido a las personas en consumidores y a la salud en mercancía, a pesar de que es un derecho humano. Para Mbembe, la biopolítica regula la vida desde lo más íntimo del cuerpo normalizando comportamientos, estableciendo funciones en determinados espacios y territorios, hasta lo más amplio de la población, transformando la existencia humana en objeto de gestión y control, y posicionando la vida como un objetivo susceptible de ser normalizado, medido, administrado y normativizado por el Estado y sus expertos.

La necropolítica de Mbembe amplía y radicaliza el análisis de la biopolítica de Foucault: “la noción de biopoder es insuficiente para reflejar las formas contemporáneas de sumisión de la vida al poder de la muerte” (Mbembe 2011, 75). Mientras que la biopolítica se centra en la gestión y en la administración de la vida por parte del poder, la necropolítica se enfoca en el poder de decidir quién vive y quién muere, es decir, en la producción y administración de la muerte. Mbembe señala que, en muchos contextos, el poder no sólo regula la vida, sino que también produce condiciones de abandono, exclusión y muerte social. La necropolítica aparece cuando ciertos grupos o individuos son considerados prescindibles, y el Estado o las instituciones deciden, de forma explícita o implícita, que sus vidas no merecen ser protegidas o cuidadas.

En ese sentido, la necropolítica de la depresión se muestra cuando las instituciones, políticas públicas o sistemas de salud generan condiciones de exclusión, marginación o abandono para quienes padecen este trastorno. En lugar de garantizar atención, acompañamiento y recursos adecuados, muchas veces las personas con depresión enfrentan barreras de acceso, estigmatización o indiferencia institucional; lo que puede traducirse en falta de servicios, negación de tratamientos, o incluso en la invisibilización del sufrimiento psíquico. Así, el sistema estructural no sólo deja de proteger la vida, sino que produce espacios de “muerte social”, donde los sujetos quedan fuera de la protección y el cuidado. La necropolítica en la gestión de la depresión se observa, por ejemplo, cuando:

- Se priorizan criterios económicos sobre la salud integral de los pacientes.
- Se limita el acceso a atención especializada.
- Se responsabiliza en lo individual a quienes sufren, ignorando factores sociales y estructurales.
- Se institucionaliza o aísla a las personas, perpetuando su exclusión.

En concreto, la necropolítica en torno a la depresión implica que el poder no sólo regula la vida, sino que también decide, de manera explícita o implícita, quiénes pueden ser abandonados, marginados o expuestos a condiciones que ponen en riesgo su existencia y dignidad. Por esta razón, la gestión actual del problema de la depresión es necropolítica. Esto lo confirman diversos informes citados con anterioridad donde

se demuestra que la salud mental, pese a los esfuerzos, ha sido deficiente en su gestión global y está en un punto crítico, de riesgo potencial y constante y, también, que en esta crisis la depresión es la punta de lanza.

El modelo médico hegemónico en la salud mental

El modelo médico hegemónico en Occidente considera la enfermedad como un problema biológico tratado mediante intervenciones médicas. Este enfoque privilegia lo biomédico e influye en cómo se aborda la salud mental (Buedo 2022, 91-98). Cuando la psiquiatría se practica desde este modelo, los trastornos mentales son tratados desde una perspectiva biológica, usando fármacos y procedimientos clínicos, y a menudo dejan en segundo plano factores sociales y culturales. De la misma manera lo hace la psicología; aunque algunas ramas siguen el modelo médico, también ha generado enfoques críticos que incluyen dimensiones emocionales, sociales y culturales del sufrimiento psíquico. Sin embargo, en entornos institucionales suele subordinarse al modelo médico, actuando como complemento de la psiquiatría. Ambas disciplinas son fundamentales: la psiquiatría es clave cuando se requiere estabilización médica, y la psicología aporta a la comprensión y el bienestar personal a través de técnicas terapéuticas. El trabajo conjunto ofrece una atención más integral al considerar aspectos biológicos y psicosociales. Mientras que la psiquiatría puede prescribir medicamentos, la psicología trabaja en modificar pensamientos y conductas para mejorar la calidad de vida (Buedo 2022, 98-102).

Conflictos de interés

En la actualidad, los profesionales de la salud mental desempeñan funciones de control, administración e influencia en la vida de las personas. Sin embargo, no son ajenos a posibles faltas éticas ni a la influencia de factores externos o motivaciones personales. Un ejemplo relevante de conflicto de interés en este ámbito es el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), utilizado como referencia principal para la clasificación y diagnóstico de trastornos mentales. Diversos autores han señalado que algunas de sus prácticas podrían resultar controvertidas desde una perspectiva ética, en particular, en lo que respecta a la categorización de padecimientos mentales y su potencial para contribuir a la discriminación, estigmatización o injusticia hacia determinados individuos, grupos vulnerables o minorías (Buedo 2021, 75-82; Arizmendi 2023, 237-38).

Si bien el DSM constituye una guía fundamental, se ha reportado su uso en contextos políticos que pueden derivar en prácticas discriminatorias y afectar derechos humanos. Aunque no evalúa en forma directa aspectos como la felicidad o el bienestar subjetivo, sí ofrece criterios de clasificación para trastornos asociados a su alteración, tales como la depresión, la ansiedad y el trastorno de estrés postraumático. Estas clasificaciones se relacionan, además, con procesos de medicalización de la salud emocional y el crecimiento de la industria farmacéutica (IF):

algunos de los responsables en definir los criterios diagnósticos del DSM poseen vínculos con la IF dado que, en

ese caso, ocurriría un conflicto de interés. En estudios relevantes se encontró que 69 % de los que participaron de la elaboración de la última edición del DSM (DSM-5 2013) tienen algún tipo de vínculo con la IF, 21 % más en relación con la anteúltima edición del DSM. En particular, resulta interesante conocer cómo se distribuye este 69 % en aquellos grupos de trabajo que definían trastornos que implican un tratamiento farmacológico como intervención de primera línea, el porcentaje era mayor: 100 % en el grupo de trastornos de sueño-vigilia y 83 % en el panel de trastornos psicóticos (Buedo 2022, 95).

La respuesta a la crisis de salud mental ha sido medicalizar el problema de la depresión. Una solución lucrativa que demuestra conflictos de interés. Pero ¿qué es una crisis? La palabra puede parecer alarmista, sin embargo, implica un momento decisivo en el que se juzga, se elige o se cambia, por eso, al abordar un problema, la toma de decisiones es de suma relevancia. Hoy, igual que desde tiempo atrás, se necesitan respuestas ético-políticas a los problemas, no tecnocientíficas, pues las primeras procuran prudencia, consenso y democracia, aseguran laicidad e imparcialidad para el beneficio de todas las personas. Las segundas tienen antecedentes de prácticas egoístas e insolidarias, pues buscan el beneficio, la oportunidad de negocio, la utilidad, el rédito y el lucro con la salud mental.

La importancia de la salud mental

La salud mental ha obtenido una relevancia notable en los últimos 20 años. Ha sido reconocida como una prioridad mundial en diversos documentos y acuerdos internacionales, a saber:

- Convención de la ONU sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU 2006)⁵
- Grand Challenges in Global Mental Health (Collins et al. 2011)⁶
- Plan de Acción de Salud Mental 2013-2020 de la Asamblea Mundial de la Salud (OMS 2013)⁷
- Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) 2015 (ONU 2015)⁸
- Banco Mundial (BM y OMS 2016)⁹
- Comisiones Lancet sobre Salud Mental Global (Prince et al. 2007 y Patel et al. 2018)¹⁰

En la actualidad, gracias a la bioética y a su perspectiva interdisciplinar, se ve expandido nuestro círculo de consideración moral hacia las diversas expresiones de vida; dichos esfuerzos se inclinan a aplicaciones biocéntricas.¹¹ Las respuestas tecnocientíficas priorizan el rendimiento, la autoexplotación, la utilidad y el rédito sobre la vida humana y no procuran el cuidado ni la salud integral, pues pasan a segundo término.

A nivel global, la depresión afecta a más de 300 millones de personas y es la principal causa de discapacidad, mientras que los trastornos de ansiedad afectan a más de 260 millones de personas.

Cuando miramos el costo por número de muertes humanas por trastorno, el problema se torna en extremo grave: de las personas que se suicidan, 58 % tiene menos de 50 años (International Association for Suicide Prevention 2025). El suicidio asociado a la depresión representa 57.1 %, 800 000 muertes anuales; seguido por 300 000 muertes debido a trastornos por uso de sustancias (21.4 %); 100 000 a trastornos de ansiedad (7.1 %), y 200 000 a otros trastornos mentales (14.3 %). Todas y cada una de ellas tiene relaciones estrechas con nuestro contexto, circunstancias socioculturales y político públicas. Por todo lo anterior, la depresión es un tema de salud pública.

Este asunto político-público, analizado desde este campo de acción y conocimiento, está orientado a prevenir la enfermedad, prolongar la vida y promover la salud mediante esfuerzos organizados de la sociedad, más allá de la atención individual. Se centra en las condiciones sociales, ambientales, económicas y políticas que determinan la salud de las poblaciones. Incluye la vigilancia epidemiológica, la promoción de estilos de vida saludables y el diseño de políticas colectivas. No se limita a

5 Este documento incluye disposiciones sobre la capacidad, la toma de decisiones y el fomento de la investigación. Introduce un cambio de paradigma del modelo *médico* al modelo *social* de la discapacidad y reafirma que todas las personas con cualquier tipo de discapacidad deben disfrutar de todos los derechos humanos y libertades, como la dignidad y la autonomía individual.

6 Subraya la necesidad de que todas las intervenciones de atención y tratamiento, ya sean psicosociales o farmacológicas, cuenten con una base empírica que proporcione a los planificadores de programas, clínicos y responsables políticos paquetes de atención eficaces.

7 Representa un reconocimiento formal de la importancia de la salud mental para los 194 Estados miembros de la OMS. Incluye la necesidad de reforzar los sistemas de información, las pruebas y la investigación para la salud mental.

8 Incluyen la meta 3.4, que establece reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar para 2030.

9 Reconoce la carga que suponen los problemas de salud mental para la sociedad y hace un llamamiento para que la salud mental se convierta en una prioridad de desarrollo mundial.

10 Evaluaron el estado de la cuestión y formularon recomendaciones. La Comisión de 2018 destaca aún más la importancia y el papel del contexto cultural en la configuración de las experiencias y las respuestas a los problemas de salud mental.

11 El término *biocéntrico* hace referencia a una perspectiva ética y filosófica que sitúa la vida —en todas sus formas— como el centro de valor, priorizando el respeto y la preservación de los sistemas vivos por encima sólo de intereses humanos.

curar, sino a crear las condiciones sociales que permitan vivir de manera saludable. Esta concepción subraya el carácter estructural y preventivo de la salud (Winslow 1920).

La depresión, según el NIMH (2024), es un trastorno mental común, pero grave, que afecta en forma negativa cómo una persona se siente, piensa, acciona y maneja sus actividades diarias. No es sólo sentirse triste en ocasiones; sus síntomas son persistentes y pueden interferir de manera significativa en la vida cotidiana. Su diagnóstico y tratamiento no está exento de la yatrogenia, de hecho, a través de la historia, a las personas enfermas mentales se les ha medicalizado, han sido objeto de tortura, tratamientos justificados en prejuicios morales, represión, violencia y opresión; esto ha sido con amplitud documentado por Thomas Szasz en la obra *El mito de la enfermedad mental* (1961), Iván Illich en *Némesis médica* (1975) y Michael Foucault en *La historia de la locura en la época clásica* (1961).

El argumento conjunto es preciso, la medicalización de la vida es una forma de ocultar los malestares y sufrimientos sociales, como la desigualdad o la pobreza; transforma la experiencia de la infelicidad, el sufrimiento y dolor del devenir cotidiano de la vida en patologías individuales que repercuten en yatrogenia, ya que la hegemonía global actual da prioridad a respuestas técnico-científicas y no a respuestas ético-políticas. Bajo estos términos, la perspectiva de Ivan Illich en su obra *Némesis médica* (1975) cobra sentido, pues es una crítica dura al modelo médico hegemónico y a la medicalización de la vida. Illich sostiene que la medicina moderna, lejos de limitarse a curar enfermedades, ha extendido su poder hasta definir lo que es normal y patológico, medicali-

zando experiencias humanas como el sufrimiento, la tristeza o el dolor. Según Illich, esto genera una “yatrogenia social”, es decir, daños provocados por la propia intervención médica y por la dependencia que crea en las personas.

Estos autores muestran que la salud mental, y lo que se considera normal, tiene una interpretación de valor y significado moral, y depende de su situación histórico-social, pues hay una moralización que da como resultado una normalización y legitimidad de la moral que domina el ámbito político-público. La clasificación de las personas justifica su tratamiento para que enaltezcan su salud integral y autonomía o la denigre mediante la medicalización excesiva, encierro involuntario y estigmatización. Al estandarizar y clasificar marcadores que establecen los límites entre la enfermedad y la salud éstos se pueden interpretar por fuerzas que buscan lucrar con la salud humana, tergiversando los patrones conductuales con base en pruebas que no están del todo fundamentadas en evidencia fiable y/o que de forma genuina carezcan de conflictos de interés (Buedo 2021, 102-03).

Hoy en día, la depresión es tratada en su mayoría por el tratamiento hegemónico biomédico que, al no ser atendido de forma adecuada, tiene efectos secundarios por malas prácticas y sobredosis accidentales. Por ello, el Informe Mundial sobre Salud Mental 2023 destaca por sus recomendaciones, las que son retomadas en el Mental Health Atlas 2024. Ambos insisten en que se debe intervenir de una manera en la que los tratamientos sean más acordes a los valores y necesidades específicos de las personas que los necesitan para con ello respetar su autonomía, dignidad y libertad; brindar un trato humano con respeto a sus derechos, no

como una ficción, sino como una experiencia concreta que se experimenta en la realidad. Tanto el Informe como el Atlas documentan la necesidad urgente de las sociedades contemporáneas por generar un cambio real en las circunstancias; una orientación distinta de las prioridades actuales enfocadas en el rédito y el lucro; afirman la necesidad de afrontar el futuro con prudencia y responsabilidad. Es necesario que la toma de decisiones se centre en una perspectiva de valoración más biocéntrica; es decir, que reconozca el valor intrínseco de la vida; que asegure el respeto por la dignidad del paciente, la autonomía y la libertad de las personas, todo esto considerando que:

El suicidio es la causa de más de una de cada 100 muertes en el mundo y por cada muerte por suicidio hay más de 20 intentos de suicidio. El suicidio afecta a personas de todos los países y contextos. A todas las edades, los suicidios y los intentos de suicidio tienen un efecto dominó sobre las familias, las amistades, los colegas, las comunidades y sociedades (OPS 2023, 7).

El negocio de la depresión

Los antidepresivos son medicamentos esenciales en el tratamiento de trastornos mentales, de hecho, es el tratamiento más común y su regulación es un tema no sólo relevante, sino también actual. Para el tratamiento, en el mayor de los casos se medicaliza la vida de las personas con antidepresivos, aunque existen otras alternativas que pueden beneficiarles en su autonomía y su libertad con respeto a su dignidad, sin buscar el rédito o el lucro. La medicalización¹² es

un concepto clave que hace referencia al proceso por el cual una gama cada vez mayor de fenómenos personales y sociales llegan a ser descritos y comprendidos en términos médicos. Se expresan en formas que describen y definen los problemas sociales, utilizando la medicalización para examinar las formas en que se ha utilizado el lenguaje médico para describir una gama cada vez mayor de problemas sociales.

El problema de la depresión es global. Al respecto, *s&s Insider* (2024) indicó que en 2023 el tamaño del mercado de antidepresivos se valoró en 19.92 mil millones de dólares. Se espera que en 2032 su crecimiento sea exponencial a 37.44 mil millones de dólares y crezca 7.66 % en el periodo de 2024 a 2032. Siguiendo el informe de mercado, en gran medida, esta rentabilidad es posible debido a la alta prevalencia de trastornos mentales que va en aumento desde la pandemia de COVID-19, y que ha impulsado la demanda de antidepresivos en general. América del Norte comparte el diagnóstico junto con otros continentes. Este creciente número de afecciones de salud mental —en particular la depresión— y el enfoque en el diagnóstico temprano están aumentando la demanda de atención, lo que presenta una oportunidad rentable para el desarrollo de medicamentos nuevos y avanzados en el mercado, por lo que prolifera más el beneficio del rédito que el cuidado de la salud integral de las personas. Por ejemplo:

La pandemia de COVID-19 ha tenido un gran impacto en la salud mental a nivel mundial, pero en América Latina las tasas de trastornos mentales han au-

12 La medicalización es el proceso por el cual aspectos de la vida cotidiana, experiencias o comportamientos humanos son redefinidos y tratados como problemas médicos, con frecuencia implicando diagnósticos y tratamientos clínicos, incluso cuando su origen es social, cultural o político (Mainetti 2014, 24).

mentado de manera desproporcionada, en un estimado de entre 20 % y 40 %. Esto no se debe a cambios en la neurobiología, aunque sin duda ha afectado al cerebro. Es más probable que esté relacionado con factores externos, como la reducción del acceso a la vivienda, el saneamiento y la seguridad alimentaria. Por ejemplo, los homicidios graves en México, la inflación en Argentina y la revuelta política y la violencia generalizadas en Colombia son factores contextuales perjudiciales para la salud mental (Buedo y Timothy 2024, 1-2).¹³

En 2023, América del Norte —Canadá, Estados Unidos y México— lideró el mercado de antidepresivos con una importante participación en el mercado mundial de alrededor de 40 % (Pappas et al. 2025; Chua et al. 2024; Medina et al. 2023). La sofisticada industria farmacéutica de América del Norte y actores clave del mercado como Pfizer y Eli Lilly facilitó a los pacientes afectados el acceso a diversos medicamentos antidepresivos.

En Europa, las campañas respaldadas por los gobiernos en países como el Reino Unido y Alemania han dado como resultado aumentos significativos en los diagnósticos y tratamientos de trastornos de salud mental. La OCDE también ha hecho público el incremento de sus países miembros en el consumo de antidepresivos en respuesta a las políticas de salud mental y a la demanda de un tsunami creciente desatado a partir de la pandemia de COVID-19 (OCDE 2024). Este aspecto es también con el que lidia Reino Unido que ha decidido modificar su consumo por las crecientes consecuencias de los síntomas de abstinencia y efectos secundarios de los antidepresivos en las personas; todo esto representa una clara yatrogenia global.

La globalización de la depresión

Zygmunt Bauman (2017) considera que la globalización ha producido un mundo polarizado donde el capital y las élites gozan de movilidad sin restricciones, mientras que grandes sectores de la población quedan excluidos, inmóviles o desplazados por la fuerza. Este proceso ha generado inseguridad, precariedad y fragmentación social, al tiempo que ha debilitado los lazos comunitarios y las estructuras tradicionales de solidaridad.

La depresión es un problema que se ha globalizado en Estados que aspiran a ser felices y a prolongar el bienestar mediante diversos esfuerzos positivos (de la Fuente 2012, 588); lo que se ha traducido en políticas públicas y normalización de ciertos patrones de comportamiento (Besley, et al. 2023). De acuerdo con Páez (2015) y Juan Ramón de la Fuente (2012), la globalización se entiende, en sentido amplio, como la expansión y colonización económica, política y cultural de unas hegemonías sobre otras, con profundas repercusiones en la vida cotidiana de las personas y en su salud mental. Este fenómeno tiene sus raíces en la conquista del “Nuevo Mundo”, —eufemismo que refiere al saqueo, explotación de los recursos naturales, cosificación y esclavización de lo que hoy lleva el nombre de continente americano—. Sin embargo, la globalización, tal como se le conoce ahora, se consolidó tras la Segunda Guerra Mundial, impulsada por la caída del liberalismo clásico, el surgimiento del neoliberalismo y la creación de instituciones globales como el Banco Mundial o el Foro Económico Mundial para sortear las crisis económicas recurrentes.

13 Traducción propia.

Siguiendo a Páez (2015), la fase actual de la globalización inició bajo el liderazgo moral de figuras neoliberales como Ronald Reagan o Margaret Thatcher; pero fue impulsado de fondo por Friedrich von Hayek y la Mont Pelerin Society (Higgs 2011). Según Harvey (2007, 26), se trató de “un grupo reducido y exclusivo de apasionados defensores —en su mayoría economistas, historiadores y filósofos— [que] se había aglutinado alrededor del renombrado filósofo austriaco para crear la Mont Pelerin Society”. Estos intelectuales buscaron llevar dicha ideología a la práctica, consolidando la hegemonía del capitalismo y la mundialización de los mercados. De ahí surgió la famosa frase de Margaret Thatcher: “There is no alternative”, refiriéndose a la hegemonía del capitalismo, la mundialización de los mercados y la exaltación del individuo opuesta a la comunidad” (Afarian 2022, 4). Por esta razón sus esfuerzos se concentraban más en sus intereses egoístas como países, que hacia los intereses de aquellos en los que se aplicaba, es decir, en los países del sur, los menos desarrollados, que debían abrirse a los países del norte que querían tener una proporción más importante del comercio y de los negocios, obligando a los primeros a abrirse al mundo industrializado, abierto al control de la ideología y la práctica neoliberal.

El neoliberalismo propuso un proceso de reorganización económica, política y social, que se vio reforzado por un cuerpo normativo que incluía valores constituidos a partir del mercado, como la rentabilidad, la productividad y la competitividad. La conciencia social quedó al margen, se promovió la privatización de las empresas y los servicios, la supresión del Estado benefactor y el fortalecimiento del capital privado (Paéz 2015, 56).

Desde una perspectiva bioética, María Casado (2015) y Paéz (2015) emiten un juicio claro: el neoliberalismo aplicado en el mundo sanitario ha favorecido la privatización de la salud y los conflictos de interés en la investigación, ha convertido a las personas pacientes en consumidores y la salud en mercancía. La medicalización de la vida ha priorizado el rédito económico sobre el cuidado de la salud integral. Por ello, es necesaria una deliberación crítica sobre el abordaje de la depresión en las sociedades neoliberales, pues predomina una óptica reduccionista que se aleja de la visión integral del ser humano.

Una visión integral concibe a la persona como una unidad en la que interactúan dimensiones biológicas, psíquicas, sociales y espirituales. En ese sentido, la salud y la enfermedad no se explican sólo por procesos orgánicos, sino por la articulación entre el cuerpo, la experiencia subjetiva, las relaciones sociales y los significados existenciales. Esta perspectiva amplía el modelo biomédico al reconocer el papel del sentido, los valores y las creencias en el bienestar. Así, el cuidado de la salud exige intervenciones que atiendan de forma simultánea estas dimensiones (Sulmasy 2002).

El enfoque integral de la salud permite una comprensión más humana y ética del proceso de atención, y nos ayuda a identificar que la vida humana puede ser reducida a enfoques que no toman en cuenta la complejidad del ser o su diversidad al ser reduccionistas, pues como nos indican los informes de mercado, así como los bioéticos y los estudios globales, nos encontramos en modelos de sociedad que palian la depresión mientras que gobiernos, corporativos e industrias lucran con ello. Como bien lo indican Peter Conrad (2005) y Ashley Frawley (2015) las experiencias

de cambio que representan signos de malestar e infelicidad y el devenir incontrolable en la vida cotidiana, como la pérdida, el dolor y el sufrimiento, se han convertido en problemas que se están medicalizando, pero, aunque en algunos casos es necesaria en otros se corre el riesgo de tomar un camino incorrecto.

Distintos esfuerzos teóricos han coincidido en el diseño de políticas públicas que, bajo una arquitectura de la decisión, buscan dirigir la conducta humana. Un ejemplo de ello es el concepto de *nudge* propuesto por Richard Thaler y Cass R. Sunstein (2017), que ha sido criticado por fomentar un “paternalismo libertario” que podría vulnerar la autonomía de las personas. Esta tendencia se ve reforzada por la “economía de la felicidad” de Richard Layard (2005) y la incorporación de biotecnologías (Gracia et al. 2022) y aplicaciones tecnocientíficas (Kross et al. 2013). En conjunto, estas herramientas facilitan el examen, diagnóstico y control estandarizado del estado emocional de las poblaciones (Metzler et al. 2022; Kross et al. 2013).

De acuerdo con la UNESCO (2023), el uso de neurotecnologías se está normalizando en diversas áreas del estudio humano y en la delimitación de los estándares de salud. Ante este panorama, el organismo insta a mantener una postura crítica y precautoria debido a los riesgos éticos que estas herramientas implican. De igual manera, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) advierte que la depresión es un problema grave en la salud mental a nivel global; por ello subraya la necesidad de abordar este padecimiento mediante estrategias más incluyentes que mitiguen sus consecuencias en la vida de las personas (OPS 2025).

Algo de “ciencia” y felicidad

Ante este diagnóstico global, los Estados y las industrias se han esforzado por administrar fenómenos como el bajo rendimiento, la ansiedad, la felicidad y la depresión en las poblaciones. Desde finales de los años noventa, han identificado en el bienestar y en la felicidad una respuesta redituable que se presenta como la cura para la crisis de salud mental, progreso y acumulación de riqueza. Al respecto, William Davies (2016) ha demostrado cómo neurocientíficos, economistas y científicos de la felicidad —psicólogos positivos— ofrecen métodos probados de manera científica para incrementar la felicidad, mientras transforman a las personas en productivas, exitosas y saludables. Bajo la lógica de la mejora continua y en el perfeccionamiento encaminados al pensamiento positivo, se proponen gestionar a poblaciones y gobiernos mediante una “higiene de los malos pensamientos” que erradique los trastornos que hacen la realidad infeliz.

Esta perspectiva de la felicidad impulsada por Martin Seligman (2018) ha sido caracterizada por Edgar Cabanas y Eva Illouz (2021, 18) como el brazo armado e ideológico del neoliberalismo. A través de la ciencia de la felicidad, este imperativo radical positivo se ha globalizado; como ejemplo, la colaboración de Seligman con el reino de Bután, que influyó en la Organización de las Naciones Unidas (2011) para incentivar políticas públicas, económicas y sociales en más 150 países desde 2013.

Un mundo feliz

La filósofa francesa Barbara Stiegler (2019), teórica crítica del neoliberalismo, deja claro que en las sociedades

neoliberales el bienestar se convierte en una exigencia adaptativa, y la felicidad en un imperativo. Algo en lo que también coincide la filósofa Sara Ahmed (2019) y el intelectual Byung Chul Han (2023). El sujeto feliz es aquel que se ajusta a las demandas del mercado: motivado ante la autoexplotación, resiliente ante la exigencia de rendimiento, con eficacia emocional ante la marginación y sobreexplotación (Romaní et al. 2024, 83-90). La depresión y su manifestación resistente, contraria el propósito neoliberal, es la expresión más radical de su necropolítica. Sus exigencias obligan al sujeto a que sea capaz de autorregularse aun en circunstancias precarias, contextos de injusticia y desigualdad donde “no hay experiencia más alienante que sufrir en silencio mientras el mundo te exige sonreír” (Lazo 2025, 1).

Todo lo anterior hace posible la creación de instrumentos de diagnóstico diseñados para traducir, medir y estandarizar el placer, la felicidad, el sufrimiento y el dolor a escala global, con el propósito de erradicar los “malos pensamientos”. No obstante, este esfuerzo por promover una verdad científica sobre la felicidad y el bienestar ha fracasado hasta el momento al tratar de universalizar la diversidad y complejidad humana (Burke 2021, 1).

De este modo, tanto la psicología positiva como la economía de la felicidad —traducida en arquitecturas de acción— pretenden potenciar nuestras capacidades para poder ir más allá, con fines de progreso y enriquecimiento, control, poder y dominio. Y, en la medida de lo posible, establecer una higiene del suicidio, la depresión, la ansiedad, el sufrimiento y la infelicidad mediante el examen global de las poblaciones y con ayuda de diversos instrumentos biotecnológicos, neurológicos y científicos

(Verified Market Reports 2023). Todo este cúmulo de esfuerzos comparte el mismo horizonte y aspira a la creación de paraísos artificiales, el mismo ideal que persigue el transhumanismo (Pearce 2007). Lo anterior implica erradicar el malestar, abandonar la vida humana como la conocemos, es decir, inesperada, sufriente, azarosa, contradictoria y contingente (Han 2022, 90).

¿Un estado terapéutico perpetuo?

Las sociedades actuales representan modelos de un Estado terapéutico. Un concepto crítico que describe una forma de control estatal en la que las instituciones políticas y médicas se entrelazan para justificar la coerción y la vigilancia en nombre de la “salud mental” o el “bienestar psicológico”. Este concepto fue desarrollado por Thomas Szasz (1974) y se caracteriza por usar el lenguaje y las prácticas médicas —en su mayoría psiquiátricas— para intervenir en la vida de las personas, no para curarlas de forma voluntaria, sino para controlar su conducta, determinar su manera de ser mediante diagnósticos, tratamientos forzados y confinamientos.

Hoy podemos hacer una comparación de cómo el Estado terapéutico reemplaza la responsabilidad individual por una noción de enfermedad mental que exime de culpa y permite al Estado actuar como “sanador obligatorio”, incluso a veces sin el consentimiento del individuo. Por su parte, el Estado neoliberal practica una necropolítica para lidiar con la depresión resistente, en tanto elude y palia el problema de fondo. Hoy en día, las instituciones proveen los psicofármacos como tratamiento principal, consolidando un mercado en potencia redituable, por lo que

la necropolítica podría definirse como una suerte de contrabiopoder ligado, sin duda, al concepto de neocapitalismo, tal y como lo entiende Sayak Valencia en su ensayo “Capitalismo gore”; es decir, al capitalismo contemporáneo, que organiza sus formas de acumulación de capital como un fin absoluto que prevalece por encima de cualquier otra lógica o meta-narrativa (Mbembe 2011, 15).

En este sistema, la psiquiatría y la psicología dejan de ser profesiones médicas autónomas y se convierten en una herramienta política que soluciona la depresión por medio de una salida útil y redituable, proporcionada por la industria farmacéutica, la cual responde a esta demanda con una oferta que no soluciona el problema, sino que lo complica y cuyo proceso tiene repercusiones graves. El poder médico se convierte en poder estatal, y la disidencia o comportamiento no normativo, o contrario a la versión hegemónica, debe ser patologizado. Un ejemplo claro es la homosexualidad.¹⁴

Siguiendo a De Van (2022), el concepto de Estado terapéutico denuncia que el trauma y el sufrimiento psíquico son instrumentalizados por el Estado y, hoy en día, también por la industria y corporativos privados. Dichas entidades lucran con la salud mental para justificar políticas de utilidad, rendimiento económico y control social, valiéndose de la reeducación emocional en pos de la felicidad o el bienestar, bajo el pretexto de proteger o curar a la ciudadanía. En definitiva, es una forma moderna y encubierta de autoritarismo, disfrazada de cuidado y tratamiento

médico psiquiátrico y psicológico. En el caso de la depresión resistente, la regulación de la práctica médica, el diagnóstico y la atención a pacientes debe orientarse hacia un análisis bioético que respete los valores fundamentales (Hincapié y Medina 2019) ante el consumo exacerbado de antidepresivos como solución primaria. El propósito es garantizar que su uso no cause efectos adversos a la población, y que tanto su distribución como su desarrollo respeten principios como la dignidad humana, la justicia y la autonomía, valores que constituyen los pilares de los derechos humanos (Santillán 2023, 354-55).

Antes del desarrollo de fármacos específicos, los trastornos depresivos se trataban mediante intervenciones comunitarias hoy considerados rudimentarios, tales como la hidroterapia, el uso de opiáceos, y procedimientos físicos como las terapias de choque o electroconvulsivas.

La historia de los antidepresivos refleja tanto avances científicos como transformaciones culturales y prejuicios morales en la comprensión, diagnóstico y tratamiento de la locura, el dolor, el sufrimiento y la infelicidad, procesos que, en tiempos más recientes, se han volcado hacia el abordaje de trastornos mentales como la depresión (Santillana 2021, 18). Este desarrollo ha crecido de manera exponencial desde 1950. Si bien las prácticas tradicionales predominaron hasta mediados del siglo xx, en la actualidad existen alternativas que se distancian de las hegemónicas.

14 La homosexualidad fue medicalizada como trastorno psiquiátrico desde el siglo xix, incluida en el DSM hasta 1973 y en la CIE de la OMS hasta 1990. Aunque despatologizada de manera oficial, aún persisten formas de medicalización como las “terapias de conversión”. Además, en más de 60 países sigue criminalizada, y en al menos 11 puede conllevar la pena de muerte (ILGA World 2024).

Sí existen alternativas

Paola Buedo,¹⁵ bioeticista argentina con enfoque feminista, propone una perspectiva integral en salud mental. Su planteamiento integra información valiosa sobre tratamientos alternativos frente al diagnóstico de trastornos situados en el Modelo Médico Hegemónico¹⁶ (MMH). Ese concepto fue formulado por el médico y antropólogo argentino Eduardo Menéndez para referirse a la forma dominante de atención médica estructurada según los principios de la biomedicina occidental. Ésta se caracteriza por una racionalidad técnico-científica que enfatiza la enfermedad como entidad biológica y tiende a invisibilizar los determinantes sociales y culturales del sufrimiento. Al respecto, Buedo posee un enfoque de análisis ético y de justicia social valioso “aunque no abundan las propuestas de este orden, aquí destaco las tres que podrían ser consideradas más importantes en términos de reconocimiento académico, de fundamento científico y utilidad clínica” (Buedo 2022, 106). Dichas propuestas buscan un enfoque integral: la salud mental comunitaria, la rehabilitación social y el enfoque humanista. Estas propuestas han dado resultados benéficos porque reconocen al individuo como ser vivo inserto en su entorno social, cultural, natural y emocional. Abordan la depresión más allá del síntoma aislado: integran cuerpo, mente, relaciones, sentido y ambiente. Se describen y ejemplifican a continuación:

1. Salud mental comunitaria

La salud mental comunitaria concibe el sufrimiento psíquico no sólo como un trastorno individual, sino como un fenómeno situado social e histórico. Este enfoque parte de la premisa de que la salud mental se construye en la vida cotidiana: en los vínculos, el trabajo, la vivienda, la participación social y el acceso efectivo a los derechos. Consiste en:

- Descentralizar la atención del hospital psiquiátrico hacia la comunidad.
- Priorizar la prevención, la promoción del bienestar y el acompañamiento continuo.
- Trabajar con redes comunitarias, familias, colectivos y organizaciones locales.
- Reconocer a la persona como sujeto de derechos, no como objeto de intervención.
- Desde una lectura bioética y política, la salud mental comunitaria desactiva lógicas necropolíticas, al oponerse al abandono, la exclusión y la gestión utilitarista del sufrimiento.

2. Rehabilitación social

Se enfoca en la restitución de la vida social y simbólica de las personas que han experimentado sufrimiento psíquico severo o crónico, en especial cuando han sido institucionalizadas, medicalizadas o estigmatizadas. Se caracteriza por:

15 Medica e investigadora en el Programa de Bioética de Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (Flacso) Argentina y en el Instituto de Historia y Ética de la Medicina de la Universidad Técnica de Múnich (TUM).

16 Menéndez propuso este concepto en el contexto de la medicina social latinoamericana para cuestionar el reduccionismo biologicista de los sistemas de salud y señalar cómo este modelo reproduce relaciones de poder, exclusión y medicalización de la vida cotidiana. Su aplicación crítica permite analizar no sólo las prácticas médicas institucionales, sino también los dispositivos de saber-poder que configuran el campo de la salud en América Latina.

- Recuperar la autonomía funcional y relacional.
- Facilitar el acceso al trabajo, educación, vivienda y participación social.
- Reducir el impacto del estigma y la exclusión.
- Promover procesos de desinstitucionalización y vida independiente.
- No busca “normalizar” al sujeto, sino reconstruir condiciones de posibilidad para una vida digna, reconociendo que la exclusión es muchas veces más incapacitante que el padecimiento mismo.

3. Enfoque humanista

El enfoque humanista coloca en el centro la dignidad, la experiencia vivida y la subjetividad de la persona. Rechaza la reducción del sufrimiento a un desequilibrio químico o a un déficit individual, y lo comprende como una experiencia con sentido existencial, emocional y ético. Se distingue por:

- Priorizar la escucha, el diálogo y la relación terapéutica.
- Respetar la autonomía y la toma de decisiones informada.
- Reconocer el valor del malestar como expresión humana, no sólo como patología.
- Fomentar procesos de cuidado basados en la empatía, la corresponsabilidad y el acompañamiento.

Desde la bioética, este enfoque se alinea con principios como autonomía relacional, justicia y el respeto por el valor intrínseco de la vida. En conjunto, estas propuestas desplazan la lógica del control y la medicalización hacia el cuida-

do y la corresponsabilidad. Reconocen que el sufrimiento mental tiene raíces sociales, políticas y culturales; buscan restituir la vida digna y no sólo reducir síntomas. De este modo, funcionan como alternativas críticas frente al Estado terapéutico y la necropolítica neoliberal. Por esta razón, siguiendo a Buedo y Timothy Daly (2024) estas propuestas propician una autonomía relacional como enfoque necesario para la atención ética. Se trata de un ejercicio de libertad que parte de la responsabilidad e implica la agencia activa y la inclusión del paciente, a través de prácticas que potencian recursos personales y comunitarios para la toma de sus decisiones. Así, se evitan los reduccionismos tecnocientíficos y la medicalización excesiva, alineándose con propuestas bioéticas críticas.

Un enfoque feminista

Desde la mirada contemporánea de la salud mental desarrollada por Florencia Luna y Paola Buedo, el padecer no se reduce a un conjunto de síntomas clínicos ni a una disfunción individual, por el contrario, se comprende como una experiencia situada, atravesada por condiciones sociales, relaciones de poder y contextos de vulnerabilidad estructural. El padecimiento expresa una forma de estar en el mundo en la que el sufrimiento psíquico se entrelaza con desigualdades, exclusiones y expectativas normativas sobre lo que se considera una vida “saludable”. En este sentido, atender el padecer implica desplazar el foco desde la mera corrección terapéutica hacia el reconocimiento ético de la experiencia vivida, incorporando la voz de quienes sufren y las condiciones sociales que hacen posible —o perpetúan— dicho sufrimiento.

Esta perspectiva cuestiona los enfoques reduccionistas y refuerza una concepción de la salud mental comprometida con la justicia social y los derechos humanos.

Autonomía relacional

Desde la bioética feminista, es clara la necesidad de transformar el abordaje del sufrimiento mental para alejarse de los modelos en exclusiva biomédicos. Esta perspectiva promueve alternativas que consideren la dimensión ética, política y social del individuo frente a lógicas de utilidad y rendimiento, como ocurre con el uso predominante de antidepresivos (Davies 2007, 62). Desde esta perspectiva, la bioética aporta un concepto clave que podemos emplear para visibilizar el problema y las causas de su medicalización: la autonomía relacional. Dicha noción propone una toma de decisiones compartidas y reconoce que la capacidad de decisión de una persona está influenciada por sus vínculos, inmersos en contextos políticos y socioculturales. En consecuencia, los tratamientos deben considerar las interacciones y los apoyos sociales del paciente, no centrarse sólo en su individualidad.

Partiendo de un planteamiento postulado de forma original por Luna (2024), la autora, en conjunto con Buedo utiliza la metáfora de las “capas de vulnerabilidad” para describir cómo diversos factores socioculturales —como el género, la edad, la situación económica y la pertenencia étnica— pueden afectar la autonomía y la salud integral de una persona (Buedo y Luna 2021). Esta perspectiva enfatiza la necesidad de abordajes clínicos que reconozcan y aborden estas múltiples dimensiones de vulnerabilidad. En sintonía con lo anterior, la bioética feminista (Buedo 2022)

cuestiona la tendencia a medicalizar el sufrimiento mental sin considerar sus raíces sociales y culturales, proponiendo que los tratamientos deben ir más allá de la prescripción de psicofármacos.

Es fundamental optar por alternativas naturales que eviten la dependencia y no generen adicción, priorizando siempre el uso responsable e informado. Un ejemplo de ello es el uso de plantas medicinales para sustituir las benzodiazepinas en el tratamiento del insomnio o la ansiedad; esta práctica ha sido sometida a revisión y muestra resultados satisfactorios avalados por la evidencia (Buedo y Giagante 2015, 21-27). Asimismo, existen alternativas terapéuticas a los antidepresivos convencionales que han sido comprobadas por la ciencia mediante revisiones sistemáticas y metaanálisis de alto impacto en la literatura médica. El uso del *Hypericum perforatum* ha sido evaluado en múltiples estudios —como los realizados por Klaus Linde et al. (2005) y Elif Apaydin et al. (2016)— en los cuales se concluye que esta planta es de forma significativa más eficaz que el placebo y tan efectiva como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina en casos de depresión leve a moderada, con una menor incidencia de efectos adversos. De manera similar, el azafrán, según metaanálisis de Heather Hausenblas et al. (2013) y Lili Dai et al. (2020), ha mostrado efectos comparables a los antidepresivos tradicionales y una eficacia superior al placebo, confirmando su potencial como tratamiento seguro y efectivo. Dichos estudios confirman la existencia de alternativas respaldadas por evidencia científica rigurosa, capaces de complementar o sustituir el abordaje farmacológico estándar de la depresión, en especial en sus cuadros leves o moderados.

La bioética propone una crítica responsable, pero también ofrece alternativas prudentes ante la priorización del libre mercado, la mercantilización, el rendimiento, la utilidad y el lucro con la salud que hacen, por ejemplo, las industrias farmacéuticas y grandes corporaciones que priorizan el rédito y no el cuidado. El progreso será benéfico si se van incorporando enfoques que aborden las causas subyacentes del malestar, esto significa una ampliación del círculo de consideración moral hacia contextos que desconocemos de las personas, sus condiciones y circunstancias particulares. Es necesario desarrollar modelos de atención que prioricen la comunidad y las relaciones sociales. Esto incluye fomentar redes de apoyo, promover la participación del paciente en su tratamiento, incluir a personas que fueron pacientes y han logrado recuperar su salud integral, así como considerar las dinámicas sociales que influyen en su salud mental.

Las perspectivas feministas han integrado la neuroética para enriquecer la comprensión de la salud mental. Esto implica reconocer cómo las desigualdades de género y los avances en neurociencia pueden informar y formar prácticas más éticas y efectivas en el tratamiento de trastornos mentales. Desde un enfoque bioético es necesaria una reconfiguración de los tratamientos en salud mental, abogando por enfoques que integren la ética, la dimensión social y la participación del paciente, priorizando el respeto a la dignidad de las personas, la autonomía y el valor intrínseco de la vida humana.

El valor intrínseco de la vida

Los diagnósticos del Mental Health Atlas 2024, el Informe Mundial sobre

la Salud Mental 2023 y el Global Forum on Bioethics in Research (GFBR) del 2021 coinciden con la necesidad de entender la autonomía como una facultad relacional; es decir, común y colectiva. Dichos documentos invitan a profesionales, expertos y comunidades a repensar las estrategias de atención, priorizando cambios reales prácticos en los contextos y circunstancias, y apelando también a complementación con enfoques de prevención. Resulta imperativo mejorar las condiciones y la calidad de vida, interviniendo en factores socioculturales como la desigualdad, la injusticia y el limitado acceso a los servicios de salud mental. Al día de hoy, la deficiente calidad de los servicios, los elevados costos en el sector privado y la casi nula inversión pública impiden la promoción de información oportuna para evitar daños. Estos obstáculos dificultan la generación de conciencia sobre los cambios estructurales necesarios para la exigencia de los derechos humanos y la defensa de la dignidad: el valor intrínseco de la vida humana.

Un ejemplo claro de la exigencia al valor intrínseco de la vida —reconocido en todo el mundo— es la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (2006). Este documento de la UNESCO establece los principios éticos para la investigación científica y el uso de la tecnología en la medicina y las ciencias de la vida. Su propósito es salvaguardar el derecho a la salud y la dignidad, sin omitir el respeto por las personas, la solidaridad, la privacidad, la diversidad y la confidencialidad. Existen documentos y acuerdos internacionales en bioética y derechos humanos que cuestionan y regulan la expansión de la medicina en áreas susceptibles de vulnerar, como la autonomía, la dignidad y los derechos de las personas.

Este imperativo ético de protección está plasmado en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (Ramírez y Pallares 2011, 3-9; Páez 2015, 121-22). Los valores que fundamentan dichos documentos están legitimados por múltiples tratados internacionales y simbolizan un compromiso global con la defensa de la vida. Por esta razón, su cumplimiento constituye una necesidad imperativa que debe atenderse en el presente, promoviendo prácticas más inclusivas y contextualizadas. Dichas acciones deben adecuarse a las condiciones específicas de cada región para resolver sus necesidades particulares y mitigar las desigualdades e injusticias que las atraviesan.

Según el GFBR (2022), en muchos países de ingresos bajos y medianos, menos de 2 % del presupuesto de salud se destina a salud mental. En la actualidad, los trastornos de salud mental no tratados representan 13 % de la carga mundial total de morbilidad. Por otro lado, se estima que 75 millones de personas vivirán con demencia para 2030, cifra que aumentará a 131.5 millones para 2050. En términos generales, una de cada ocho personas tiene un problema de salud mental; de hecho, 80 % de las personas susceptibles de sufrir problemas de salud mental a lo largo de su vida proceden de países de renta baja. Se calcula que 75 % de los problemas de salud mental se originan entre los 15 y 24 años. En ese sentido, existe una brecha de tratamiento que se refiere al porcentaje de individuos que requieren atención, pero no lo reciben por diversos motivos. Este término implica una connotación médica y sugiere que la ausencia de intervención biomédica es la principal carencia, lo que excluye enfoques de atención psicológica, comunitaria y social que podrían ser más valiosos

y eficaces. Hoy en día, más de 71 % de las personas no recibe atención oportuna que prevenga los trastornos mentales; asimismo, se carece de personal distribuido de manera estratégica para informar y brindar atención integral.

La depresión es un problema de salud pública que, si bien contempla diversos elementos médicos, abarca ámbitos personales, sociales y culturales. Al respecto, Ann Cvetkovich (2012) sostiene que la depresión no debe entenderse de forma exclusiva como una enfermedad médica, sino como una respuesta social, cultural y política a condiciones estructurales como el capitalismo, el racismo, el sexismo y la homofobia. En ese sentido, la depresión puede ser pensada como un “sentimiento público”, es decir, como una forma de malestar colectivo que refleja experiencias históricas compartidas de precariedad, exclusión o trauma. Bajo esta premisa, los profesionales de la salud tienen la responsabilidad de proporcionar información objetiva y facilitar que los pacientes tomen sus propias decisiones, brindado apoyo en todas las dimensiones derivadas de dicha autonomía. El valor intrínseco de la vida constituye el valor “fundamental”, precisamente porque sobre la existencia física se apoyan y se desarrollan todos los demás valores de la persona; éstos, a su vez, se extienden hacia otras expresiones de vida, reflejando el vínculo entre seres humanos, así como la relación que mantenemos con la naturaleza y la alteridad.

Los hechos y resultados mostrados a lo largo de este texto demuestran que existe una clara estigmatización que impulsa la discriminación y el abuso contra las personas cuya salud mental es clasificada o calificada como vulnerable. Debido a la necropolítica neoliberal aplicada en los Estados terapéuticos

—donde predomina una percepción social negativa sobre los trastornos y sobre quienes los padecen— se profundiza el estigma y la atención institucional es precaria. El diagnóstico que ofrecen informes y reportes globales coincide en que las sociedades actuales no han invertido ni asignado los recursos para combatir con éxito el problema de la depresión. Sólo se ha eludido y paliado lo que está costando billones de dólares a la economía global; sobre todo millones de vidas humanas debido a la gestión práctica y la necropolítica neoliberal. Hoy más que nunca es indispensable priorizar el cuidado de la vida humana y su salud mental más que el rédito, la acumulación de riqueza, la utilidad o la maximización y mejora exponencial de las capacidades humanas.

Conclusión

La bioética se constituye como una herramienta para la democracia cuando el contexto exige la toma responsable y prudente de decisiones frente a problemas político-públicos. No es sólo un ejercicio intelectual o clínico, sino una herramienta política y ética al servicio de la democracia y la emancipación sobre el control y dominio ciego de las expresiones de vida. Su objetivo es asegurar que el desarrollo científico y tecnológico, así como sus intervenciones, no sean antropocéntricos y se subordinen siempre a la realización concreta de los derechos humanos, la justicia social, la participación ciudadana, y el cuidado y conservación de todas las expresiones de vida y alteridad.

Aplicada a la salud mental, la necropolítica describe cómo decisiones políticas y económicas producen una exposición diferencial al sufrimiento y a la muerte autoinfligida: austeridad presupuestal, la criminalización del males-

tar, la militarización, la racialización del acceso y la medicalización tecnocrática sustituyen cuidados comunitarios y condiciones de vida digna. Este entramado cronifica depresión y distimia, fomenta la desesperanza y aumenta el riesgo de suicidio, en especial en poblaciones precarizadas (Mbembe 2011; Rose 2007). Siguiendo a María Casado (2015), en un mundo globalizado y gobernado por las ambiciones del mercado, la bioética debe proteger a las personas frente a la cosificación, la instrumentalización, la estigmatización, la desigualdad y la exclusión, abordando la depresión como un problema tanto local como global.

En nuestra realidad globalizada y neoliberal, la normalidad está abierta a la modificación médica; los individuos son redefinidos como portadores de riesgos conductuales, neuronales o emocionales, mientras la política de la salud se convierte en una gestión del cerebro, de las emociones y el afecto. Los Estados terapéuticos privatizan los discursos emocionales y cosifican la salud mental mediante el uso de tecnologías de la vida que, en mala praxis, han sido utilizadas para excluir, discriminar, controlar o lucrarse. Al respecto, Nikolas Rose (2007) señala que esto puede conducir a una psiquiatrización generalizada de la vida cotidiana, donde los malestares sociales son tratados como trastornos mentales y se abordan con intervenciones farmacológicas o conductuales. La bioética en este contexto se vuelve esencial para defender lo humano y la naturaleza desde una perspectiva crítica, equitativa y en profundidad democrática (Pérez y Rivero 2006, 23-27).

La depresión se perfila, hoy y hacia el futuro, como la forma hegemónica de incapacidad. Constituye hoy un problema global en profundidad medicalizado y, como señala Davies (2007,

73): “cuando los positivistas tratan de captar y cuantificar el problema inmensurable de la infelicidad, constatan que sus causas son mucho más profundas que lo que la política económica o médica podría calcular o aliviar”. Su diagnóstico, con frecuencia impreciso y reduccionista, no sólo tiende a patologizar el sufrimiento humano, sino que, al abordarse en exclusiva con paliativos farmacológicos, puede derivar en cuadros resistentes como la distimia. Este fenómeno, lejos de ser una simple recaída clínica, puede entenderse como una manifestación del fracaso del modelo hegemónico, e incluso como una expresión necropolítica, en la medida en que gestiona qué vidas merecen ser vividas y cuáles pueden ser abandonadas.

La medicalización de la vida, en este contexto, no sólo produce dependencia y estigmatización —instaurando una institucionalización de violencia estructural—, sino que posibilita condiciones que incentivan el riesgo de trastornos como la depresión. Frente a esta lógica, emergen alternativas biocéntricas que abogan por la salud integral, lo cual implica comprender el sufrimiento psíquico desde sus condiciones sociales, históricas y existenciales. Si se entiende la bioética como una disciplina orientada al análisis crítico y a la reflexión sistemática sobre las prácticas relacionadas con la salud y las intervenciones tecnocientíficas sobre la vida, entonces el abordaje de este problema adquiere un valor sustancial y urgente.

Referencias

- Afarian, Jorge Rubén. 2022. “El neoliberalismo reprime el dolor, ¿y qué más?: Notas sobre La sociedad paliativa de Byung-Chul Han”. *Ciencia, Docencia y Tecnología* 33 (64). <https://doi.org/10.33255/3364/1167>
- Ahmed, Sara. 2019. *La promesa de la felicidad: una crítica cultural al imperativo de la alegría*. Caja Negra Editora.
- Apaydin, Elif A., Andrea R. Maher, Richard Shanman, Mary S. Booth, John N. Miles y Macy E. Sorbero. 2016. “A systematic review of St. John’s wort for major depressive disorder”. *Systematic Reviews* 5, 148. <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0325-2>
- Arguedas, Gabriela, Flavio Gallardo Aceves, Héctor Augusto Mendoza Cárdenas, Ana Georgina Alba Betancourt, María de Jesús Medina Arellano. 2022. “Biopolítica, genética y propiedad sobre el cuerpo. Enseñanza Transversal” en *Bioética y Bioderecho. Cuadernos Digitales de Casos. Instituto de Investigaciones Jurídicas*. Consultado el 13 de abril de 2026. <http://ru.juridicas.unam.mx/xmlui/handle/123456789/59669>
- Arizmendi Mar, Paula. 2011. “La nueva experiencia dolorosa: Un acercamiento a los sentidos del dolor en las sociedades contemporáneas”. *Revista Tales* 4: 229-39. Consultado el 14 de abril de 2026. https://revistatales.files.wordpress.com/2012/05/229_nro4nro-4.pdf
- Arizmendi Mar, Paula. 2014. “Pensar el dolor. Aproximaciones a una algodicea contemporánea”. Tesis doctoral, Universitat de Barcelona. <https://scispace.com/pdf/pensar-el-dolor-aproximaciones-a-una-algodicea-contemporanea-4bd1ue6vgr.pdf>

- Arizmendi Mar, Paula. 2023. *Lógicas del dolor. Introducción a una algodicea contemporánea*. Tirant Lo Blanch.
- Banco Mundial y Organización Mundial de la Salud. 2016. "Out of the Shadows: Making Mental Health a Global Development Priority". BM. Consultado el 7 de junio de 2026. <https://www.worldbank.org/en/events/2016/03/09/out-of-the-shadows-making-mental-health-a-global-priority>
- Bauman, Zygmunt. 2017. *La globalización. Consecuencias humanas*. Fondo de Cultura Económica.
- Belsky, Jay, Charles R. Jonassaint, Michael Pluess, Michael Vicente Stanton, Beverly Brummett y Redford Williams. 2009. "Vulnerability genes or plasticity genes?". *Molecular Psychiatry* 14 (8): 746-54. <https://doi.org/10.1038/mp.2009.44>
- Besley, Timothy, Joseph Marshall y Torsten Persson. 2023. "Well-being and state effectiveness". En *World Happiness Report 2023*, editado por John F. Helliwell, et al. Sustainable Development Solutions Network. Consultado el 14 de abril de 2026. <https://worldhappiness.report/ed/2023/well-being-and-state-effectiveness/>
- Buedo, Paola. 2021. "Bioética feminista: un marco para pensar la autonomía en salud mental". *Revista Redbioética/UNESCO* 1 (23): 13-18. Consultado el 26 de abril de 2026. <https://redbioetica.com.ar/wp-content/uploads/2022/02/RevistaBioetica23.pdf>
- Buedo, Paola. 2022. *Ethos mental. Bioética para repensar la salud mental*. Prometeo Libros.
- Buedo, Paola y Carina Gigante. 2015. "Utilización de plantas medicinales como alternativa a las benzodiazepinas: revisión bibliográfica". *Archivos de Medicina Familiar y General* 12 (2): 21-27. Consultado el 14 de abril de 2026. <https://revista.famfyg.com.ar/index.php/AMFG/article/view/73>
- Buedo, Paola y Pedro Silberman. 2016. "Análisis contextual-relacional del sujeto: Herramienta para la entrevista psiquiátrica". *Interdisciplinaria* 33 (2): 251-65. Consultado el 26 de abril de 2026. https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1668-70272016000200004&lng=es&tlng=es
- Buedo, Paola y Pedro Silberman. 2024. "¿Cómo incluir a la bioética en las carreras de medicina con currículas innovadoras?". *Investigación en Educación Médica* 13 (51): 109-16. <https://doi.org/10.22201/fm.20075057e.2024.51.24589>
- Buedo, Paola y Timothy Daly. 2024. "A contextual understanding of the high prevalence of depression in Latin America". *The Lancet Regional Health-Americas* 32: 100717. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2024.100717>
- Buedo, Paola y Timothy Daly. 2024a. "Strengthening autonomy in mental health care through a relational approach". *Nature Mental Health* 2 (11): 1271-72. <https://doi.org/10.1038/s44220-024-00337-8>
- Burke, Jolanta. 2021. "Why some people find it harder to be happy." *The Conversation*, 26 de noviembre 2021. <https://theconversation.com/why-some-people-find-it-harder-to-be-happy-171692>
- Cabanas, Edgar y Eva Illouz. 2019. *Happycracia: Cómo la ciencia y la industria de la felicidad controlan nuestras vidas*. Paidós.
- Campbell, Sue. 2000. "Catriona Mackenzie and Natalie Stoljar, Relational

- Autonomy: Feminist Perspectives on Autonomy, Agency, and the Social Self. New York, Oxford University Press, 2000". *Hypatia* 17 (2): 165-68. <https://doi.org/10.1017/S0887536700012599>
- Casado, María. 2015. *Bioética, derecho y sociedad*. Trotta.
- Casado, María. 2016. "Bioética y derechos humanos: sobre la bioética como herramienta para la democracia". *IUS ET VERITAS*, 24 (53): 172-80. <https://doi.org/10.18800/iusteveritas.201701.010>
- Centro John M. Eisenberg de Decisiones Clínicas y Ciencias de la Comunicación. 2012. "Terapias para la depresión resistente a tratamiento: Revisión de las investigaciones". En *Las Guías Sumarias de los Consumidores*. Rockville (MD): Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención Médica. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK99146/>
- Collins, Pamela Y., Vikram Patel, Sarah S. Joestl, Dan Chisholm, Thomas R. Insel, Abdallah S. Daar, et al. 2011. "Grand challenges in global mental health." *Nature* 475 (7354): 27-30. <https://doi.org/10.1038/475027a>
- Comisión Nacional de Bioética (Conbioética). 2023 "Vulnerabilidad: la metáfora de las capas. Dra. Florencia Luna". Comenta Jennifer Hincapie Sanchez. Video de YouTube, 2:05:32. 28 de marzo de 2023. <https://www.youtube.com/watch?v=qLmBLogocFY>
- Comisión Nacional de Bioética (Conbioética). 2023a. "Autonomía relacional. Dra. Paola Buedo". Video de YouTube, 30:44. 5 de julio de 2023. <https://www.youtube.com/watch?v=j0Rl3C5m888>
- Conrad, Peter. 2007. *The Medicalization of Society: On the transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*. Johns Hopkins University Press.
- Cvetkovich Ann. 2012. *Depression: A Public Feeling*. Duke University Press. <https://doi.org/10.1215/9780822391852>
- Dafermos, Manolis. 2024. "Discussing the concept of crisis in cultural-historical activity research: A dialectical perspective." *Human Arenas* 7 (2): 273-92. <https://doi.org/10.1007/s42087-022-00289-4>
- Dai, Lili, Lingyan Chen y Wenjing Wang. 2020. "Safety and efficacy of saffron (*Crocus sativus* L.) for treating mild to moderate depression. A systematic review and meta-analysis". *Journal of Nervous and Mental Disease* 208 (4): 269-76. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001118>
- Davies, William. 2007. "La economía política de la infelicidad". *New Left Review* 71: 59-73. Consultado el 14 de abril de 2026. <https://newleftreview.es/issues/71/articles/william-davies-economia-politica-de-la-infelicidad.pdf>
- Davies, William. 2016. "Sean felices a toda costa. Psicólogos, economistas y neurocientíficos buscan formas para medir el bienestar emocional". *El País*, 14 de octubre. https://elpais.com/cultura/2016/10/05/actualidad/1475679821_086990.html
- Davies, William. 2016a. *La industria de la felicidad: Cómo el gobierno y las grandes empresas nos vendieron el bienestar*. Malpaso Ediciones.
- De la Fuente, Juan Ramón y Gerhard Heinze. 2018. *Salud mental y medicina psicológica*. McGraw Hill.
- De la Fuente, Juan Ramón. 2012. "Impactos de la globalización en la salud mental". *Gaceta Médica de Méxi-*

- co 148 (6): 586-90. Consultado el 14 de abril de 2026. https://www.anmm.org.mx/GMM/2012/n6/GMM_148_2012_6_586-590.pdf
- De la Fuente, Ramón y Francisco Javier Álvarez. 2015. *Biología de la mente*. Fondo de Cultura Económica.
- De Siqueira, José Eduardo. 2001. "El principio de responsabilidad de Hans Jonas". *Acta Bioethica*, 7 (2): 277-85. <https://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2001000200009>
- De Van Rivero, Vincent. 2022. "La campaña del Dr. Thomas Szasz contra la coacción psiquiátrica y el 'Estado terapéutico'". *Mises Wire*. Mises Institute, 22 de marzo de 2022. <https://mises.org/es/mises-wire/la-campana-del-dr-thomas-szasz-contrala-coaccion-psiquiatrica-y-el-estado-terapeutico>
- Della Vedova, María Nair. 2021. *Hacia un consentimiento informado relacional*. Tesis de maestría, FLACSO, Argentina. <http://hdl.handle.net/10469/18677>
- Domecq Gómez, Yoandra, Josué Freire Soler, Odalis Querts Méndez y Juan Lorenzo Columbié Reyes. 2020. "Consideraciones actuales sobre la iatrogenia". *MEDISAN* 24 (5): 906. Consultado el 14 de abril de 2026. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=99811>
- Ehrenreich, Barbara. 2011. *Sonríe o muere. Cómo el pensamiento positivo engañó a Estados Unidos y al mundo*. Turner.
- Escalante Gonzalbo, Fernando. 2016. *Historia mínima del neoliberalismo*. El Colegio de México-Turner.
- Estévez, Ariadna. 2020. "Biopolítica y necropolítica: ¿constitutivos u opuestos?" En *Necropolítica y migración en la frontera vertical mexicana. Un ejercicio de conocimiento situado*, editado por Amarela Varela Huerta, Universidad Nacional Autónoma de México-Instituto de Investigaciones Jurídicas. Consultado el 21 de abril de 2026. <https://biblio.juridicas.unam.mx/bjv/detalle-libro/6164-necropolitica-y-migracion-en-la-frontera-vertical-mexicana-un-ejercicio-de-conocimiento-situado>
- FLACSO Argentina. 2023. "Presentación del libro Ethos Mental: Bioética para re-pensar la salud mental de Paola Buedo". Video de YouTube, 1:40:40. 21 de junio de 2023. <http://www.youtube.com/watch?v=-rvwhoUf0RE>
- Foucault, Michel. 1996. *La historia de los hombres infames*. Altamira.
- Foucault, Michel. 2006. *Seguridad, territorio, población. Curso en el Collège de France: 1977-1978*. Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, Michel. 2011. *Historia de la sexualidad I. Voluntad de saber*. Siglo XXI.
- Foucault, Michel. 2015a. *La historia de la locura en la época clásica I*. Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, Michel. 2015b. *La historia de la locura en la época clásica II*. Fondo de Cultura Económica.
- Frawley, Ashley. 2015. "Medicalization of social problems". En *Handbook of the Philosophy of Medicine*, editado por Thomas Schramme y Steven Edwards. https://doi.org/10.1007/978-94-017-8706-2_74-1
- Gallup. 2024. "State of the Global Workplace Report". Consultado el 5 de enero de 2025. <https://www.gallup.com/394373/indicator-employee-engagement.aspx>
- González Valenzuela, Juliana. 1996. *El ethos, destino del hombre*. Fondo

- de Cultura Económica-Universidad Nacional Autónoma de México-Facultad de Filosofía y Letras.
- González Valenzuela, Juliana. 2007. *Ética y libertad*. Fondo de Cultura Económica-Universidad Nacional Autónoma de México-Facultad de Filosofía y Letras.
- González Valenzuela, Juliana. 2017. *Bíos. El cuerpo del alma y el alma del cuerpo*. Fondo de Cultura Económica-Universidad Nacional Autónoma de México.
- Guillén, Héctor. 2018. "Los orígenes del neoliberalismo: del Coloquio Lippmann a la Sociedad del Mont-Pèlerin". *Economía UNAM* 15 (43): 7-42. Consultado el 14 de abril de 2026. <https://www.scielo.org.mx/pdf/eunam/v15n43/1665-952X-eunam-15-43-7.pdf>
- Han, Byung-Chul. 2021. *Psicopolítica*. Traducido por Alfredo Bergés. Herder Editorial.
- Han, Byung-Chul. 2022. *La sociedad paliativa*. Herder Editorial.
- Han, Byung-Chul. 2023. *La sociedad del cansancio*. Herder Editorial.
- Harvey, David. 2007. *Breve historia del neoliberalismo*. Ediciones Akal.
- Hausenblas, Heather Ann, Debra Saha, Pamela Jean Dubyak y Stephen Douglas Anton. 2013. "Saffron (*Crocus sativus* L.) and major depressive disorder: A meta-analysis of randomized clinical trials". *Journal of Integrative Medicine* 11 (6): 377-83. <https://doi.org/10.3736/jintegrated2013056>
- Higgs, Robert. 2011. "El sueño de la Sociedad Mont Pelerin". *Mises Daily*, 31 de mayo 2011. <https://mises.org/es/mises-daily/el-sueno-de-la-sociedad-mont-pelerin>
- Hincapie Sanchez, Jennifer y María de Jesús Medina Arellano 2019. *Bioética: teorías y principios. Enseñanza Transversal en Bioética y Biodecho: Cuadernos Digitales de Casos*. Universidad Nacional Autónoma de México-Instituto de Investigaciones Jurídicas. Consultado el 21 de abril de 2026. <https://repositorio.unam.mx/contenidos/5031095>
- ILGA World. 2024. "State-Sponsored Homophobia Report". Consultado el 5 de enero 2026. <https://ilga.org>
- Illich, Iván. 1975. *Némesis Médica. La expropiación de la salud*. Barral.
- Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). *Global Burden of Disease 2025. Findings of the GBD 2023 Study*. IHME. Consultado el 24 de junio de 2026. <https://www.healthdata.org/research-analysis/library/global-burden-disease-2023-findings-gbd-2023-study>
- International Association for Suicide Prevention. 2025. "Día Mundial para la Prevención del Suicidio. Estadísticas Mundiales de Suicidio". Consultado el 14 de abril 2026. <https://www.iasp.info/wp-content/uploads/Spanish-Facts-and-Figures-IASP-WSPD.pdf>
- Johns Hopkins Medicine. 2025. "Dysthymia". Consultado el 14 de abril de 2026. <https://www.hopkinsmedicine.org/health/conditions-and-diseases/dysthymia>
- Jonas, Hans. 1995. *El principio de responsabilidad. Ensayo de una Ética para la civilización tecnológica*. Herder. <https://doi.org/10.2307/j.ctvt9k2sz>
- Kao-Ping, Chua, Anna Volerman, Jason Zhang, Joanna Hua, Rena M. Conti. 2024. "Antidepressant dispensing to US adolescents and young adults: 2016-2022". *Pediatrics* 153 (3): e2023064245. <https://doi.org/10.1542/peds.2023-064245>

- Kjell, Oscar, Giorgi Salvatore, H. Andrew Schwartz y Johannes C. Eichstaedt. 2023. "Towards well-being measurement with social media across space, time and cultures: Three generations of progress". En *World Happiness Report 2023*, editado por John F. Helliwell, et al. Sustainable Development Solutions Network. <https://worldhappiness.report/ed/2023/towards-well-being-measurement-with-social-media-across-space-time-and-cultures-three-generations-of-progress/>
- Knapp, Martin y Gloria Wong. 2020. "Economics and mental health: The current scenario". *World Psychiatry* 19 (1): 3-14. <https://doi.org/10.1002/wps.20692>
- Kross, Ethan, Philippe Verduyn, Emre Demiralp, et al. 2013. "Facebook use predicts declines in subjective well-being in young adults". *PLOS one* 8 (8). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0069841>
- Layard, Richard. 2005. *La felicidad. Lecciones de una nueva ciencia*. Taurus.
- Lazo Vela, José Eduardo. 2025. "¿Qué significa la felicidad en el neoliberalismo? Una mirada semiótica". *Filosofía en la Red*, 5 de septiembre de 2025. <https://filosofiaenlared.substack.com/p/semiota-felicidad-neoliberal>
- Lazo Vela, José Eduardo. 2025. *La ciencia de la infelicidad: Una expresión de antropocentrismo*. Fundación Jaime Roca. Consultado el 24 de junio de 2026. https://issuu.com/premiobioetica/docs/1er_premio_de_bio_tica_2025
- Lazo Vela, José Eduardo. 2025. "La felicidad neoliberal y su impacto en la salud mental". *Animal Político*, 19 de noviembre 2025. <https://www.animalpolitico.com/analisis/organizaciones/una-vida-examinada-reflexiones-bioeticas/felicidad-neoliberal-impacto-salud-mental>
- Lazo Vela, José Eduardo. 2025. "Semiótica de la felicidad: el signo neoliberal del bienestar." *Filosofía en la Red*, 28 de junio de 2025. <http://filosofiaenlared.com/2025/06/felicidad-signo-neoliberal/>
- Linde, Klaus, Cynthia D. Mulrow, Michael M. Berner y Matthias Egger. 2005. "St. John's wort for depression". *Cochrane Database of Systematic Reviews* (2): CD000448. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000448.pub2>
- Luna, Florencia y Paola Buedo. 2024. "Vulnerability and its application to the case of mental health and climate change". En *Encyclopedia of the Anthropocene*. Elsevier
- Lyubomirsky, Sonja, Kennon M. Sheldon, David Schkade. 2005. "Pursuing happiness: The architecture of sustainable change". *Review of General Psychology* 9 (2): 111-31. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.9.2.111>
- Lyubomirsky, Sonja. 2021. *La ciencia de la felicidad. Un método probado para conseguir el bienestar*. Urano.
- Mackenzie, Catriona. 2021. "Relational Autonomy". En *The Oxford Handbook of Feminist Philosophy*, editado por Kim Q. Hall y Ásta. Oxford University Press.
- Mainetti, José Alberto. 2014. "Bioética del poshumanismo y el mejoramiento humano". *Revista Red-bioética/UNESCO* 5 (1): 33-44. Consultado el 21 de abril de 2026. <https://redbioetica.com.ar/wp-content/uploads/2018/11/Art3-Mainetti-A5V1N9-2014.pdf>
- Mbembe, Achille. 2011. *Necropolítica seguido de Sobre el gobierno privado indirecto*. Traducción y edición a

- cargo de Elisabeth Falomir Archambault. Editorial Melusina.
- Medina Mora, María Elena, Ricardo Orozco, Claudia Rafful, et al. 2023. "Los trastornos mentales en México 1990-2021. Resultados del estudio Global Burden of Disease 2021". *Gaceta Médica de México* 159 (6): 527-38. <https://doi.org/10.24875/gmm.23000376>
- Menéndez, Eduardo L. 1988a. "Modelo médico hegemónico y atención primaria". En *Antropología médica: orientaciones teóricas*, compilado por Eduardo L. Menéndez y Margarita E. Di Pardo, 123-45. Ediciones Lugar.
- Menéndez, Eduardo L. 1988b. "Modelo hegemónico, crisis socioeconómica y estrategias de acción del sector salud". *Revista de Ciencias Sociales* 4 (2): 231-45. Consultado el 16 de abril de 2026. https://hjunin.ms.gba.gov.ar/files/residencias/bibliografia-comun/modelo_hegemonico.pdf
- Menéndez, Eduardo L. 1990. "El modelo médico hegemónico: estructura, funciones y crisis". En *Morir de alcohol: saber y hegemonía médica*. Alianza Editorial Mexicana. https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/816_rol_psicologo/material/unidad2/obligatoria/modelo_medico.pdf
- Menéndez, Eduardo L. 2013. "Modelo médico hegemónico: reproducción técnica y cultural". *Salud Colectiva* 9 (1): 11-23. Consultado el 16 de abril de 2026. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4989316>
- Menéndez, Eduardo L. 2020. "Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias". *Salud Colectiva* 16: e2615. <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2615>
- Metzler, Hannah, Max Pellert, David Garcia. 2022. "Using social media data to capture emotions before and during COVID-19". En *World Happiness Report 2022*, editado por John F. Helliwell, et al. Sustainable Development Solutions Network. <https://worldhappiness.report/ed/2022/using-social-media-data-to-capture-emotions-before-and-during-covid-19/>
- National Institute of Mental Health. 2024. "Depresión". Consultado el 16 de abril de 2026. <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresion-sp>
- Nurzyńska-Wierdak Renata. 2024. "Plants with potential importance in supporting the treatment of depression: Current trends, and research". *Pharmaceuticals* 17 (11): 1489. <https://doi.org/10.3390/ph17111489>
- Organización de las Naciones Unidas. 2006. *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. ONU. Consultado el 7 de junio de 2026. <https://www.un.org/disabilities/convention/>
- Organización de las Naciones Unidas. 2011. *Resolución aprobada por la Asamblea General el 19 de julio de 2011*. ONU. <https://documents.un.org/doc/undoc/gen/n11/420/73/pdf/n1142073.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas. 2015. *Objetivos de Desarrollo Sostenible (Agenda 2030)*. ONU. Consultado el 7 de junio de 2026. <https://sdgs.un.org/2030agenda>
- Organización de las Naciones Unidas. 2015a. *Resolución aprobada por la Asamblea General el 25 de septiembre de 2015. Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. Resolución

- A/RES/70/1. ONU. Consultado el 7 de junio de 2026. https://unctad.org/system/files/official-document/ares70d1_es.pdf
- Organización Mundial de la Salud. 2001. “Informe sobre la salud en el mundo 2001: Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas”. OMS. Consultado el 8 de octubre de 2025. <https://iris.who.int/items/e66ebb27-95b7-4127-a705-af4b6e836f37>
- Organización Mundial de la Salud. 2022. *Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2030*. OMS. Consultado el 4 de mayo de 2026. <https://www.who.int/es/publications/item/9789240031029>
- Organización Mundial de la Salud. 2024. *Mental Health Atlas 2024*. World Health Organization. OMS. Consultado el 16 de abril de 2026. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/5897b3c7-2848-47a7-ba22-0a7902342a81/content>
- Organización Mundial de la Salud. 2025. “Salud mental”. OMS, 8 de octubre de 2025. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Organización Panamericana de la Salud. 2023. *Informe mundial sobre la salud mental: Transformar la salud mental para todos*. OPS. <https://doi.org/10.37774/9789275327715>
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. *Health at a Glance: Europe 2024 State of Health in the EU Cycle*. OCDE Consultado el 5 de junio de 2026. <https://doi.org/10.1787/b3704e14-en>
- Ortega Bravo, Sergio Esteban. 2021. “Necropolítica seguido de Sobre el gobierno privado indirecto de Joseph-Achilles Mbembe”. *Revista Ethika+* (3): 341-45. <https://doi.org/10.5354/2452-6037.2021.61211>
- Paéz, Ricardo. 2015. *Pautas Bioéticas. La industria farmacéutica entre la ciencia y el mercado*. Fondo de Cultura Económica-Universidad Nacional Autónoma de México.
- Pappas, Jane J., Natasha DesRochers, Bindu Tuteja, et al. 2025. “Ecotoxicological implications of increased antidepressant concentrations in the Laurentian Great Lakes Basin, 2018-2023.” *Science of the Total Environment* 981: 179331. <https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2025.179331>
- Patel, Vikram, Shekhar Saxena, Crick Lund, et al. 2018. “The Lancet Commission on global mental health and sustainable development”. *The Lancet* 392 (10157): 1553-98. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31612-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31612-X)
- Pearce, David. 2007. “The Abolitionist Project”. Consultado el 16 de abril de 2026. <https://www.abolitionist.com>
- Pearce, David. 2010. “Top Five Reasons Transhumanism Can Eliminate Suffering”. <https://www.hedweb.com/transhumanism/five-reasons.html>
- Poolovadoo, Ayush. 2023. “El Estado utiliza el trauma como arma contra gente inocente”. *Mises Wire, Instituto Mises* 1 de febrero de 2023. <https://mises.org/es/mises-wire/el-estado-utiliza-el-trauma-como-arma-contragente-inocente>
- Prince, Martin, Vikram Patel, Shekhar Saxena, et al. 2007. “No health without mental health”. *The Lancet* 370 (9590): 859-77. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61238-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61238-0)
- Programa Universitario de Bioética (PUB) UNAM. 2023. “Bioética y salud mental”. Impartida por Paola Buedo. Video de YouTube, 2:25:55. 6 de

- marzo de 2023. <https://www.youtube.com/watch?v=JkqXumnvXuk>
- PsychDB. 2024. "Biopsychosocial Model and Case Formulation". Consultado el 16 de abril de 2026. <https://www.psychdb.com/teaching/biopsychosocial-case-formulation>
- Ramírez García, Hugo y Pedro Pallares Yabur. 2011. *Derechos humanos*. Oxford University Press.
- Ramírez García, Hugo y Pedro Pallares Yabur. 2021. *Derechos humanos. Promoción y defensa de la dignidad*. Tirant Lo Blanch.
- Rivero Weber, Paulina y Ruy Pérez Tamayo. 2006. "Ética y bioética", *Nexos* 28 (343): 23-27.
- Rivero Weber, Paulina. 2004. "Apología de la inmoralidad". Seminario El ejercicio actual de la medicina, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, 30 de enero de 2004. Consultado el 21 de abril de 2026. https://www.facmed.unam.mx/eventos/seam2k1/2004/ponencia_ene_2k4.htm
- Rivero Weber, Paulina. 2015. *Ética: un curso universitario*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Rivero Weber, Paulina. 2021. *Introducción a la bioética. Desde una perspectiva filosófica*. Fondo de Cultura Económica-Universidad Nacional Autónoma de México.
- Romaní Rivera, Alex, Sergi Parellada Guillamón y Francisco Tirado Serrano. 2024. "El gobierno del bienestar: ¿hacia un 'mundo feliz'?" *Papeles del Psicólogo* 45 (2): 83-90. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol.3036>
- Romero Reinaldo, Yanet, Elisabeth Pérez Montes de Oca y Niurka Álvarez Belett. 2023. "La iatrogenia en la práctica médica actual/Iatrogenia in current medical practice". *Archivos del Hospital Universitario "General Calixto García"* 11 (1). Consultado el 16 de abril de 2026. <https://revcalixto.sld.cu/index.php/ahcg/article/view/e1030>
- Rose, Nikolas. 2007. *The Politics of Life Itself: Biomedicine, Power, and Subjectivity in the Twenty-First Century*. University Press.
- Rothbard, Murray N. 2021. "Cómo el Estado se preserva a sí mismo —y lo que el Estado teme". *Mises Wire*. *Mises Institute*, 13 de enero de 2021. <https://mises.org/es/mises-wire/como-el-estado-se-preserva-si-mismo-y-lo-que-el-estado-teme>
- s&s Insider. 2024. "Antidepressants Market Size, Share & Global Forecast 2024-2032". Consultado el 5 de enero de 2026. <https://www.snsinsider.com/reports/antidepressants-market-3074>
- Santillán Doherty, Patricio y Rogelio Pérez-Padilla. 2023. "On clinical research and the pharmaceutical industry. Sobre la investigación clínica y la industria farmacéutica". *Gaceta Médica de México* 159 (4): 354-55. <https://doi.org/10.24875/GMM.M23000790>
- Santillana Meneses, Gustavo A. 2021. *La industria farmacéutica en México. Una perspectiva y régimen jurídico*. Tirant Lo Blanch.
- Seligman, Martin Peter. 2018. *La auténtica felicidad*. Penguin Random House.
- Stiegler, Barbara. 2019. *Il faut s'adapter: Sur un nouvel impératif politique*. Gallimard.
- Sulmasy, Daniel P. 2002. "A biopsychosocial-spiritual model for the care of patients at the end of life". *The Gerontologist* 42 (3): 24-33. https://doi.org/10.1093/geront/42.suppl_3.24
- Sunstein, Cass R. 2017. *Paternalismo libertario*. Traducido por Martha Palacio Avendaño. Herder.

- Sunstein, Cass R. 2023. *Sobre la libertad*. Traducción de Tomás Granados Salinas. Grano de Sal.
- Szasz, Thomas. 1974. *El mito de la enfermedad mental*. Barral Editores.
- Tealdi, Juan Carlos, dir. 2008. *Diccionario latinoamericano de bioética*. UNESCO-Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética-Universidad Nacional de Colombia.
- Thaler, Richard y Cass R. Sunstein. 2017. *Un pequeño empujón: El impulso que necesitas para tomar mejores decisiones sobre salud, dinero y felicidad*. Taurus.
- The Global Forum on Bioethics in Research (GFBR). 2022. *Meeting report: Ethical issues arising in research with people with mental health conditions*. <https://www.gfbr.global/wp-content/uploads/2022/11/GFBR-2021-meeting-report-Final.pdf>
- Torres, Mauricio. 2019. *Neoliberalismo y subjetividad: una genealogía de la felicidad y de la autoayuda moderna*. Universidad Pedagógica Nacional. Consultado el 21 de abril de 2026. <http://www.jstor.org/stable/j.ctvpwhd12>
- UNESCO. 2006. *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos*. UNESCO. https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_spa
- UNESCO. 2023. *Neurotecnologías y derechos humanos en América Latina y el Caribe: desafíos y propuestas de política pública*. UNESCO. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000387079>
- Van Zee, Art. 2009. "The promotion and marketing of oxycontin: commercial triumph, public health tragedy". *American Journal of Public Health* 99 (2): 221-27. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2007.131714>
- Vázquez Canales, Luz de Myotanh. 2023. "La gran epidemia del siglo XXI se llama salud mental". *Atención Primaria Práctica* 5 (4): 100184. <https://doi.org/10.1016/j.appr.2023.100184>
- Verified Market Reports. 2023. "Global Self-Help Health Detectors Market by Type (Portable, Desktop), by Application (Hospital, Clinic), by Geographic Scope and Forecast". Consultado el 5 de enero de 2026. <https://www.verifiedmarketreports.com/product/self-help-health-detectors-market/>
- Winslow, Charles-Edward Amory. 1920. "The untilled fields of public health". *Science* 51 (1306): 23-33. <https://doi.org/10.1126/science.51.1306.23>
- World Health Organization. 2023. *World mental health report: Transforming mental health for all*. WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>
- Zapata Clavería, Miguel Alberto. 2015. "Expertos y libertad en el paternalismo libertario". *Revista Digital Universitaria* 16 (4). Consultado el 21 de abril de 2026. <http://www.revista.unam.mx/vol.16/num4/art27/index.html>
- Zivin, Kara, Magdalena M. Paczkowski y Sandro Galea. 2011. "Economic downturns and population mental health: research findings, gaps, challenges and priorities". *Psychological Medicine*, 41 (7): 1343-48. <https://doi.org/10.1017/S003329171000173X>
- Zola, Irving Kenneth. 1972. "Medicine as an institution of social control". *The Sociological Review*, 20 (4): 487-504. <https://doi.org/10.1111/j.1467-954x.1972.tb00220.x>



Del trauma al testimonio: resignificar violencia, cuerpo y enfermedad

*From trauma to testimony:
resignifying violence, the body, and illness*

Fernanda De Blas López,^{1*} Liz Hamui Sutton²

Recibido: 26 de agosto de 2025

Aceptado: 12 de noviembre de 2025

Publicado: 20 de marzo de 2026

Artículo original

Resumen

Este artículo analiza las experiencias de mujeres con fibromialgia desde una perspectiva de bioética narrativa y justicia epistémica, con énfasis en las trayectorias de violencia, trauma y exclusión que configuran su sufrimiento. A partir de una investigación cualitativa con enfoque hermenéutico, se recuperan testimonios de mujeres que narran su enfermedad como una forma encarnada de dolor acumulado, donde el cuerpo se convierte en archivo del daño vivido. El estudio revela la manera en la que la fibromialgia no puede ser entendida únicamente como entidad clínica, sino como expresión de una historia biográfica atravesada por silencios estructurales, precariedad y descrédito médico. Se argumenta que las pacientes enfrentan formas de injusticia testimonial y hermenéutica que deslegitiman su voz, limitan el acceso a cuidados éticos y profundizan el sufrimiento moral. Frente a ello, se propone una bioética narrativa con perspectiva feminista que reconozca el valor del testimonio como forma de agencia, reparación simbólica y saber situado. El artículo concluye con una reflexión sobre la necesidad de transformar las prácticas clínicas y éticas desde la escucha comprometida, el reconocimiento del dolor no visible y la validación de narrativas marginalizadas como fuente legítima de conocimiento.

Palabras clave:

fibromialgia,
bioética narrativa,
injusticia
epistémica,
testimonio, dolor
crónico, trauma,
género

1* Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina, Centro de Investigación en Políticas, Población y Salud, Ciudad de México, México.

Autora por correspondencia: qdblf20@gmail.com

2 Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina, División de Estudios de Posgrado, Ciudad de México, México.

Abstract

This article analyzes the experiences of women living with fibromyalgia through the lens of narrative bioethics and epistemic injustice, focusing on the trajectories of violence, trauma, and exclusion that shape their suffering. Based on a qualitative, hermeneutic approach, the study gathers testimonies from women who describe their illness as an embodied form of accumulated pain, where the body becomes an archive of lived harm. Findings suggest that fibromyalgia cannot be fully understood as a clinical entity alone, but rather as an expression of biographical histories marked by structural silences, precariousness, and medical discredit. The article argues that patients face testimonial and hermeneutical injustices that undermine their credibility, hinder access to ethical care, and deepen moral suffering. In response, the text proposes a feminist narrative bioethics that acknowledges testimony as a form of agency, symbolic reparation, and situated knowledge. The article concludes with a reflection on the urgent need to transform clinical and ethical practices through committed listening, recognition of invisible pain, and the validation of marginalized narratives as legitimate sources of knowledge.

Keywords:

fibromyalgia, narrative bioethics, epistemic injustice, testimony, chronic pain, trauma, gender

Introducción

La fibromialgia es un síndrome caracterizado por dolor musculoesquelético generalizado, acompañado comúnmente de fatiga, alteraciones del sueño, dificultades cognitivas y síntomas psicoemocionales como ansiedad o depresión. Aunque su etiología no se comprende en su totalidad, se ha planteado que la fibromialgia implica una disfunción en el procesamiento del dolor a nivel central, lo cual genera una amplificación de señales dolorosas ante estímulos que normalmente no serían dolorosos (Clauw 2014). Este fenómeno, conocido como sensibilización central, ha sido estudiado con amplitud como uno de los mecanismos neurobiológicos clave del trastorno.

La prevalencia de la fibromialgia varía entre poblaciones, pero se estima que afecta a entre 2 % y 4 % de la población mundial, con una mayor incidencia en mujeres que va de 80 % a 90 %, especialmente entre los 30 y 60 años de edad (Wolfe et al. 2013). Este sesgo de género ha provocado múltiples de-

bates en torno al reconocimiento clínico del padecimiento y a las formas en las que el sufrimiento femenino es tratado dentro del sistema médico. Muchas pacientes reportan largos periodos de búsqueda diagnóstica, falta de credibilidad por parte del personal médico y prescripciones que no logran aliviar sus síntomas, lo que contribuye a una experiencia de sufrimiento crónico, no sólo físico, sino también epistémico (Briones Vozmediano et al. 2013).

Desde un enfoque biopsicosocial, la fibromialgia requiere ser entendida más allá del síntoma físico, integrando factores emocionales, contextuales y sociales en su abordaje. La narrativa de las personas que la padecen se vuelve crucial para comprender los matices de su vivencia, ya que los marcadores objetivos tradicionales (como pruebas de laboratorio o estudios de imagen) suelen no evidenciar alteraciones visibles. Esto ha llevado a una medicalización incompleta o ambigua del dolor, donde las pacientes deben recurrir a la narración como forma de validación de su sufrimiento. Así, la fibromialgia representa

un desafío clínico, pero también ético y epistémico en términos de escucha, credibilidad y acceso a cuidados integrales.

Entender la fibromialgia únicamente desde su dimensión clínica limita la posibilidad de captar su complejidad como experiencia vivida. Por ello, resulta indispensable articular el enfoque biopsicosocial con una perspectiva crítica sobre los determinantes históricos y sociales del sufrimiento, en particular cuando éste se entrelaza con trayectorias de violencia, exclusión y silencio. Las narrativas de las mujeres con fibromialgia revelan que su padecimiento no puede ser aislado del contexto en el que surge; es decir, cuerpos atravesados por cargas de género, duelos no elaborados, precariedad emocional o afectiva, y experiencias de desamparo institucional. En este sentido, la enfermedad demanda una atención médica integral, así como una comprensión situada de los procesos biográficos y sociales que configuran el dolor (Carel 2018).

La narrativa emerge aquí no sólo como medio de validación clínica, sino como forma de tejer sentido entre el malestar corporal y las condiciones estructurales que lo producen. Así, aunque la fibromialgia es una entidad clínica plenamente reconocida, con criterios diagnósticos estandarizados que integran tanto dimensiones somáticas como psicoemocionales (Wolfe et al. 2013; Häuser et al. 2015), su comprensión no puede agotarse en estos parámetros biomédicos. Si bien este artículo se enfoca en experiencias de mujeres que viven con el padecimiento, debido en gran medida a la sobrerrepresentación estadística de mujeres en el diagnóstico, no se plantea una relación de causalidad entre trauma, violencia o género y la aparición de la enfermedad. Más bien, se busca analizar cómo dichas expe-

riencias se entrelazan con el sufrimiento crónico y condicionan las posibilidades de ser escuchadas, creídas y tratadas éticamente dentro de los sistemas de salud. El énfasis del estudio, por tanto, está en los efectos sociales y epistémicos que median la vivencia del dolor en estas mujeres, y no en la determinación de orígenes causales ni explicaciones reduccionistas del síndrome.

La experiencia del trauma, la enfermedad y la violencia de género no puede entenderse como una sucesión de eventos aislados, sino como una trama interconectada que modela subjetividades, afecta cuerpos y condiciona formas de narrar o de silenciar el sufrimiento. Para muchas mujeres, especialmente aquellas que han atravesado situaciones de violencia estructural y de género, el cuerpo se convierte en el lugar donde se inscriben heridas que no sólo son físicas, sino también emocionales, sociales y epistémicas. En este contexto, la fibromialgia aparece no como una entidad puramente médica, sino como una expresión somática de traumas pasados, de tensiones no resueltas y de violencias persistentes (Barker 2005; Pujal et al. 2017).

Los testimonios planteados a lo largo de este artículo se retoman de una investigación cualitativa desarrollada en el marco de la tesis doctoral de la primera autora (De Blas 2025) cuyo enfoque central fue la construcción de conocimiento mediante narrativas testimoniales de mujeres con fibromialgia. Partiendo de una epistemología situada y hermenéutica, se consideró que las experiencias narradas por las propias afectadas constituyen una fuente legítima de conocimiento. En ella se realizaron ocho entrevistas semiestructuradas en profundidad a mujeres diagnosticadas con fibromialgia residentes de distintas ciudades de México (Ciudad de Méxi-

co, Estado de México, Veracruz, Oaxaca y Morelos), seleccionadas por su disposición a compartir sus experiencias de enfermedad y trayectoria terapéutica. Las entrevistas se llevaron a cabo en contextos virtuales, previa obtención de consentimiento informado, y fueron grabadas y transcritas de manera literal, preservando los matices emocionales y lingüísticos de cada testimonio. El guion de la entrevista se estructuró en torno a tres ejes principales: corporalidad, identidad narrativa y pluralismo terapéutico, que funcionaron como categorías iniciales para la codificación.

Si bien no se utilizó *software* especializado de análisis cualitativo, el estudio se desarrolló bajo un enfoque hermenéutico y narrativo que garantizó un análisis sistemático y riguroso del material testimonial que permitió alcanzar el punto de suficiencia teórica, evidenciado por la recurrencia de patrones narrativos y la profundidad reflexiva de los testimonios. El proceso analítico se estructuró a partir de una codificación inicial basada en categorías teóricas derivadas de la literatura y, de manera simultánea, se permitió la emergencia de categorías inductivas provenientes directamente de los relatos de las participantes. Esta combinación de categorías *a priori* y categorías emergentes permitió mantener una apertura interpretativa coherente con el paradigma hermenéutico. Así, el análisis se estructuró en dos etapas complementarias. Primero, se llevó a cabo una codificación donde se plantearon categorías *a priori*, pero también se identificaron categorías emergentes directamente de los relatos. Luego, esos códigos se organizaron en ejes analíticos coherentes que articularon las dimensiones de corporalidad, identidad narrativa y pluralismo terapéutico. La segunda fase consistió en un análisis narrativo mediante una

aproximación hermenéutica, la cual permitió reconocer patrones comunes y transformaciones subjetivas que se consideran esenciales para una bioética narrativa.

Para garantizar el rigor y la legitimidad del estudio, se incorporaron procesos de validación tanto ética como epistemológica. Se realizó una triangulación entre diversas fuentes, contrastando las narrativas obtenidas con estudios previos y con la literatura revisada en el marco teórico. El análisis desarrollado en esta investigación retoma la propuesta metodológica de Hamui et al. (2019), quien plantea el uso del andamiaje como herramienta para el análisis de narrativas. Este proceso consta de cuatro momentos: la revisión del diseño de investigación; el diseño del análisis interpretativo; el cruce intertextual, que implica el análisis del corpus narrativo; y, finalmente, la liberación del andamio, entendida como la posibilidad de que la narrativa continúe su circulación y exposición más allá del proceso analítico.

Los relatos de mujeres con fibromialgia recogidos en la investigación doctoral descrita con anterioridad muestran la manera en la que, en muchos casos, la enfermedad aparece luego de experiencias de abuso, maltrato o situaciones de profunda precariedad emocional. El dolor físico, entonces, no surge en el vacío, es la continuación de un cuerpo que ha sido habitado por la violencia, y que encuentra en la enfermedad una forma de expresión legítima ante un entorno que ha negado previamente su sufrimiento. Esta relación entre trauma y enfermedad ha sido abordada desde distintos campos, como la psicología, la antropología médica, la sociología del cuerpo, pero sigue siendo escasamente problematizada desde la bioética, en particular cuando se trata de experien-

cias marginalizadas o no validadas por el sistema médico tradicional (Carel 2018).

Uno de los principales desafíos que enfrentan estas mujeres es la imposibilidad de hacer reconocible su experiencia dentro de un sistema que exige pruebas, objetividad y eficiencia. Al no existir una causa biológica clara para la fibromialgia, muchas pacientes son etiquetadas como exageradas, inestables o “difíciles”, reforzando así los estigmas de género que a través de la historia han medicalizado y desacreditado el dolor femenino (Feito 2010, 19-60; Serret y Méndez 2011). Esta invisibilización no sólo afecta el acceso a diagnósticos y tratamientos adecuados, sino que también genera una injusticia epistémica (Fricker 2007), es decir, una forma de violencia en la que la voz de la paciente pierde autoridad, y su relato es desestimado o patologizado.

En este escenario, el testimonio emerge como una práctica ética y política fundamental. Narrar el sufrimiento, lejos de ser un simple ejercicio de catarsis, se convierte en una forma de reclamar reconocimiento, reconstruir sentido y reparar simbólicamente las heridas que la medicina y la sociedad han dejado abiertas. La bioética narrativa, que propone una escucha empática, relacional y situada del dolor, ofrece herramientas conceptuales y metodológicas para abordar estas experiencias no desde la distancia clínica, sino desde la cercanía afectiva y la responsabilidad moral (Charon 2006; Hamui 2019).

Este artículo tiene como objetivo analizar las experiencias de mujeres con fibromialgia desde una perspectiva bioética y narrativa, centrada en los aspectos éticos y testimoniales del sufrimiento crónico, en complementariedad —y no en sustitución— de la dimensión

clínica del síndrome. A partir del análisis cualitativo de testimonios, se busca comprender cómo el cuerpo doliente puede convertirse en un archivo sensible del daño vivido y cómo la narración del dolor opera como práctica de resistencia, agencia y reparación simbólica. En este sentido, el texto explora las conexiones que las propias participantes establecen entre sus trayectorias vitales y la enfermedad; analiza el testimonio como forma de justicia epistémica y propone la bioética narrativa como una herramienta crítica para transformar los marcos clínicos y éticos que históricamente han deslegitimado estas voces. Con ello, se plantea la necesidad de un cuidado más justo y situado, basado en la escucha, el reconocimiento y la validación de narrativas marginadas como formas legítimas de conocimiento.

Narrativas de trauma y resignificación

Para muchas mujeres con fibromialgia, el inicio de los síntomas físicos no marca el comienzo del sufrimiento, sino su continuidad. El cuerpo enfermo se convierte en una extensión de experiencias traumáticas anteriores que no fueron narradas, nombradas ni reconocidas en su momento. Frente a la experiencia de trauma y enfermedad, muchas mujeres comienzan un proceso de reconfiguración identitaria. El cuerpo, antes silenciado o sometido, se convierte en un archivo sensible que testimonia lo vivido. Como sostiene Ricoeur (1996), la narración le da sentido a la experiencia y permite reconstituir al sujeto desde una lógica temporal y simbólica que lo reintegra consigo mismo y con el mundo. La identidad narrativa, como plantea Paul Ricoeur (1999), se construye a través de los relatos que las personas ela-

boran sobre su vida. En esos relatos, las experiencias traumáticas ocupan un lugar central, pues no sólo marcan el pasado, sino que moldean la manera en que los sujetos se perciben a sí mismos, interpretan el presente y proyectan el futuro.

En las entrevistas realizadas a mujeres con fibromialgia, todas ellas mencionaron al menos un evento significativo, de tipo traumático, que antecede directamente a la aparición de los síntomas de la enfermedad. Si bien no se trata de establecer una causalidad clínica entre trauma y fibromialgia, estas narrativas revelan una fuerte conexión simbólica y emocional entre el trauma vivido y el cuerpo que enferma. Lejos de reducir la enfermedad a una consecuencia psicológica o emocional, lo cual podría reforzar estigmas y deslegitimaciones, es necesario comprender que estas historias apuntan a una dimensión más amplia, pues visibiliza la forma en que las experiencias de violencia, precariedad o abandono se inscriben en los cuerpos y afectan de manera significativa la manera en que se vive el dolor. Retomar estos relatos no implica adjudicar una etiología única o psicosomática a la fibromialgia, sino visibilizar las condiciones sociales y culturales en las que las mujeres viven, enferman y narran sus padecimientos.

Numerosos estudios han mostrado que la fibromialgia aparece con mayor frecuencia en mujeres, muchas de las cuales han vivido situaciones de abuso, violencia de género, sobrecarga del trabajo de cuidados o precariedad laboral (Briones-Vozmediano et al. 2013; Häuser et al. 2015). Estos factores, aunque no sean causas médicas directas, configuran un entorno de vulnerabilidad estructural que condiciona la experiencia de la enfermedad, su reconocimiento clínico y el acceso a un tratamiento adecuado.

El sesgo de género en el diagnóstico y tratamiento de la fibromialgia es una dimensión crucial que considerar. Esta patología ha sido históricamente desestimada o minimizada, en parte porque sus síntomas se han asociado con estereotipos de lo “femenino” y, por ende, con una supuesta hipersensibilidad o falta de resiliencia (Werner y Malterud 2003). La medicalización incompleta que reciben muchas pacientes refleja una lógica de exclusión epistémica, pues sus testimonios son con frecuencia desoídos o interpretados como exageraciones, lo que constituye una forma de injusticia testimonial (Fricker 2007) dentro del sistema de salud. Así, varias mujeres identificaron momentos específicos de sus vidas como puntos de quiebre o eventos detonantes de su malestar emocional o físico, los cuales se agruparon en cinco grandes categorías: traumas en la niñez, eventos traumáticos, enfermedades, inseguridad y violencia.

Acerca de los traumas en la niñez, algunas participantes relataron experiencias profundamente dolorosas ocurridas durante su infancia. Ana presenció de forma reiterada la violencia física ejercida por su padre hacia su madre, lo que marcó de forma significativa su desarrollo emocional. Marisol recordó un episodio de casi ahogamiento durante una inundación a los nueve años como un momento decisivo en su vida. Por su parte, Vero enfrentó múltiples duelos en la infancia, incluyendo la pérdida de su padre y de sus abuelos, lo que, según expresó, dejó una huella profunda, ya que cada pérdida parecía agudizar aún más su estado emocional.

En cuanto a eventos traumáticos en la vida adulta, varias mujeres atravesaron experiencias de gran impacto. Ana cuidó a su esposo enfermo de cáncer terminal bajo condiciones precarias.

Esta experiencia, emocionalmente devastadora, culminó con el fallecimiento de su marido. Angélica vivió la pérdida de su bebé a los cinco meses de embarazo. Diana enfrentó el feminicidio de su hermana, un hecho que se agravó por el posterior abandono del padre de sus hijos. Vero experimentó un desalojo forzado y el embargo de sus pertenencias, y atravesó un parto en condiciones de profunda depresión y precariedad.

En relación con las enfermedades, es importante reconocer los padecimientos físicos que marcaron el inicio o el agravamiento de su malestar. Evy identificó el esguince cervical con secuelas de radiculopatía como el inicio del dolor persistente que padece. Saraí fue diagnosticada con un fibroma uterino, en un contexto de incertidumbre médica, justo al comenzar su vida universitaria. En el caso de Laura, diversas cirugías (histerectomía, cesáreas, fractura de coxis) representaron momentos de pausa en su rol de cuidadora, los cuales, de manera ambivalente, vivía también como oportunidades de descanso.

En cuanto a la inseguridad, ésta también apareció como un detonante. Marisol mencionó la constante exposición a episodios de violencia urbana en Oaxaca, como bloqueos, amenazas, asaltos y la presencia de armas y bombas molotov en el transporte público, lo cual generó un constante estado de alerta y vulnerabilidad.

La violencia, en sus distintas formas, atravesó la vida de varias participantes. Ana fue testigo de violencia intrafamiliar desde su infancia. Vero vivió acoso laboral (*mobbing*); violencia emocional y física por parte de su hermano, incluyendo una golpiza que le provocó la pérdida de un ojo; así como violencia emocional durante el embarazo por parte de su pareja, acompañada de ne-

gligencia médica y descrédito institucional. Diana, por su parte, experimentó violencia de pareja; tanto antes como después del nacimiento de su hijo.

Este tipo de testimonios revelan que la fibromialgia se convierte en una vía de manifestación del sufrimiento acumulado, especialmente cuando éste ha sido desestimado o silenciado por el entorno. Como señala Scarry (1985), el dolor rompe el lenguaje y lo vuelve grito, aislamiento o incompreensión; sólo a través de un proceso narrativo paciente, ese grito puede transformarse en palabra significativa.

La enfermedad, lejos de ser sólo una pérdida, se convierte para algunas mujeres en una oportunidad dolorosa, pero potente de resignificación. Escribir, narrar o compartir sus experiencias les permite recuperar agencia, reconstruir un sentido de sí mismas y establecer nuevas relaciones con su cuerpo y con los otros. Este proceso, que Frank (1995) llama “narrativas de reparación”, implica reconocer que el cuerpo enfermo no es sólo un cuerpo roto, sino también un cuerpo que recuerda, que habla y que puede reconfigurar su lugar en el mundo.

En este sentido, la fibromialgia se configura como una prolongación del daño, una forma en que el cuerpo retoma, inscribe o recuerda lo que no pudo ser nombrado a tiempo. Ana, por ejemplo, asocia el inicio de su fibromialgia con el recuerdo infantil de la violencia intrafamiliar: “Veía a mi papá maltratar a mi mamá, incluso hasta llegar a los golpes”. Para Marisol, el detonante fue un evento límite ocurrido en la infancia: “Me estaba ahogando en la inundación... yo siento que allí fue el detonante. Hasta ahora entiendo que allí empezó la fibromialgia”. Estas experiencias tempranas revelan la forma

en la que los cuerpos narran, incluso sin palabras, lo que la historia emocional aún no ha procesado.

Investigaciones recientes sugieren que los traumas infantiles y los eventos altamente estresantes en etapas formativas tienen un impacto significativo en los estilos de afrontamiento, la regulación emocional y la vulnerabilidad somática en la vida adulta (Cedraschi et al. 2013; Velayos 2021). Las mujeres entrevistadas no sólo relatan estos eventos como antecedentes biográficos, sino que los consideran como el punto de partida de su enfermedad, como una patogénesis emocional que antecede a la manifestación del dolor físico.

La adolescencia y la adultez temprana son también momentos en los que se acumulan eventos dolorosos que las mujeres entrevistadas vinculan directamente con su enfermedad, como la muerte de un ser querido, una pérdida gestacional, enfermedades graves o relaciones violentas. Ana relata el proceso de cuidar a su esposo enfermo de cáncer durante cinco años, en condiciones de precariedad emocional, económica y física: “Prácticamente vivía en el hospital... era un sufrimiento muy fuerte, y después vino su muerte. Mis hijas tenían seis y cinco años”. Por su parte, Angélica narra la pérdida de su hijo como un evento profundamente desestabilizante: “Sentía como si yo lo hubiera matado... me culpaba porque decía que maltraté mi cuerpo tantos años”.

Estas narrativas configuran una identidad herida, pero también una identidad en tránsito. El sufrimiento físico no se limita al presente, sino que condensa historias de duelo, culpa, violencia y soledad. Como afirma Morales et al. (2016), las experiencias traumáticas afectan los esquemas de seguridad, con-

fianza y control, impactando la forma en la que las personas enfrentan enfermedades crónicas. El cuerpo, entonces, no sólo duele, sino que recuerda, protesta y trata de sobrevivir. Algunas mujeres identifican eventos detonantes más recientes, como accidentes, diagnósticos médicos angustiosos o procesos quirúrgicos constantes. Evy narra cómo un esguince cervical, en apariencia menor, dio paso a una serie de dolores generalizados que marcaron el inicio de su fibromialgia. Saraí, por su parte, asocia el comienzo de su malestar con la aparición de un fibroma y la presión de comenzar la universidad en medio de la incertidumbre diagnóstica. En ambas narrativas, el cuerpo parece colapsar bajo el peso de lo que no pudo sostener emocionalmente. A través de estos relatos, las mujeres buscan integrar dichos eventos traumáticos en una narrativa coherente que les permita dotar de sentido a la enfermedad.

Como señala Park (2013, 61-76), el proceso de crear significado ante la adversidad es central para la elaboración del trauma, ya que no se trata sólo de recordar, sino de reconstituir la identidad a partir de lo vivido. Este esfuerzo se expresa en frases como la de Marisol: “A partir de allí se me detonó lo que es ahora la fibromialgia”; o la de Vero: “Después de cada muerte, yo fui desarrollando más síntomas. Sentía que no podía más”. Este proceso de resignificación, aunque doloroso, es también éticamente relevante. Las mujeres no sólo narran para sí mismas, sino para ser escuchadas y reconocidas. La enfermedad ya no aparece como algo inexplicable, sino como una respuesta comprensible, aunque no siempre aceptada por el sistema médico, ante una historia marcada por la sobrecarga, la pérdida y el abandono.

Como plantea Uriarte (2005), en contextos de sufrimiento, el relato se convierte en el recurso central para restituir el sentido y recuperar la agencia. En suma, las experiencias significativas previas a la aparición de la fibromialgia tienen un papel decisivo en la configuración de la identidad narrativa de las mujeres entrevistadas. Estas narrativas articulan el inicio de la enfermedad y muestran la manera en la que el cuerpo se convierte en un archivo ético del sufrimiento, y cómo, al narrarlo, estas mujeres se reconocen a sí mismas, y reclaman su lugar en un mundo que les ha negado voz durante demasiado tiempo.

Desde este paradigma narrativo, estas experiencias deben leerse como formas encarnadas de conocimiento moral y de denuncia estructural, no sólo como testimonios individuales. Las mujeres que relatan el inicio de su enfermedad tras experiencias de violencia no están estableciendo una correlación clínica directa, sino una conexión biográfica y simbólica que merece ser escuchada desde el respeto y la complejidad (Charon 2006; Frank 1995). En este marco, la enfermedad no es solo un diagnóstico médico, sino una narrativa de lo vivido que requiere una escucha ética. La posibilidad de narrar también transforma la percepción del propio valor. Aquí, la palabra es relato, pero sobre todo es una forma de resistencia y de reappropriación subjetiva. Al convertir el trauma en testimonio, estas mujeres resignifican su historia, y también desafían activamente los discursos médicos y sociales que las han excluido o patologizado.

La reconfiguración identitaria en contextos de enfermedad y violencia consiste en construir una nueva forma de habitar el cuerpo y el mundo desde la fragilidad, la memoria y la resistencia, no así en “superar” el trauma ni en volver a una

identidad previa. La bioética narrativa, al reconocer estas narrativas como legítimas, propone un espacio simbólico donde las voces marginadas son escuchadas y valorizadas como fuente de saber y de transformación ética (Hamui 2019; Feito 2010, 19-60).

Testimonio y justicia epistémica

Las mujeres con fibromialgia enfrentan una doble forma de sufrimiento: por un lado, el dolor físico persistente y, por el otro, la constante sospecha sobre la veracidad de ese dolor. La narrativa de la enfermedad, como plantea Paul Ricoeur (1999), es clave para construir un sentido de identidad. Las mujeres no sólo sufren los síntomas, sino que deben integrarlos a su biografía, reordenando los hilos de su historia pasada, su presente limitado por el dolor y un futuro que se vuelve incierto. Sin embargo, este proceso se ve truncado cuando el entorno médico niega o deslegitima el relato del cuerpo doliente.

En el sistema médico hegemónico, que privilegia la evidencia objetiva, medible y visible, las condiciones como la fibromialgia, que no dejan rastros en imágenes diagnósticas ni en pruebas de laboratorio, son fácilmente desacreditadas o minimizadas. Como consecuencia, las pacientes deben insistir, justificar y defender su malestar en cada consulta, en un esfuerzo continuo por ser creídas.

En los testimonios recogidos en este estudio, se observa una constante, ya que al inicio las mujeres encuentran obstáculos para darle sentido a sus síntomas. No cuentan con información clara, se enfrentan a diagnósticos vagos, a tratamientos incompletos y, en muchos casos, a respuestas despectivas por parte del personal médico. Diana recuerda la incredulidad de su médico cuando,

tras buscar en línea junto a su madre, le preguntó por la fibromialgia: “¿Qué es la fibromialgia?, le dije, y él me contestó: ¡Eso no existe! Eso es psicológico”. Esta frase, además de que descalifica el padecimiento, reproduce una forma de injusticia epistémica (Fricker 2007), es decir, el descrédito sistemático hacia quienes intentan narrar una experiencia que no se ajusta a los parámetros biomédicos convencionales.

Las experiencias narradas por las mujeres con fibromialgia también pueden analizarse a la luz de lo que Guerrero-Mc Manus (2023) denomina muerte hermenéutica, es decir, la imposibilidad de que ciertos grupos sociales —en particular, mujeres atravesadas por el dolor crónico, la pobreza o la violencia— puedan expresar sus experiencias dentro de los marcos conceptuales dominantes. En contextos donde no existen categorías para nombrar adecuadamente lo que se vive, el testimonio se vuelve un grito aislado, sin recepción ni traducción. Así, no sólo se silencia a las mujeres en tanto fuentes de conocimiento, lo que podríamos denominar injusticia testimonial, sino que también se impide que tengan acceso a los recursos simbólicos necesarios para comprender y significar su propia vivencia. Este doble silenciamiento profundiza el sufrimiento moral de las mujeres con fibromialgia, quienes, además de enfrentarse al descrédito médico, también se enfrentan a la falta de lenguaje para narrarse. Frente a ello, los relatos recogidos en este estudio pueden leerse como formas de resistencia hermenéutica, es decir, como intentos por crear nuevos sentidos donde antes sólo había vacío o desconfianza.

Muchas entrevistadas mencionaron haber dudado de sí mismas ante la falta de respuestas y la sospecha médica. El dolor se volvía un enigma sin resolu-

ción, y su palabra parecía no tener peso frente al saber experto. Esta relación desigual impide la posibilidad de construcción de sentido, base fundamental de la identidad narrativa, pues lo que se narra no es sólo el cuerpo que duele, sino también el cuerpo que es puesto en duda.

La experiencia de Evy muestra otro aspecto de esta deslegitimación, que es la falta de información. “Él sólo me dijo: ‘tienes esto, tómate esto de por vida y adiós’. No me explicó nada, no me mandó a terapia, absolutamente nada”. Este gesto médico muestra negligencia y desprecio por el derecho de la paciente a comprender su cuerpo. La desinformación se convierte así en una forma de violencia institucional, en tanto impide que las mujeres puedan participar activamente en su proceso de salud y enfermedad. No obstante, muchas de ellas comienzan a reconstruir su saber desde la experiencia vivida. Algunas recurren a internet, a redes de apoyo, a grupos de otras mujeres con fibromialgia, y poco a poco comienzan a rearmar su historia desde una sabiduría práctica, o *phronesis*, en términos de Ricoeur (1999). Esa sabiduría no surge del conocimiento técnico, sino de la experiencia encarnada, del ensayo y error, de la intuición, de la escucha del cuerpo y del diálogo con otras.

Es importante reconocer que no todas las experiencias que las mujeres con fibromialgia viven dentro del sistema de salud están marcadas por el desdén o el juicio clínico. Sería reduccionista afirmar que todos los profesionales de salud se inscriben sin excepción en una lógica biomédica rígida e insensible. En este camino, algunas voces médicas se presentan como acompañantes, más que como jueces. La experiencia de Saraí, una de las mujeres entrevistadas,

contrasta con aquellas que relatan estigmatización o descrédito: “El doctor me dijo: si no tuvieras esto, serías completamente sana. Pero no te va a matar. Aceptalo y sigue tu vida”. Aunque el mensaje sigue enmarcado en una lógica de cronicidad, introduce un elemento de contención y reconocimiento que ayuda a resignificar la enfermedad, no como sentencia, sino como parte de una existencia que puede ser habitada con sentido. Esta forma de comunicación médica, aunque limitada, muestra cómo la relación terapéutica puede abrir espacios de validación subjetiva y alivio narrativo (Charon 2006). Sin embargo, estas experiencias de acompañamiento siguen siendo excepcionales para muchas mujeres con este diagnóstico.

Si bien en el discurso biomédico contemporáneo existe un reconocimiento progresivo de la complejidad psicosocial del dolor crónico y de los sesgos de género que lo atraviesan, lo cierto es que este reconocimiento se ha traducido en escasas transformaciones concretas dentro del plano clínico e institucional (Dixon-Woods et al. 2001; Briones-Vozmediano et al. 2013). Es decir, aunque ciertos sectores médicos empiezan a dar lugar a nuevas formas de escucha y cuidado, el acceso a estas experiencias sigue siendo desigual y altamente condicionado por el contexto, el perfil del profesional y la institución de salud. De ahí la urgencia de seguir alzando la voz frente a las injusticias epistémicas y clínicas que, aunque reconocidas, continúan reproduciéndose en múltiples espacios de atención.

En este sentido, estudios como el presente no buscan victimizar a las mujeres con fibromialgia, sino más bien visibilizar que su vivencia sigue atravesada por discursos médicos dominantes, sesgos de género e inequidades que no debe-

rían seguir existiendo. Las narrativas recogidas muestran que el sufrimiento, además de que se origina en el dolor físico, surge también en la falta de credibilidad, en la medicalización sin escucha, y en la exclusión simbólica dentro de los sistemas de salud. A través de sus testimonios, las pacientes nos confrontan con la necesidad de transformar no sólo las prácticas clínicas, sino también los marcos institucionales y formativos desde los que se enseña a cuidar (Fricker 2007; Malterud 2001).

El desafío, por tanto, no es sólo ético o discursivo, sino estructural, pues se vuelve imperante construir una atención médica que no niegue la enfermedad cuando no hay evidencia objetiva, que no patologice la subjetividad, y que se atreva a acompañar el dolor sin reducirlo ni ignorarlo. Este tipo de estudios contribuye a ese horizonte al poner en palabras lo que aún no ha sido suficientemente escuchado.

Estas experiencias, tanto de exclusión como de acompañamiento, configuran la relación de las mujeres con el sistema de salud, y también inciden profundamente en la manera en que narran su propia enfermedad. La fibromialgia, como fenómeno vivido, no puede separarse del marco simbólico y relacional en el que se inscribe. Las palabras del médico o la médica, los silencios institucionales, las explicaciones reduccionistas o, por el contrario, los gestos de contención, se convierten en hitos narrativos que marcan el tránsito por la enfermedad. En este sentido, el testimonio no es únicamente un registro del malestar, sino también una herramienta para darle forma. Es ahí donde la dimensión temporal del relato cobra especial relevancia.

Como sugiere Ricoeur (1999), el tiempo vivido no es lineal, se articula

entre el pasado que se recuerda, el presente que se interpreta y el futuro que se espera. En el caso de la fibromialgia, esta temporalidad se vive de forma fracturada, pues el dolor aparece y desaparece, las recaídas irrumpen cuando parece haber mejoría, y la incertidumbre se instala como constante. Esta discontinuidad afecta la narrativa vital y requiere de un esfuerzo consciente por reorganizarla. En esa reorganización, la palabra tiene un rol central, ya que contar lo vivido permite darle forma al sufrimiento y, con ello, comenzar a entenderlo.

El testimonio no se construye en el vacío, éste es atravesado por las narrativas sociales que circulan sobre el dolor femenino. Como plantea Diéguez (2009), la identidad propia se configura en diálogo (y a veces en tensión) con las identidades que los otros nos atribuyen. En este caso, los estigmas sobre el dolor psicosomático, el imaginario de las “enfermas invisibles” o la sospecha sobre el cuerpo femenino marcan significativamente la experiencia de las mujeres con fibromialgia. Las narrativas médicas, familiares o laborales que minimizan o patologizan sus síntomas se convierten en obstáculos para la reconstrucción del yo.

Frente a este escenario, el testimonio adquiere un valor ético y político fundamental. Narrar la enfermedad es una forma de reclamar agencia, de resistir al descrédito, y de reconstituirse como sujeto. En el testimonio no sólo se comparte la experiencia, sino que se demanda justicia por ser escuchada, comprendida y reconocida. Una bioética comprometida con la justicia epistémica debe asumir esta demanda como parte esencial de su quehacer, desplazando la mirada desde el saber experto hacia el saber situado de quien vive el dolor.

El descrédito institucional del dolor tiene efectos materiales y simbólicos. Por un lado, retrasa o impide el acceso a tratamientos adecuados; por otro, erosiona la autoestima y la autoconfianza de las pacientes, llevándolas a dudar de su propia experiencia. Vero lo expresa con crudeza: “Me empezaron a decir que era psicosomático. Que lo tenía en mi cabeza. Yo ya no sabía si era loca, si era floja o si de verdad tenía algo”. En este contexto, el sistema médico no sólo falla en aliviar el sufrimiento, sino que lo reproduce al invalidar la voz de quien lo vive. Frente a este descrédito estructural, el relato emerge como una práctica de resistencia ética.

Contar la experiencia del dolor, sobre todo cuando dicha experiencia ha sido negada, no es sólo un acto narrativo, sino un gesto profundamente político, ya que implica una forma de reclamar existencia, agencia y responsabilidad. Como señala Ricoeur (1996), narrarse es una forma de configurar el tiempo vivido, de dar sentido a la experiencia y de constituirse como sujeto moral en el mundo. En el caso de las mujeres con fibromialgia, narrar el sufrimiento implica romper el silencio impuesto y desafiar los discursos que las reducen a “pacientes difíciles” o “histéricas”.

Desde una bioética narrativa con perspectiva feminista, el testimonio adquiere un valor ético fundamental. No se trata sólo de escuchar por cortesía o empatía, sino de reconocer en esas narrativas una fuente legítima de saber sobre el cuerpo, el dolor y el mundo social. Como plantea Carel (2018), los pacientes crónicos no sólo padecen la enfermedad, sino que desarrollan una experticia situada que debería ser valorada como parte del proceso clínico y bioético. Escuchar esas voces, entonces, no es un acto de benevolencia, sino una exigencia de justicia.

El testimonio tiene una función simbólica de reparación; al narrar lo vivido, muchas mujeres logran resignificar su experiencia y reclamar su lugar como sujetas activas de su historia. Esta situación encarna lo que se denomina una epistemología situada, es decir, un saber que nace del cuerpo, de la vida vivida, y que tiene valor ético y político por su capacidad de desestabilizar las verdades dominantes. En este sentido, promover la justicia epistémica en bioética no implica sólo “dar voz” a los pacientes, sino transformar las condiciones institucionales, discursivas y afectivas que les impiden ser escuchados. Reconocer el valor del testimonio como forma de conocimiento y de dignificación ética es una tarea urgente para una bioética comprometida con la justicia narrativa.

Bioética narrativa y resiliencia crítica

La bioética tradicional, anclada en principios abstractos como la autonomía, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia, ha sido criticada por su insuficiencia para abordar las experiencias encarnadas del sufrimiento, en especial cuando éstas se sitúan en los márgenes de lo visible, lo normativo o lo clínicamente verificable (Hamui 2019). En particular, el dolor crónico, el trauma no resuelto y la fibromialgia como enfermedad invisible, quedan fuera de los marcos interpretativos dominantes, que privilegian la lógica de la evidencia, la eficiencia y la curación. Esto ha producido una bioética ciega al cuerpo doliente y sorda a las voces de quienes lo habitan.

Frente a estas limitaciones, la bioética narrativa propone una transformación en la forma de entender el sufrimiento y de actuar de manera ética ante él. Esta

corriente sostiene que la ética clínica no puede limitarse al cumplimiento de principios, sino que debe partir de la escucha profunda de las historias que las personas construyen sobre su enfermedad, sus vínculos, sus decisiones y su sentido de sí mismas. En este marco, la narración no es un mero complemento terapéutico, sino el centro mismo del encuentro ético, en tanto permite acceder a la dimensión moral de la experiencia vivida. Este enfoque resulta especialmente potente cuando se trata de experiencias marginalizadas, como las de mujeres con fibromialgia que han vivido situaciones de violencia estructural, desigualdad social o descrédito médico, como se ha demostrado con las narraciones ya mencionadas.

Además del descrédito clínico, muchas mujeres con fibromialgia enfrentan lo que Fricker (2007) denomina una injusticia hermenéutica, es decir, la carencia de marcos culturales compartidos que les permitan interpretar y comunicar su experiencia de manera significativa. La ausencia de lenguaje socialmente validado para hablar del dolor difuso, la fatiga persistente o el colapso emocional hace que muchas enfermas sean desoídas e ininteligibles. Desde esta perspectiva, el testimonio no es sólo un acto de habla, sino una forma de crear las condiciones para que el dolor sea pensado, nombrado y reconocido.

La narración también opera como una tecnología de la memoria. En contextos de trauma, la experiencia vivida puede fragmentarse, volverse caótica o inconexa. A través del testimonio, las mujeres resignifican lo vivido y reconfiguran la temporalidad de su sufrimiento, pues reconstruyen un antes, un durante y un después. Como señala Laub (1992, 57-74), contar no es simplemente recordar, sino reinscribir los

hechos en una narrativa que permita metabolizar el trauma y abrir un horizonte de futuro.

Además, el testimonio, cuando es acogido desde una escucha ética, puede actuar como una forma de reparación simbólica. Para las mujeres que han vivido el trauma y la enfermedad en contextos de silenciamiento, narrar su historia representa una oportunidad de resignificar lo vivido, reordenar el caos del dolor y recuperar la agencia arrebatada por la violencia o la medicalización. No se trata de una reparación judicial ni clínica, sino de una restitución de la palabra, de un espacio donde la subjetividad doliente puede reconstituirse como sujeto moral.

Este tipo de restitución no busca eliminar el sufrimiento, sino dotarlo de un sentido compartido, de una dimensión ética y política. La narración, en este contexto, es una forma de resiliencia crítica, ya que no implica una adaptación pasiva al dolor, sino una respuesta activa que cuestiona los marcos que lo produjeron o sostuvieron (Frank 2004).

Además del sufrimiento físico, las mujeres con fibromialgia atraviesan una forma de sufrimiento que ha sido poco explorada en el ámbito clínico, pero que resulta central para la bioética narrativa, que es el dolor moral. Este tipo de dolor además de relacionarse directamente con un daño corporal, se relaciona también con la percepción de haber sido traicionadas, ignoradas o maltratadas por quienes debían brindar cuidado. Como señala Cassell (1991), el sufrimiento humano ocurre cuando se amenaza la integridad de la persona en su totalidad, en su dimensión física y también en su identidad, dignidad, vínculos y sentido de vida. Desde esta perspectiva, el sufrimiento crónico no puede abordarse éticamente sin consi-

derar el impacto que tiene el descrédito institucional, la medicalización sin escucha y la ruptura del vínculo terapéutico.

Este dolor moral se expresa en sentimientos de culpa, vergüenza, desorientación o pérdida de sentido, sobre todo cuando las pacientes son tratadas como exageradas, irresponsables o inestables. Muchas entrevistadas reportan haber dudado de sí mismas, cuestionando su propia experiencia de dolor ante el silencio o la incredulidad médica. Esta experiencia, que Kleinman (2006) denomina *moral experience*, afecta la forma en que las personas narran y resignifican su enfermedad, pues la imposibilidad de ser reconocidas como sujetas de verdad y de cuidado genera un daño ético profundo. En este marco, la bioética narrativa escucha relatos de dolor físico, pero también relatos de las heridas simbólicas y morales que dejan las experiencias de abandono, infantilización o negligencia institucional. Reconocer este tipo de sufrimiento es fundamental para promover formas de cuidado más justas, afectivas y éticamente responsables.

En este contexto, la narración del dolor moral se convierte en mucho más que un recurso expresivo, pues se convierte una práctica ética mediante la cual las mujeres resignifican su experiencia, recuperan agencia y cuestionan los marcos normativos que las han silenciado. La palabra, en tanto acto de resistencia, permite interrumpir la lógica del descrédito y trazar nuevas formas de sentido en medio de la incertidumbre. Así, el testimonio no sólo da cuenta del daño sufrido, sino que habilita un proceso de reconstitución subjetiva frente a las heridas morales. Es precisamente en ese tránsito del silencio impuesto a la palabra recuperada donde emerge la resiliencia crítica como una respuesta ética

y política ante el sufrimiento. Esta forma de resiliencia no implica adaptarse pasivamente al dolor, sino reapropiarse de él como espacio de denuncia, memoria y transformación colectiva.

La resiliencia crítica se diferencia de las nociones convencionales de resiliencia centradas en la fortaleza individual. Aquí no se trata de soportar o adaptarse al sufrimiento, sino de transformarlo en un proceso de toma de palabra, de reconstrucción identitaria y de denuncia de las condiciones estructurales que lo perpetúan. Como señala Carel (2018), los pacientes crónicos que desarrollan herramientas narrativas para enfrentar su condición resisten el deterioro físico y la deshumanización institucional. Su narrativa se convierte en una forma de restituirse como sujetos éticos, capaces de orientar su vida incluso en medio del dolor.

Por tal motivo, la agencia narrativa permite a las mujeres con fibromialgia reclamar el cuerpo que les ha sido expropiado por discursos que patologizan, infantilizan o deslegitiman su experiencia. Narrar el dolor, en especial cuando ha sido silenciado por años, es también una forma de reapropiación corporal y subjetiva. Como sostiene Bourdieu (2000), tomar la palabra en espacios que históricamente nos han negado esa posibilidad es un acto político de insurgencia simbólica. Así, cada testimonio se convierte en una estrategia de supervivencia y en una herramienta de transformación cultural.

Además, estas formas de narración situada pueden contribuir a reconfigurar el campo bioético. Escuchar, documentar y valorar los relatos de mujeres que habitan el dolor crónico y el trauma no como excepción sino como norma, obliga a desplazar la bioética de sus centros tradicionales hacia los márgenes

donde emergen nuevas preguntas éticas: ¿Qué significa cuidar a quien no va a curarse? ¿Cómo escuchar a quien no puede probar su dolor? ¿Qué responsabilidades surgen ante el sufrimiento que ha sido históricamente silenciado?

Estas preguntas, lejos de ser secundarias, son centrales para una bioética en verdad comprometida con la justicia. Al abrirse a las narrativas de la enfermedad crónica, del trauma y de la desigualdad, la bioética no sólo amplía su campo de acción, sino que se transforma en una práctica política de reconocimiento. Así, para las mujeres con fibromialgia narrar su sufrimiento no es sólo hablar de dicho padecer, sino que implica abrir una conversación donde las instituciones puedan ser transformadas desde la escucha del dolor ajeno.

En este contexto, la práctica clínica también puede transformarse mediante lo que algunos autores han llamado cuidados narrativos (Charon 2006; Bury 2001). Escuchar activamente, registrar los relatos de vida, y permitir que la persona enferma participe en la construcción del sentido de su tratamiento no son acciones accesorias, son más bien formas éticas de acompañamiento. Esta ética del cuidado narrativo permite establecer relaciones clínicas menos verticales, más sensibles al sufrimiento y abiertas a una comprensión plural del cuerpo, del dolor y del bienestar.

Algunas iniciativas institucionales han comenzado a reconocer el valor de lo narrativo en el acompañamiento del dolor crónico. Clínicas centradas en el paciente, programas de medicina narrativa o redes de apoyo colectivo entre mujeres con fibromialgia son ejemplo de cómo puede gestarse una transformación desde abajo. Estos espacios no sustituyen el tratamiento médico, pero lo complejizan éticamente, pues devuel-

ven voz a quienes habían sido reducidas a síntomas, además de que promueven una salud entendida como proceso relacional y no sólo como normalización funcional.

Así entendida, la bioética narrativa no es sólo una herramienta clínica o humanista, sino una apuesta epistemológica y política. Al visibilizar los saberes situados de las mujeres que viven con fibromialgia, se tensiona el monopolio epistémico de la medicina, se cuestionan las formas de autoridad clínica y se abren espacios para una justicia que no se limita a distribuir recursos, sino que reconoce la legitimidad de otras formas de conocer y de cuidar. La resiliencia, en este sentido, no es una propiedad individual, sino una práctica colectiva de resistencia narrativa.

Conclusiones

Este artículo ha propuesto una lectura ética, narrativa y feminista de la fibromialgia como una experiencia que excede los límites de la enfermedad clínica. En las voces de las mujeres entrevistadas emerge un patrón persistente en donde la enfermedad no irrumpe en un cuerpo vacío, sino en un cuerpo ya marcado por historias de violencia, trauma y silenciamiento. Visibilizar estas experiencias es relevante desde el plano clínico, pero, sobre todo, es profundamente necesario desde la bioética. Porque comprender la fibromialgia exige más que estudiar síntomas o esquemas terapéuticos, también requiere escuchar las condiciones de vida, las heridas emocionales, los vínculos rotos y los contextos sociales que la anteceden y la sostienen.

El cuerpo enfermo no es un dato biológico, sino un archivo viviente de experiencias. Y cuando ese archivo ha sido sistemáticamente negado o deslegitima-

do, el relato se convierte en una forma de justicia. Las mujeres que narran su dolor desafían el lugar que les ha sido asignado por el sistema médico, y reclaman su lugar como sujetas morales, epistémicas y políticas (Harding 1991; Medina 2012). En esta práctica de toma de palabra, el testimonio se transforma en reparación simbólica, en reconocimiento, en resiliencia crítica.

Desde esta perspectiva, la bioética narrativa no es simplemente una metodología complementaria, sino una ética radicalmente situada que parte del dolor vivido, del cuerpo que narra y del vínculo que escucha. Se aleja del principio universal abstracto para acercarse a la vida concreta, con todas sus fisuras. Y en esa cercanía, encuentra el terreno fértil para una ética del cuidado más responsable, más justa y más atenta a las condiciones reales en que las personas enferman, resisten y resignifican su existencia (Frank 2013; Kleinman 1988).

A partir del análisis realizado, proponemos una orientación hacia una bioética narrativa y testimonial del sufrimiento crónico que reconozca, en primer lugar, el valor epistémico del relato. Lejos de considerarlo una manifestación meramente emocional o subjetiva, el relato debe ser entendido como una fuente legítima y valiosa de conocimiento sobre el cuerpo, la enfermedad y la experiencia vivida. Escuchar lo que las personas narran sobre su dolor, sus cuerpos y sus recorridos vitales no es un gesto compasivo, sino un acto de reconocimiento de saberes situados que amplían nuestra comprensión del malestar humano (Beverley 2004; Bury 2001).

Desde esta perspectiva, se vuelve indispensable visibilizar las trayectorias de violencia, precariedad y trauma que con frecuencia atraviesan y, en muchos

casos, constituyen el sufrimiento crónico. De manera particular en el caso de las mujeres, estas trayectorias no deben leerse como circunstancias colaterales o contextos periféricos al diagnóstico, sino como elementos centrales que configuran la vivencia del cuerpo enfermo. Esto exige una mirada crítica que no se conforme con explicar el dolor a partir de categorías biomédicas descontextualizadas, sino que se abra a las historias de vida que lo enmarcan (Bourdieu 2000).

Por ello, proponemos ampliar el campo de la bioética más allá de los márgenes tradicionales, incorporando de manera activa las experiencias que han sido históricamente marginalizadas. Esto implica cuestionar la supuesta neutralidad de los estándares médicos y promover una ética relacional, situada y plural, que tome en cuenta la diversidad de voces, cuerpos y contextos que atraviesan los procesos de salud y enfermedad. Esta ampliación es conceptual y política, pues se trata de reconfigurar los espacios donde se define qué cuenta como conocimiento válido y quiénes pueden ser considerados interlocutores legítimos.

En este sentido, fomentar espacios de narración y escucha debe entenderse como una dimensión esencial del cuidado, tanto clínico como comunitario. La posibilidad de narrar el propio sufrimiento, de ser escuchado sin desconfianza o juicio, puede ser tan reparadora como cualquier tratamiento médico. La palabra, cuando es acogida en un entorno de respeto y reconocimiento, tiene un poder sanador que no debe subestimarse (Das 2007).

Para finalizar, es urgente impulsar una justicia testimonial en el ámbito de la salud, que restituya la credibilidad de quienes han sido históricamente desoídos o desacreditados por el sistema.

Esta justicia no sólo implica creer en las personas cuando hablan de su dolor, sino también combatir las formas de desigualdad epistémica que perpetúan su silenciamiento. Escuchar, en este contexto, es un acto ético y político, es decir, un paso hacia un sistema de salud más justo, humano y sensible a las múltiples formas del sufrimiento.

Más allá de su valor terapéutico o epistémico, el testimonio tiene también una función pedagógica fundamental. Narrar el sufrimiento desde una posición de vulnerabilidad históricamente ignorada permite no sólo comprender el impacto de la enfermedad, sino también formar una sensibilidad ética en quienes escuchan. En este sentido, los relatos de mujeres con fibromialgia pueden convertirse en herramientas clave dentro de la formación médica y en el diseño de políticas públicas de salud, ya que visibilizan la complejidad de las enfermedades crónicas, los sesgos de género en la atención sanitaria y las formas cotidianas de injusticia epistémica que atraviesan la práctica clínica (Charon 2006; Kleinman 1988). Integrar estos testimonios en entornos formativos y comunitarios no implica reemplazar el conocimiento técnico, sino enriquecerlo con una comprensión más situada, afectiva y plural del cuidado.

En este horizonte, el testimonio no es sólo un acto individual de narración, sino una práctica educativa y política que interpela al sistema de salud y a quienes lo conforman. Escuchar con responsabilidad los relatos del dolor permite formar profesionales capaces de reconocer el sufrimiento más allá de la evidencia médica, de acompañar con empatía crítica y de cuestionar los marcos normativos que excluyen a quienes no encajan en los estándares biomédicos. Como señala Frank (2013), contar

historias de enfermedad no es únicamente dar sentido al padecimiento, sino también enseñar a otros cómo escucharlo y cómo cuidarlo. Por ello, promover una ética de la escucha en espacios de salud pública se debe reconocer como una estrategia para construir instituciones más justas, sensibles y atentas a las múltiples formas en las que el sufrimiento se expresa.

En este horizonte, resignificar la relación entre violencia, cuerpo y enfermedad desde la bioética se vuelve una

tarea urgente. Porque cada historia de dolor no escuchada, cada cuerpo ignorado, cada experiencia desacreditada, revela los límites de un sistema que ha priorizado la objetividad por encima de la humanidad. Apostar por una bioética narrativa, situada y feminista es, en última instancia, apostar por una ética del cuidado que reconozca el cuerpo doliente como lugar legítimo de saber, el testimonio como forma de justicia, y la escucha como praxis transformadora.

Las autoras declaran no tener conflicto de intereses. Este artículo no recibió financiamiento específico para su elaboración o publicación. La investigación se realizó bajo principios de confidencialidad, consentimiento informado y resguardo de la identidad de las participantes, siguiendo los lineamientos bioéticos y de investigación cualitativa de la Universidad Nacional Autónoma de México. El proyecto de investi-

gación fue presentado ante el Comité de Ética e Investigación del Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud, en su novena sesión ordinaria de 2023, quien dictaminó aceptar el proyecto. Se utilizó apoyo de herramientas de inteligencia artificial exclusivamente para la revisión editorial del texto, sin intervención en la generación de datos o análisis cualitativo.

Referencias

- Barker, Kristin. 2005. *The Fibromyalgia Story*. Temple University Press.
- Beverly, John. 2004. *Testimonio: On the Politics of Truth*. University of Minnesota Press.
- Bourdieu, Pierre. 2000. *La dominación masculina*. 3ª ed. Anagrama.
- Briones Vozmediano, Erica, Carmen Vives Cases, Elena Ronda Pérez y Diana Gil González. 2013. "Patients' and professionals' views on managing fibromyalgia". *Pain Research and Management* 18 (1): 19-24. <https://doi.org/10.1155/2013/742510>
- Bury, Mike. 2001. "Illness narratives: fact or fiction?" *Sociology of Health & Illness* 23 (3): 263-85. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.00252>
- Carel, Havi. 2018. *Phenomenology of Illness*. Oxford University Press.
- Carel, Havi e Ian James Kidd. 2020. "Expanding transformative experience". *European Journal of Philosophy* 28 (1): 199-213. <https://doi.org/10.1111/ejop.12480>
- Cassell, Eric J. 1991. *The Nature of Suffering and the Goals of Medicine*. 2ª ed. Oxford University Press.
- Cedraschi, Christine, Elodie Girard, Cristophe Luthy, Michel Kossovsky, Jules Desmeules y Anne-Françoise Allaz. 2013. "Primary attributions in women suffering fibromyalgia emphasize the perception of a disruptive onset for a long-lasting pain problem". *Journal of Psychosomatic Research* 74 (3): 265-69. <http://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2012.12.014>

- Charon, Rita. 2006. *Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness*. Oxford University Press.
- Clauw, Daniel J. 2014. "Fibromyalgia: A Clinical Review". *JAMA* 311 (15): 1547-555. <https://doi.org/10.1001/jama.2014.3266>
- Das, Veena. 2007. *Life and Words: Violence and the Descent into the Ordinary*. University of California Press.
- De Blas López, Fernanda. 2025. *Análisis bioético del dolor y sufrimiento en mujeres con fibromialgia: corporalidad, identidad narrativa y pluralismo terapéutico*. Tesis doctoral, Universidad Nacional Autónoma de México. https://tesiunamdocumentos.dgb.unam.mx/ptd2025/ene_mar/0865901/Index.html
- Diéguez Porres, María. 2009. "Enfermedad, identidad y fibromialgia. Deconstruir el rol de enfermo: puerta de entrada a la subjetividad". *Átopos* 8: 33-48. Consultado el 16 de enero de 2026. https://www.atopos.es/pdf_08/enfermedad-identidad-y-fibromialgia.pdf
- Feito, Lydia. 2010. "Aspectos filosóficos de la relación entre las mujeres y la bioética: hacia una perspectiva global". En *Mujer, mujeres y bioética*, editado por Javier de la Torre Díaz. Universidad Pontificia Comillas.
- Frank, Arthur W. 1995. *The Wounded Storyteller. Body, Illness, and Ethics*. University of Chicago Press.
- Frank, Arthur W. 2004. "Moral non-fiction: life writing and children's disability". En *The Ethics of Life Writing*, editado por Paul John Eakin. Cornell University Press.
- Frank, Arthur W. 2013. *The Wounded Storyteller: Body, Illness, and Ethics*. 2ª ed. University of Chicago Press.
- Fricker, Miranda. 2007. *Epistemic Injustice: Power and the Ethics of Knowing*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780198237907.001.0001>
- Guerrero Mc Manus, Siobhan. 2023. "Prejuicios que silencian: Injusticia testimonial y muerte hermenéutica". *Revista Interdisciplinaria de Estudios de Género de El Colegio de México* 9 (1): 1-37. <https://doi.org/10.24201/reg.v9i1.1026>
- Hamui Sutton, Liz, Bianca Vargas Escamilla, Lucero Fuentes Barrera, Jessica González Rojas, Tomás Loza Taylor y Alfredo Paulo Maya. 2019. *Narrativas del padecer: Aproximaciones teórico-metodológicas*. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, Manual Moderno.
- Harding, Sandra. 1991. *Whose Science? Whose Knowledge?: Thinking from Women's Lives*. Cornell University Press.
- Häuser, Winfried, Jacob Ablin, MaryAnn Fitzcharles, et al. 2015. "Fibromyalgia". *Nature Reviews Disease Primers* 1: 15022. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.22>
- Kleinman, Arthur. 1988. *The Illness Narratives. Suffering, Healing, and the Human Condition*. Basic Books.
- Kleinman, Arthur. 2006. *What Really Matters. Living a Moral Life Amidst Uncertainty and Danger*. Oxford University Press.
- Laub, Dori. 1992. "Bearing Witness, or the Vicissitudes of Listening". En *Testimony. Crises of Witnessing in Literature, Psychoanalysis, and History*, editado por Shoshana Felman y Dori Laub. Routledge.
- Malterud, Kirsti. 2001. "Qualitative Research: Standards, Challenges, and Guidelines". *The Lancet* 358 (9280):

- 483-88. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(01\)05627-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(01)05627-6)
- Medina, José. 2012. *The Epistemology of Resistance. Gender and Racial Oppression, Epistemic Injustice, and Resistant Imaginations*. Oxford University Press.
- Morales Rodríguez, Pedro Pablo, José Luis Medina Amor, Concepción Gutiérrez Ortega, Luis Fernando Abejaro de Castro, Luis Fernando Hijazo Vicente y Rufino José Losantos Pascual. 2016. "Los trastornos relacionados con traumas y factores de estrés en la Junta Médico Pericial Psiquiátrica de la Sanidad Militar Española". *Sanidad Militar* 72 (2): 116-24. Consultado el 16 de enero de 2026. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1887-85712016000200007
- Park, Crystal L. 2013. "Trauma and meaning making: Converging conceptualizations and emerging evidence". En *The Experience of Meaning in Life. Classical perspectives, emerging themes, and controversies*, editado por Joshua A. Hicks y Clay Routledge.
- Pujal, Margot, Enrico Mora Malo y Nicolás Schöngut Grollmus. 2017. "Fibromialgia, desigualdad social y género. Estudio cualitativo sobre transformación del malestar corporal en malestar psicosocial". *Duazary* 14 (1): 70-78. Consultado el 19 de enero de 2026. <https://www.redalyc.org/journal/5121/512158787020/html/>
- Ricoeur, Paul. 1996. *Sí mismo como otro*. Traducción de Agustín Niera Calvo. Siglo XXI Editores.
- Ricoeur, Paul. 1999. *Historia y narratividad*. Ediciones Paidós.
- Scarry, Elaine. 1985. *The Body in Pain. The Making and Unmaking of the World*. Oxford University Press.
- Serret, Estela y Méndez, Jessica. 2011. *Sexo, género y feminismo*. Suprema Corte de Justicia de la Nación; Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación; Instituto Electoral del Distrito Federal.
- Uriarte Arciniega, Juan de D. 2005. "La resiliencia. Una nueva perspectiva en psicopatología del desarrollo". *Revista de Psicodidáctica* 10 (2): 61-80. Consultado el 19 de enero de 2026. <https://www.redalyc.org/pdf/175/17510206.pdf>
- Velayos, Lorena. 2021. "Fibromialgia, apego e identidad: análisis de un caso clínico". *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia* 11 (1): 1-20.
- Werner, Anne y Kirsti Malterud. 2003. "It is hard work behaving as a credible patient: encounters between women with chronic pain and their doctors". *Social Science & Medicine* 57 (8): 1409-19. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00520-8](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00520-8)
- Wolfe, Frederick, Brian T. Walitt, Robert S. Katz, Winfried Häuser. 2013. "Longitudinal patterns of analgesic and central acting drug use and associated effectiveness in fibromyalgia". *European Journal of Pain* 22 (3): 581-86. <https://doi.org/10.1002/j.1532-2149.2012.00234.x>



Parir en la diáspora: La experiencia de gestación intercultural de las mujeres ngäbe y bugle en Coto Brus, Costa Rica

To give birth in the diaspora: The intercultural gestation experience of Ngäbe and Bugle women in Coto Brus, Costa Rica

Viviana Guerrero Chacón*

Recibido: 26 de agosto de 2025

Aceptado: 12 de noviembre de 2025

Publicado: 20 de marzo de 2026

Artículo original

Resumen

Este artículo reflexiona sobre la experiencia de gestación y parto intercultural de las mujeres indígenas de la comunidad ngäbe y bugle en Coto Brus, Costa Rica. Aborda los desafíos sociales, económicos, culturales y médicos que enfrentan estas mujeres en torno a la atención sanitaria del embarazo y el parto, y enfatiza el sentido diaspórico de su vivencia. Contextualiza la diversidad cultural y étnica costarricense, así como las particularidades de la comunidad ngäbe y bugle, sus desafíos en la migración transfronteriza entre Costa Rica y Panamá, y las situaciones de exclusión y precariedad social y laboral a las que la comunidad está expuesta. Se hace especial énfasis en las nociones espirituales de la comunidad y su visión de la salud en *continuum* con esa cosmogonía. Posteriormente, se expone el contexto general de la atención materno-infantil en el sistema de salud costarricense y las políticas públicas existentes en torno al tema. Aunado a ello se explican las acciones implementadas por el Estado para la atención ginecobstétrica de esta población originaria y migrante transfronteriza; especialmente la lógica y el sentido del Equipo Básico de Atención Integral en Salud La Casona. Por último, se problematizan tales acciones desde tres enfoques: la comunidad ngäbe y bugle como diáspora en resistencia a la imposición cultural del Estado; desde la noción de cohabitación y la interculturalidad que busca una configuración correlacional de la toma de decisiones de política sanitaria; y desde la crítica a la noción de gestión intercultural del parto del Estado costarricense en la que persiste la noción vertical y colonial de gestión del embarazo y parto. Desde ahí se ofrecen oportunidades de mejora al Estado para impulsar una atención médica respetuosa, pertinente y acorde a los derechos humanos.

Palabras clave:

bioética,
embarazo,
feminismo,
cultura

* Universidad de Costa Rica, Costa Rica. <https://orcid.org/0009-0007-7123-7143>. Correo electrónico: viviana.guerrerochacon@ucr.ac.cr

Abstract

This article reflects on the intercultural experience of childbirth for indigenous women from the Ngäbe and Bugle community in Coto Brus, Costa Rica. It addresses the social, economic, cultural, and medical challenges these women face regarding pregnancy and childbirth care, emphasizing the diasporic nature of their experience. The article describes the context of Costa Rican cultural and ethnic diversity, as well as the specifics of the Ngäbe and Bugle community, their challenges in cross-border migration between Costa Rica and Panama, and the situations of exclusion and social and labor precariousness to which the community is forced. Special emphasis is placed on the community's spiritual notions and their vision of health in *continuum* with that cosmogony. The general context of maternal and childcare in the Costa Rican health system and the existing public policies on the subject are then described. In addition, the actions implemented by the State for the gynecological and obstetric care of this indigenous and cross-border migrant population are discussed, especially the rationale and purpose of the La Casona Basic Comprehensive Health Care Equipment. Finally, these actions are problematized from three perspectives: the Ngäbe and Bugle community as a diaspora resisting the cultural imposition of the State; the notion of cohabitation and interculturality that seeks a correlational configuration of health policy decision-making; and the critique of the Costa Rican state's notion of intercultural management of childbirth in which the vertical and colonial notion of pregnancy and childbirth management persists. This is the starting point for offering the State opportunities for improvement that would enable respectful, relevant, and human rights-compliant medical care.

Keywords:

bioethics,
pregnancy,
feminism,
culture

Introducción. Los pueblos indígenas en Costa Rica

La comunidad indígena ngäbe y bugle, sus características y desafíos

Costa Rica es un país conocido por sus riquezas naturales y su diversidad cultural. Pese a tener menos de 6 millones de habitantes, en su territorio cohabita población negra, de origen asiático, europea y estadounidense, migrantes nicaragüenses, población urbana, costera, campesina, de montaña e indígena, entre otras. Según el Censo Nacional realizado en 2011 por el Instituto Nacional de Estadística y Censos, la población indígena comprende alrededor de 2.4 % de la población y habita 6.7 % del territorio nacional (INEC 2011). Esas poco más de 100 mil personas indíge-

nas se agrupan en ocho comunidades: bribri, bröran, brunca, cabécar, chorotega, huetar, maleku y ngäbe y bugle (INEC 2011). Muchos de sus asentamientos se encuentran en zonas montañosas y en lugares alejados de los centros urbanos. Concentran, además, los índices de pobreza más altos, pese al compromiso del país con los distintos convenios internacionales para la protección de los derechos de los pueblos indígenas; por ejemplo, la ratificación en 1993 del Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT 2009).

Particularmente, la etnia ngäbe y bugle es la más numerosa de la zona sur de Centroamérica; asimismo, es la que presenta mayores índices de vulnerabilidad social y económica respecto de otras poblaciones indígenas (Solano 2020). La comunidad posee dos lenguas origina-

rias: el ngäbere y el buglére, lo cual, pese a la riqueza cultural que eso significa, trae consigo un mayor desafío comunicativo con las personas hispanoparlantes. Pero el desafío lingüístico no es el único que esta comunidad enfrenta.

La etnia ngäbe y bugle, además, se ubica en una comarca bifronteriza entre Costa Rica y Panamá, es decir, esta comunidad migra constantemente entre un Estado y el otro a razón del trabajo agrícola de café y banano. Por lo general, la población tiene su asentamiento en Panamá, pero con frecuencia transita hacia Costa Rica en búsqueda de oportunidades laborales (AECID-UNICEF 2012). Al migrar, la comunidad se establece en la zona montañosa y húmeda de la provincia de Puntarenas, extendiéndose por los cantones de Osa y Corredores, principalmente en el cantón de Coto Brus, en particular en el distrito conocido como La Casona. Todas aquellas zonas están alejadas, son inhóspitas y no tienen acceso a servicios básicos como la educación o la electricidad,

en estas comunidades es frecuente que las personas estén expuestas a insectos, mordeduras de serpientes, parásitos y otros microorganismos, falta de agua potable y de letrinas, mal manejo de las aguas servidas, entre otras (AECID-UNICEF 2012, 14).

Además del desafío lingüístico y territorial, la comunidad ngäbe y bugle se ha enfrentado al desafío social de la discriminación y la exclusión histórica. Pese a que la población se asentó en la zona desde hace varios siglos,

en los años 30 del siglo pasado fueron expulsados por terratenientes ganaderos y las compañías bananeras de las planicies fértiles que ocupaban, y se vieron forzados a ubicarse en las montañas aledañas. Estas limitaciones territoriales los han obligado a modificar algunas de

sus prácticas y costumbres (AECID-UNICEF 2012, 26).

La modificación más importante tiene que ver con su carácter de comunidad nómada. Como se dijo antes, esta expulsión de su propio territorio ha forzado a la comunidad ngäbe y bugle a migrar de manera binacional. Lo anterior ha provocado que pasarán, de poseer la tierra, a ser la mano de obra barata de los grandes caficultores y bananeros blancos;

la información documental existente desde finales del siglo XIX explica que esta movilización ha sido una forma de sobrevivencia a las presiones sostenidas sobre su territorio histórico hasta el presente (Solano 2020, 270).

Aunado a ese desafío de desterritorialización, se suma el desafío de las condiciones brutales en las que la comunidad transita por ambos países. Esta migración, en general, es a pie y a través de la montaña. Además, el nomadismo o la migración laboral de esta población posee una característica interesante: no sólo transita la persona trabajadora (generalmente los hombres), sino toda la familia, incluyendo infancias y personas adultas mayores (AECID-UNICEF 2012), lo que dificulta la atención en salud de estos sectores de la comunidad, en especial durante el trayecto.

Históricamente, el Estado costarricense ha considerado a la comunidad ngäbe y bugle como panameña, por tanto, ha sido tratada como extranjera en su propia tierra, “lo cual dificultaba el acceso a servicios básicos”. Derivado de ello,

el estigma de “migrante panameño” sirvió como excusa para la inoperancia del Estado en problemáticas tan trascendentes como tenencia de [la] tierra, educación, salud y acceso a la justicia (Solano 2020, 269).

Por eso fue fundamental que, en 1991, el Estado costarricense constituyera un proceso de cedulaación para ésta y otras poblaciones indígenas que les permitiera —en el caso de la comunidad ngäbe y bugle— tener acceso a derechos políticos en ambas naciones.

Pese a ello, dicha comunidad aún enfrenta condiciones laborales injustas. Su estatus de trabajo temporal permite que las empresas contratantes aprovechen su situación para explotar su trabajo pagando salarios por debajo del mínimo que establece la ley, negando el acceso a la seguridad social y manteniéndolos en condiciones que bien podrían catalogarse como trabajo esclavo. La situación empeora cuando se trata del trabajo hecho por mujeres:

La movilidad, para el caso de las mujeres indígenas, está orientada a mercados de trabajo precarios, devengando horarios laborales iguales a los varones en el campo, y resolviendo el trabajo doméstico y de cuidado. Su situación se ve encarecida aún más cuando los arreglos económicos se realizan con sus maridos, padres o hermanos, creando una condición de dependencia económica absoluta (Solano 2020, 275).

Es por eso que el caso de las mujeres ngäbe y bugle, principalmente en cuanto al acceso a la salud sexual y reproductiva, debe examinarse a detalle. Pese a su nomadismo y aparente falta de cohesión social, la comunidad ngäbe y bugle posee una rica cultura ancestral que impacta sus costumbres, su cotidianidad, sus valores y visiones del mundo, su idioma, su espiritualidad y hasta su forma de atender las patologías. La espiritualidad ngäbe y bugle posee una cosmogonía que tiene tres planos: el plano de las y los dioses, el plano de los sueños y el plano del agua. En el primer plano se

ubica el dios primigenio Ngöbo, creador de todas las cosas. Ahí también coexisten deidades bondadosas y malhechoras que guían la vida humana. En el segundo plano se ubican los sueños, que funcionan como predictores de eventos a los cuales hay que poner atención. En el tercero, el agua funciona como un camino por el cual pueden entrar o salir las malas energías (MEP 2017). Aunado a ello, la comunidad posee una ritualidad espiritual que se ejerce en las montañas panameñas, por tanto, la migración de un país a otro faculta poder realizar los actos sagrados en los sitios correspondientes; esto pese a que en varias ocasiones el gobierno panameño los desautorizó alegando que eran prácticas violentas (MEP 2017). En cuanto a las enfermedades y su sanación, la comunidad ha desarrollado con amplitud sus conocimientos, principalmente a través del uso de plantas medicinales —como el jengibre, la caña agria, la reina de la noche o los cogollos de guayaba—, y prácticas espirituales que regresan el balance físico y espiritual a la persona, pues su noción de la enfermedad es

resultado del desequilibrio del ser humano con su ambiente más inmediato y con las esferas espirituales, es por ello que, de acuerdo a la historia, se considera que las enfermedades pertenecen a dos grupos: las enfermedades causadas por factores sobrenaturales (encantos, vientos, espíritus, que actúan en forma autónoma o dirigidos por personas que hacen daño) y las enfermedades enviadas por Dios (MEP 2017, 70);

frente a ello, las personas sanadoras deben trabajar no sólo con lo que sucede en el cuerpo, sino también con sus causas espirituales:

en el caso de los ngäbe los grupos autóctonos distinguen entre aquellos pa-

decimientos que tienen un origen físico o natural (diarrea, vómitos, resfriados, etc.), que pueden ser tratados por los “botánicos empíricos” (médicos tradicionales) o médicos (de la biomedicina), y algunas enfermedades de origen sobrenatural que sólo pueden ser tratadas por los sukias o por hechiceros. Pero los límites entre lo físico y lo espiritual, entre lo natural y lo sobrenatural en las categorizaciones nativas son siempre rebosadas por una cultura holística donde todo está relacionado y vinculado, y donde no se puede separar el alma del cuerpo, ni la naturaleza de lo humano (Subinas 2018, 127).

Por lo general, son los curanderos quienes se encargan de efectuar los rituales sanadores. Estos hombres son tanto especialistas en plantas como líderes religiosos; sus conocimientos derivan directamente de Ngöbo, por lo que forman parte de la élite de la comunidad. Es por ello que la comunidad tiene un alto grado de confianza en su medicina tradicional frente a la medicina occidental (MEP 2017, 70).

Un último elemento por considerar es la vestimenta:

actualmente en los cinco territorios ngäbe siempre prevalece el uso del vestido tradicional por parte de las mujeres, desde niñas hasta adultas mayores usan los vestidos tradicionales [...] vestidos largos hasta los tobillos con decoraciones geométricas de diversos colores (MEP 2017, 80).

En el caso de las mujeres, la vestimenta tradicional se utiliza en el vivir diario, pero principalmente en los rituales espirituales, por ejemplo, durante el parto. Como puede verse, la comunidad ngäbe y bugle es rica en cultura y tradiciones; posee características que la hacen única en la región centroamericana; pese a ello, forma parte de los estratos más empobrecidos de Costa Rica y parte de sus afectaciones se visibilizan en la im-

posibilidad del ejercicio de su derecho humano a la salud.

Metodología y recolección de información

La presente investigación posee una metodología con un enfoque cualitativo, por ende, tiene como interés efectuar un análisis sobre el caso en estudio desde un punto de vista comprensivo, intentando explicar con profundidad el fenómeno. Dicha profundidad radica en abarcar la complejidad del fenómeno, es decir, en la contextualización histórica, sociocultural, sanitaria e interpretativa; es por ello que la presente investigación es de tipo descriptiva analítica.

Según Krause (1995), la investigación cualitativa efectúa el análisis de los casos con una mirada *desde dentro* que toma en cuenta que la realidad social es dinámica y compleja (Krause 1995, 26); estos criterios son tomados en cuenta en la investigación, ya que se efectúa un análisis contextual que da cuenta de tal complejidad.

Lo anterior significa que los estudios de caso procurarán cumplir con los criterios de rigor científico que plantea Krause (1995), a saber: *densidad, profundidad y aplicabilidad/utilidad*. Se refiere a que la investigación tiene que aportar todos los detalles posibles tanto en datos como en análisis; que la investigación posea una triangulación de datos, y que su aporte posea complejidad en los resultados. *Transparencia y contextualidad*: la persona investigadora ofrecerá nítidamente cómo obtuvo los resultados, describiendo su proceso investigativo. A su vez, se incluyen aspectos detallados sobre el contexto social, no sólo para la presentación del objeto de estudio, sino que también el contexto será usado en el análisis propiamente.

La *intersubjetividad* se refiere a la inclusión o diálogo con personas involucradas en la temática, ya sea por medio de fuentes bibliográficas o a través de entrevistas (Krause 1995, 33-34); y, finalmente, un cuarto criterio denominado *representatividad y generalización*, el cual se refiere a la construcción objetiva del objeto de estudio y la presencia de generalización en los conceptos (Krause 1995, 34). En ese sentido, siendo éste un estudio de caso, utilizaremos los primeros tres criterios, propios de ese tipo de investigación cualitativa.

Por otro lado, la investigación utilizó la metodología de estudio de caso investigativo, entendida como

una pesquisa empírica en profundidad y multifacética que: (1) investiga un fenómeno contemporáneo en su contexto real (2) cuando los límites entre el fenómeno y el contexto no son evidentes o claramente diferenciables; (3) que utiliza múltiples fuentes de evidencia o datos; y (4) que utiliza primordialmente (pero no exclusivamente) métodos cualitativos de investigación (Borges 1995, 9).

Dada la complejidad de la presente investigación, la metodología de estudio de caso se adapta a las intenciones investigativas, pues da cuenta del objeto de estudio en profundidad, tomando en cuenta el contexto sociohistórico.

Es claro que el interés es presentar un estudio profundo del caso, bajo una lógica interpretativa (Borges 1995, 10) que abarque la complejidad del fenómeno en cuestión. Hacerlo implica ofrecer “un análisis hermenéutico y crítico de su objeto de estudio para la transformación de su significado” (Guevara 2016, 166); ese análisis puede hacerse como recopilación documental, como revisión de contenido o como adquisición de sentido (Guevara 2016).

Esta investigación arte funciona según la segunda de las acepciones, ya que se utilizó no una recopilación exhaustiva de fuentes (dada la enorme cantidad de ellas), sino más bien una selección de literatura pertinente de la cual se examina su contenido para determinar los hallazgos de las investigaciones, así como sus vacíos. A continuación, los descubrimientos.

El abordaje teórico de las diásporas, interculturalidad y espiritualidad indígena disidente

La diáspora como resistencia cultural-espiritual y política

Generalmente pensamos el término *diáspora* como expresión de la dispersión de las personas judías por el mundo, de las comunidades integradas por personas exiliadas en los países de llegada o como las asociaciones espirituales disidentes; por ejemplo, las compuestas por las religiones de origen africano. Aunque en cierto sentido todas esas comunidades, efectivamente, comparten un sentido diaspórico de ser, la *diáspora* trasciende las experiencias concretas para configurarse como una resistencia frente a la hegemonía cultural-espiritual y la violencia política del Estado.

Diasporizar implica entonces un ejercicio autonómico de la cultura, no necesariamente como oposición a la hegemonía cultural del país de llegada, sino como un *otro* que pone en evidencia la necesidad de la convivencia diversa. Por eso la diáspora no es una etiqueta, sino un modo de estar en el mundo; en otras palabras:

es un modo de vivir en el que la alteridad es constitutiva de la identidad pro-

pia. Y sobre la base de esas conciencias supuestas del desplazamiento y la cohabitación heterogénea [...] la diáspora [funciona] como recurso histórico y principio directivo para repensar cómo habría de ser un régimen justo en esas tierras (Butler 2011, 75).

Que la diáspora sea un modo de *ser otro* tiene implicaciones en el interior del grupo que se despliegan en todas las facetas de la subjetividad, en la forma de comer, de habitar, de politizar, de parir o de ejercer la espiritualidad. Pero también (y quizá es lo más importante) tiene repercusiones para el grupo que recibe la diáspora:

no sólo no podemos escoger con quién cohabitar, sino que debemos preservar activamente el carácter no elegido de la cohabitación inclusiva y plural: no sólo vivimos con quien no escogimos y con quienes quizá no nos identificamos, sino que además estamos obligados a preservar su vida y la pluralidad de la que son parte (Butler 2011, 81).

La diáspora impulsa a quienes reciben a pensar su capacidad de pluralizar, de recibir, de respetar y de cohabitar; les fuerza a preguntarse su propia identidad y la forma en que se materializan los derechos de *las otras*. Esa pregunta incómoda que nos genera la presencia de una diáspora en nuestro espacio vital se desagrega primeramente en una pregunta ontológica de triple cuño: ¿quiénes son ellas, *las otras*?, ¿quiénes somos *nosotras*? y ¿qué tipo de vínculo tenemos *ellas* y *nosotras*?;

estamos vinculados al extraño, a aquel o aquellos que nunca conocimos y nunca escogimos. Si aceptamos esta especie de condición ontológica, entonces destruir al otro es destruir mi vida, ese sentido de mi vida que es necesariamente vida social (Butler 2011, 85).

Pero la presencia de la diáspora, además de *invitar-nos* a reflexionar sobre nuestras ontologías, nuestras identidades y modos de ser, conlleva también *preguntar-nos* las repercusiones políticas de su existencia, la forma en que los Estados reconocen su participación y les ofrecen, en igualdad, condiciones dignas de existir diaspóricamente:

la igualdad de protección o la igualdad sin más, no es un principio que homogeniza aquellos a los que se aplica; más bien, el compromiso de igualdad es un compromiso con el mismo proceso de diferenciación (Butler 2011, 82).

Claramente esa igualdad amparada en el respeto a la diferenciación cultural de la que las diásporas forman parte, no es un principio ético abstracto, sino que debe configurarse como un ejercicio político y jurídico. Esto se debe a que

los derechos políticos están separados de la ontología social de la que dependen: los derechos políticos son universales, aunque siempre en el contexto de una población diferenciada (y en continuo proceso de diferenciación) (Butler 2011, 83).

La existencia de la diversidad cultural materializada diaspóricamente o no, no debería ser más que un dato antropológico, pero no político, ante el Estado, *todas somos iguales*.

Pese a ello, en general, las reacciones tanto sociales como estatales ante la presencia de una diáspora son de rechazo y exclusión, justamente porque la presencia de las *ellas* contribuye a incentivar los sentimientos identitarios nacionalistas. En apariencia, mediante su otredad se consolida la unidad política de la nación (Butler 2011) y es ahí donde radica el germen de la justificación de la violencia social y política contra las diásporas, las otredades y las diversidades. Es en

ese escenario que se convierte en una obligación la reflexión sobre la violencia onto-identitaria y política contra las diásporas, no sólo porque su existencia en *nuestros* territorios es inevitable, sino porque además es deseable.

Cohabitar es algo anterior a cualquier comunidad posible, a cualquier nación o vecindad. Podemos escoger dónde vivir y con quién, pero no podemos escoger con quién cohabitar la tierra (Butler 2011, 81).

Por ello la responsabilidad imperiosa de discutir los privilegios del *nosotras* y las vulnerabilidades de *ellas*, no sólo con fines analíticos, sino fundamentalmente políticos en torno a reparar los daños. Cohabitar la tierra significa entonces un entronque dialéctico entre el reconocimiento político de los derechos y el reconocimiento de la diferenciación cultural de las diásporas (y otras alteridades); este último elemento implica la comprensión y el respeto a *otros* modos de vivir la vida: otras formas de comer, de aprender, de hacer familia, de organizar políticamente, de enfermar y sanar, de gestar, etcétera.

En el caso de muchas poblaciones indígenas, como el de la comunidad ngäbe y bugle, muchos de esos modos de vivir están atravesados por una espiritualidad que también funciona diaspóricamente, una espiritualidad no cristiana que nos obliga a pensar que más que el derecho humano a la libertad de credo, de lo que se trata es del respeto intercultural a la espiritualidad.

La interculturalidad es un marco conceptual que ha sido construido con el afán de cuestionar las imposiciones culturales, morales y religiosas, tanto del capitalismo tardío como de la teología cristiana kyriarcal. Dicho concepto es entendido como un ejercicio del

cristianismo eurocéntrico, autoritario, fundamentalista, jerárquico y sexista, en el que la producción de espiritualidad universaliza los modelos explicativos colonizadores. Así, éste se apega no sólo a los intereses económicos dominantes sino a interpretaciones religiosas alejadas de los modos de vida latinoamericanos, “debido a su carácter *kyriarcal*-monocultural y eurocéntrico esta tradición resulta obsoleta e incapaz de ofrecer visiones que sean convergentes con los valores y aspiraciones de los movimientos sociales, intelectuales y religiosos que buscan respuestas a los crecientes problemas de la injusticia social” (Aquino 2008, 44).

Estas imposiciones, lejos de favorecer la integración cultural de las diásporas o los grupos disidentes, violentan su derecho a cohabitar el espacio ejerciendo espiritualidades de manera disidente. Por eso resulta necesario sustituir el lenguaje de las teologías kyriarcales por el lenguaje de la interculturalidad, no con el afán de construir nuevas imposiciones (venidas ahora de las diásporas) o cambiar un universalismo por otro, sino para favorecer la interacción cultural. “No significa ser benevolente con el ‘otro’ y acogerlo dentro de mi universo. Supone algo más: una actitud de mutua apertura para la transfiguración de lo propio y lo ajeno en busca de un espacio común” (Vélez 2008, 343).

Así, la mutua apertura implica entonces un proceso de negociación política y de poder, que amerita como punto de partida una actitud de respeto y dignidad frente a la existencia de la alteridad. “En ese sentido, la interculturalidad es una experiencia que brota de la vida cotidiana, porque es ahí donde acontece la interacción humana y desde ahí la gente explica su existencia. Esa experiencia va más allá del mero cultivo de la tolerancia

o del simple reconocimiento de la diversidad cultural, ya que entiende esa diversidad como una oportunidad para un mejor desarrollo cultivado por el diálogo” (Aquino 2008, 51). Por eso la interculturalidad como cohabitación no se puede producir desde dictámenes legales o mandatos políticos, sino a través de *otras* convivencias interdiaspóricas, es decir, a través de compromisos éticos vivenciales. Esos compromisos implican “un proceso de deliberación crítica que, en al [sic] interactuar con otros lenguajes teológicos liberadores, busca contribuir a la construcción de realidades distintas” (Aquino 2008, 61) y justo eso es necesario frente a la vulnerabilidad de las poblaciones indígenas, no solventar las violencias a las que se enfrentan con mecanismos asistencialistas, sino a través del reconocimiento de su dignidad diaspórica, de su espiritualidad disidente y de sus derechos políticos, como el derecho a la atención sanitaria.

Ahora bien, cuando se discute en torno a los derechos de las mujeres, particularmente de los derechos sexuales y reproductivos como en este caso, el marco paradigmático de la interculturalidad se queda corto, por eso es necesario incorporar al debate *los feminismos*, de tal manera que se pueda dar cuenta de las vivencias de violencia de las mujeres diaspóricas, que parten del hecho de ser mujeres, pero, además, por ser integrantes de alteridades y disidencias, como ser una mujer indígena ngäbe y bugle en un país racista como Costa Rica.

Hablamos de *los feminismos* justamente para reconocer que no existe un sujeto político *mujer* único, cerrado y total, sino una pluralidad de experiencias de mujeres, todas ellas igualmente valiosas e importantes. Justamente allí radica el entronque entre interculturalidad y feminismo: en el entendido de

que la diversidad se expresa no sólo entre culturas en general, sino entre culturas de las mujeres en particular, en otras palabras, son experiencias “que se han entendido como contextuales, parciales, limitados por el espacio-tiempo de cada cultura. Es aceptar que el avance de la conciencia feminista no depende exclusivamente de marcar unas metas y caminar tras ellas a costa de todo, sino de ser capaz de vivir en el seno de una propuesta feminista la diversidad de ritmos, de urgencias, de situaciones diversas que acompañan a las mujeres” (Vélez 2008, 352).

Esta construcción de cohabitación desde la interculturalidad, los feminismos y desde un lugar situado en América Latina debe promover entonces la reestructuración discursiva y la dignificación de la diáspora ngäbe y bugle, con el objetivo de cohabitar la tierra costarricense en igualdad de condiciones y acceso a derechos,

solo así, mediante el cultivo del diálogo, del “inter”, de la transformación cultural, será posible un mundo donde las mujeres blancas, negras, mestizas e indígenas de todos los estamentos sociales y de todas las culturas empíricas, podrán vivir y realizarse en una sociedad donde nunca más se produzca exclusión y marginación en razón de la condición sexual (Vélez 2008, 257).

Lograr ese *otro mundo* posible implica no sólo una transformación política que garantice un real cumplimiento de derechos para las diásporas, una transformación cultural que permita el despliegue ontológico intercultural de todas las identidades, sino que también implica una transformación epistemológica que desmonopolice las formas occidentales de pensar el mundo. Sólo logrando eso puede haber cabida para

el conocimiento indígena; en este caso, particularmente, una forma ngäbe y bugle de entender el cuerpo gestante, la medicina y el parto.

Resultados: El contexto sociohistórico de la salud materno-infantil en Costa Rica

Tal y como lo determinan las distintas normativas y regulaciones, tanto internacionales como regionales, la atención en salud forma parte esencial del cumplimiento de los derechos humanos de las mujeres. Pero, además, cuando se trata de la atención médica del embarazo, el parto y el puerperio se trata de un asunto de vida o muerte, pues en América Latina se presentan los índices de morbilidad materno-infantil más altos del mundo, especialmente en mujeres en condiciones de marginalidad (CIDH 2011).

Si bien las convenciones de derechos humanos —como la Convención Americana sobre Derechos Humanos, la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre y particularmente el Protocolo de San Salvador— establecen la obligatoriedad de los Estados para garantizar el acceso equitativo e igualitario para todas las mujeres a los servicios médicos, lo cierto es que la región centroamericana presenta graves problemas en el cumplimiento de ese mandato. Esto se debe a que persiste la existencia de múltiples obstáculos que impiden su ejecución real, principalmente para las mujeres en condiciones de vulnerabilidad extrema. Estas barreras

están relacionadas con diferentes formas de discriminación que las mujeres han históricamente enfrentado en distintos niveles, sea en el hogar y/o en los establecimientos de salud, generándose des-

igualdades en salud entre las mujeres y entre los hombres y las mujeres en cuanto al disfrute de sus derechos humanos (CIDH 2010, 2).

Según el Instituto Nacional de Estadística y Censos de Costa Rica, hasta el 2017, el país había logrado disminuir su tasa de mortalidad materna, pero a partir del 2019 ésta ha incrementado (incluso previo al aumento a raíz de COVID-19) pasando de 11 muertes maternas en 2018 a 13 en 2019 y 22 en 2021, pasando de una razón de mortalidad de 1.61 a 4.05 (INEC 2022). Este fenómeno, tal y como se mencionó antes, se presenta espacialmente en las zonas excluidas del país incluyendo los territorios indígenas. A pesar de que el Estado costarricense ha informado que la mayoría de las personas indígenas reciben atención médica en su territorio, la lejanía de los centros de salud, la dificultad del traslado, las barreras culturales e idiomáticas mantienen una fuerte segregación en el acceso a los servicios, lo cual afecta especialmente a las mujeres indígenas, sean costarricenses o no.

Situación de la salud materno-infantil de las mujeres indígenas ngäbe y bugle

A través de la ratificación de las distintas convenciones de derechos humanos, el Estado costarricense ha asumido el compromiso de garantizar la atención en salud de toda la población, en especial de la población en condición de vulnerabilidad, como lo son las mujeres indígenas. Incluso, el sistema de salud contempla la atención materno-infantil de toda aquella persona que lo necesite, independientemente de su condición migratoria.

Pese a ello, por el proceso de cedula- ción, la mayoría de las mujeres ngäbe y

bugle son costarricenses; eso les otorga un derecho inalienable a la salud en general y la salud sexual y reproductiva en particular. Esto adquiere fundamental importancia en vista de que

la edad a la que las mujeres indígenas empiezan su vida sexual y experimentan sus primeros embarazos oscila entre 14 y 16 años, aunque entre esta población sí se han presentado casos de niñas de 12 años. En términos de población femenina que ha nacido o vive de forma permanente en Costa Rica, se puede notar una diferencia con respecto a las que son parte del flujo migratorio laboral, pues estas últimas carecen en mayor medida de información, los niveles educativos son mucho más deficientes y, en general, las condiciones de las fincas las expone mucho a situaciones de abuso sexual (Solano 2020, 278).

Las condiciones de exclusión y vulnerabilidad social a las que se ven expuestas estas mujeres a lo largo de su vida, incluso desde edades muy tempranas, obliga al Estado costarricense a responder, atendiendo no sólo las patologías y otros servicios sanitarios, sino a trabajar en la deconstrucción de esquemas patriarcales que sobreviven dentro de la comunidad (Solano 2020), principalmente en relación con el papel de la mujer como única responsable del cuidado.

Aunque esto sea una obligación para el Estado y se hayan hecho algunas iniciativas para trabajar el tema sexual y reproductivo al interior de la comunidad, “en promedio, las mujeres ngäbes y buglés tienen alrededor de seis hijos o hijas, en aquellas que superan los 50 años de edad por lo general este número es mayor” (Solano 2020, 279); además, experimentan altos índices de embarazo adolescente; abortos no deseados productos de las condiciones de explotación laboral y una vida sexual cargada

de violencia incluso en parejas formalmente establecidas.

En cuanto a la salud materna de las mujeres ngäbe y bugle, Solano y Cordero (2017) aseguran que la edad a la que estas mujeres tienen su primer embarazo es a los 17 años, por lo que confluyen tanto la dificultad en el acceso a un embarazo y parto institucionalizado, como la recurrencia del embarazo adolescente. “Acercas de la cantidad de hijos nacidos vivos y el deseo del embarazo, se halló un promedio de seis hijos tenidos vivos y 44.8 % de las mujeres reportaron no desearlo o que preferían esperar. A este respecto, se reporta en la memoria histórica la existencia de conocimientos médicos y prácticas para controlar la natalidad antes de la expansión de la medicina occidental; sin embargo, este conocimiento se ha perdido en el tiempo, entre otras cosas, por las varias rupturas territoriales y culturales a las que este pueblo indígena ha estado sometido de forma constante desde el siglo XIX y la persecución sufrida hacia los especialistas indígenas de la salud, principalmente las mujeres parteras” (Solano y Cordero 2017, 12).

Aunado a ello, según detectan Solano y Cordero (2017), alrededor de 30 % de las mujeres embarazadas aseguran haber tenido algún problema de salud en su proceso gestacional. De ellas, 60 % recibió tratamiento médico occidental, 20 % de un curandero y 4 % de una partera. Lo anterior indica que la respuesta del Estado ha sido medicalizar los procesos patológicos del embarazo, por eso la falta de accesibilidad resulta ser un agravante y un riesgo. En otras palabras: el Estado costarricense ha optado por medicalizar los procesos de embarazo de las mujeres indígenas, sin que esto haya significado necesariamente un aumento y mejoría en el acceso, la

disponibilidad y la calidad de los servicios. Todo lo anterior pone en riesgo de morbilidad a las mujeres y a sus hijos e hijas, pues se han desestructurado las técnicas ancestrales de atención de la salud materna.

Discusión: El caso particular del Equipo Básico de Atención Integral en Salud La Casona, ¿una aproximación al parto diaspórico?

La gestión intercultural del parto según la Caja Costarricense del Seguro Social: mitos y realidades en el Equipo Básico de Atención Integral en Salud La Casona

La documentación refleja que el Estado costarricense es claro en la vulneración de los derechos de las mujeres ngäbe y bugle, principalmente cuando reconoce que:

la asistencia a servicios de control prenatal es limitada y está atravesada por cuestiones como la lejanía y el difícil acceso a los puestos de salud, así como por factores socioculturales, tales como el temor, la negativa a ser examinadas por personal del sexo opuesto, el monolingüismo, el bajo nivel educativo y el machismo. A esto se suman altas tasas de fecundidad, superiores al promedio nacional: las parejas que habitan en territorio indígena tienen un promedio de 4 hijos/as; el promedio es de 3 para las parejas indígenas que viven fuera de estos territorios, mientras que el promedio nacional es de 2” (AECID-UNICEF 2012, 14).

Frente a ello, la entidad ejecutora de los servicios de salud, la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) a través de su órgano de atención primaria, el Área de Salud Coto Brus, y más específicamente el Equipo Básico de Atención Integral de la Salud (EBAIS) de La Casona, han desarrollado algunas acciones y gestiones

buscando mejorar tanto el acceso a los servicios como su calidad.

Según la CCSS, esas acciones y gestiones se rigen por un absoluto respeto de la medicina tradicional indígena y por un modelo con perspectiva intercultural de la salud. En ese modelo, la medicina ngäbe y bugle se relaciona de manera armónica con la medicina occidental a través de dos principios básicos:

la dignidad y soberanía de todas las culturas, y el mutuo aprendizaje dirigido por el diálogo permanente y la convivencia. Un sistema de salud intercultural es un sistema abierto a la voz de cada interlocutor y reconoce sus particulares aportes. Su objetivo final es lograr la armonización de ambos sistemas, en beneficio de la población indígena (AECID-UNICEF 2012, 24).

Para ello, un sistema de salud intercultural debe reconocer el conocimiento indígena sobre la salud, respetar la forma en la que las personas indígenas definen la salud y la enfermedad (tanto en sus expresiones como en sus tratamientos), definir la atención integral de la salud según las necesidades, prioridades y características de la comunidad, gestionar los servicios con relaciones respetuosas con la comunidad (incluyendo la comunicación en el idioma de la comunidad), sin autoritarismo de las personas ni los modelos y garantizando que las decisiones las tome la comunidad (AECID-UNICEF 2012, 24-25). Con esos principios y criterios, el EBAIS La Casona asegura gestionar sus servicios en cumplimiento del modelo, particularmente en cuanto a la atención del embarazo y el parto; esa gestión se materializa en las siguientes estrategias sanitarias (AECID-UNICEF 2012):

- La creación de la figura de la persona asesora cultural: una perso-

na indígena que funciona como vínculo entre el área de salud y la comunidad, traduce y valida las acciones institucionales a través de la consulta, a la vez que estas personas se forman en hábitos saludables, prevención de enfermedades, entre otras acciones, así como para compartir sus conocimientos con la comunidad.

- Capacitación del personal de salud: esta estrategia implica que el personal aprenda el idioma de la comunidad, así como herramientas de comprensión antropológica y conocimiento de la interculturalidad.
- Docentes y promotoras/es de la salud indígena: implica la formación pedagógica de la niñez y juventud de la comunidad en temas de salud para que repliquen sus nuevos conocimientos con sus familias y demás entorno social.
- Atención intercultural de la salud en el EBAIS: esta estrategia es propiamente de la atención médica e implica atención en el idioma de la comunidad, el trabajo conjunto con los curanderos tradicionales y la posibilidad de elección de los tratamientos y su gestión.
- EBAIS móvil: este es un servicio médico que no tiene instalaciones definidas, sino que se mueve con la comunidad en su tránsito entre Costa Rica y Panamá, sus servicios son básicos, pero permiten llevar control prenatal, atender urgencias y la vacunación infantil.
- Base de datos binacional: se trata de llevar un sistema integrado de datos entre los dos países que permita tener un monitoreo

y acceso a la información médica accesible para la CCSS y así dar seguimiento a tratamientos y patologías crónicas.

- Campañas de higiene y hábitos de vida saludables: esta estrategia comparte acciones de capacitación a la comunidad en el lavado de manos, higiene bucodental, alimentación saludable, nutrición de las infancias y otros temas asociados.
- Tratamiento del agua: esta estrategia se centra en la purificación del agua mediante pastillas potabilizadoras y en la concientización sobre su importancia. Asimismo, aborda el manejo de aguas negras, con el fin de prevenir enfermedades asociadas a la suciedad del agua.
- Parteras ngäbe y bugle:

una de las razones principales de la mortalidad neonatal entre la población indígena de Coto Brus era la falta de atención hospitalaria a la hora del parto. Un análisis detenido e informado mostró que la falta de asistencia al hospital estaba relacionada con que los partos eran atendidos por personal masculino. A partir de esa constatación se propició la atención a la población indígena exclusivamente por personal femenino, lo que ha favorecido la asistencia al hospital y disminuido la mortalidad materno-infantil (AECID-UNICEF 2012, 68);

por tanto, se da la opción a las mujeres embarazadas de ser atendidas por personal médico, por la partera o por ambas. Además de la participación de las parteras en la conformación de instrumentos y normativas internas

de atención prenatal, ellas colaboran con la incorporación de bebés nacidos en casa a los sistemas de registro nacionales.

- Bolsas semáforo: son bolsas con medicamentos, utensilios de higiene, información pertinente y otros implementos del embarazo; se les otorga un color del semáforo según el nivel de riesgo de la gestación.
- Kit de parteras: se trata de una bolsa para atención de partos fuera del sistema hospitalario, contiene medicamentos básicos, ropa de bebé y otros elementos de emergencia como focos, pilas, guantes, etcétera. Esta estrategia se complementa con la visita domiciliar a recién nacidas/os para así garantizar su salud y el uso de los implementos.
- Abuelas y abuelos cuentacuentos: esta estrategia está dirigida a “instalar en la Escuela de La Casona una sesión semanal para que las y los adultos mayores indígenas puedan conversar con las niñas y los niños sobre distintos temas. Las sesiones se piensan organizar a partir de contar una historia; la selección de los cuentos se hará en conjunto con los médicos y las parteras” (AECID-UNICEF 2012, 76); en ese sentido se aprovecha la sabiduría de las personas mayores en la protección de la salud de la comunidad.
- Charlas de salud sexual y reproductiva para personas adolescentes: siendo que la comunidad considera inapropiado que las personas adultas hablen de sexualidad con jóvenes, se implementa una estrategia donde el

personal sanitario comparte información principalmente sobre métodos anticonceptivos, pero respetando las costumbres en cuanto a la importancia de los métodos naturales.

Estas estrategias han sido un motivo de orgullo para la CCSS no sólo en tanto el cumplimiento de las normas internacionales sino también en el impacto que han tenido en disminuir la morbilidad materno-infantil, la reducción de enfermedades prevenibles, enfermedades de transmisión sexual y embarazos adolescentes, entre otros. Vale la pena preguntarse si esa disminución ha sido significativa, pero, además, más allá del discurso institucional, si la comunidad y particularmente las mujeres coinciden en que la intervención estatal garantiza una gestión intercultural del embarazo y parto. Lo veremos a continuación.

La realidad del Equipo Básico de Atención Integral en Salud La Casona: promesas, paternalismo y voces de mujeres

La CCSS ha sostenido públicamente el discurso de que sus acciones y gestiones en el EBAIS La Casona son un éxito sanitario y que, efectivamente, se ha logrado dar una gestión intercultural de los servicios, en especial de la atención del embarazo y parto de las mujeres ngäbe y bugle. Pero lo cierto es que, a pesar de la leve disminución en las cifras de morbilidades y mortalidad de la comunidad,

la discriminación estructural que afecta a los pueblos indígenas, junto con el empobrecimiento derivado del despojo sistemático de sus territorios y la pérdida de las formas de vida tradicionales, los

obstáculos para la participación política y el racismo institucionalizado ejercen un fuerte impacto negativo sobre la salud de los pueblos y personas indígenas (Subinas 2018, 112).

Por tanto, los esfuerzos han sido insuficientes para garantizar el debido acceso de los pueblos indígenas a la salud. En cuanto a la atención de la salud de las mujeres, Solano y Cordero (2017) aseguran que:

en estos diez años de observación no se ha superado es [sic] la deshumanización de las mujeres en los servicios de salud, o su infantilización. Como una posición cómoda por parte de las trabajadoras y los trabajadores de salud, la interacción en un “contexto de equidad” se limita a la comunicación con sus maridos o padres. Es común desde el personal abortar la misión de establecer canales de comunicación y negociación, mucho antes de empezar. Perviven los discursos relativistas culturales disfrazando posiciones racistas (Solano y Cordero 2017, 9).

De ello se desprende que tener una política de gestión institucional de la salud, la puesta en práctica de las acciones mencionadas en el apartado anterior y una leve disminución de las cifras de morbilidad, no representa que haya una gestión intercultural de la salud, y menos aún una erradicación de posturas ontológicas y epistemológicas coloniales. Todo lo contrario, estamos frente a una forma de racismo simbólico que impacta la cultura institucional de la CCSS y que se expresa en la deslegitimación de los conocimientos indígenas, en la infantilización de las mujeres y en la verticalidad de la atención.

En otras palabras, “la institucionalidad se ha encargado de degradar el concepto de interculturalidad, llevándolo

a prácticas ‘folklorizantes’, abordajes ahistóricos, interpretaciones profundamente racistas disfrazadas de discursos interétnicos, irrupción de la estructura social cultural con eslogan de ‘mejorar la cultura’, entre otras” (Solano y Cordero 2017, 5). La gestión intercultural de la salud y más aún de la salud de las mujeres embarazadas no puede ser solamente un discurso ni el diseño de una política, ni tampoco la ejecución de acciones que, si bien son importantes, no pasan de ser asuntos superficiales. Tiene que ver con la construcción de un respeto epistemológico y ontológico entre dos culturas igualmente valiosas, y no donde se perpetúe la ideología de la conquista, donde las personas blancas *rescatan a los indios*. Específicamente para el caso en estudio, Solano (2020) asegura que:

en la experiencia del Área de Salud de Coto Brus (frontera con Panamá) se ha construido un discurso alrededor de la incorporación del saber de estas mujeres en la atención de los partos institucionalizados, sin embargo, en la práctica se ha avanzado poco en acercarse al conocimiento desde un diálogo de saberes. Las parteras han sido relegadas a una práctica desde las sombras, a una posición de observadora-acompañante en el momento del alumbramiento en los hospitales. Más allá de los discursos políticamente correctos, la partería se ha abordado desde la sala de partos como una necesidad de folklore y no como un conocimiento legítimo y valioso (Solano 2020, 280),

todo lo cual confirma que, efectivamente, no se ha logrado el diálogo intercultural requerido para el mejoramiento de los servicios en salud. La investigación de Solano (2020) comprueba las distintas formas de violencia obstétrica a las

que son sometidas las mujeres ngäbe y bugle, principalmente, en los partos institucionalizados: forzamiento a parir en posición decúbito horizontal y en camillas; presencia de médicos varones¹ en los partos; irrespeto a los tiempos necesarios para el alumbramiento; impedimento de tomar las bebidas ancestrales y otras prácticas tradicionales como retardar el corte del ombligo; bañar a la recién nacida o al bebé en leche materna por cuatro días; enterrar el ombligo y la primera flema de la recién nacida o del bebé; tomar un té a base de hojas de yuca para la producción de leche materna (Solano 2020), entre otras prácticas que, al no ser incorporadas en los protocolos, son ignoradas, mal vistas o incluso sancionadas por el personal sanitario.

En este escenario de atención de la salud, es imposible hablar de acciones interculturales cuando no se han superado condiciones básicas para establecer un diálogo de saberes en condiciones de equidad, así como un abandono de la visión folclórica y estática de la cultura de los pueblos indígenas. Es por eso que las acciones terminan siendo limitadas a batas de maternidad con diseños alusivos a lo tradicional, salas de parto decoradas con pinturas y motivos “alegóricos” al mundo indígena, entre otros; es decir las transformaciones son más ornamentales o estéticas que relacionales (Solano 2020, 284).

Por tanto, la gestión intercultural del embarazo y el parto son todavía deudas pendientes con la población ngäbe y bugle. A continuación veremos las implicaciones de ello en la identidad diaspórica, la protección de la cultura y el acceso al derecho humano a la salud.

Conclusiones. A propósito de la diáspora, la interculturalidad y la medicalidad indígena

Diasporizar es una forma de habitar el mundo, de recorrerlo y de apropiarlo, y obliga a las naciones del mundo a enfrentarse con la discusión de cómo llevar a la práctica social los diversos enfoques de la interculturalidad. Las diásporas son entonces una motivación para seguir encontrando respuestas a la diversidad humana.

Siendo Costa Rica un país transitado, habitado e impactado por la existencia de múltiples diásporas, ha resultado incapaz de convertir sus promesas de compromiso con los derechos humanos en formas de vida más que sólo normas ratificadas jurídicamente. Por eso, la comunidad ngäbe y bugle representa la evidencia del reto que tenemos por delante para lograr cumplir con el primer mandato de la Constitución Política que dicta que “Costa Rica es una República democrática, libre, independiente, multiétnica y pluricultural” (Costa Rica 2017, 9).

Una Costa Rica multiétnica implicaría el respeto a las múltiples formas de vivir la vida que coexisten en el país, implicaría no sólo el respeto a la cosmogonía ngäbe y bugle sino a sus formas ancestrales de sanación; implicaría no sólo el respeto al ejercicio autonómico de su cultura, sino más bien al apoyo y otorgamiento de condiciones que posibiliten una existencia digna de su población.

Una Costa Rica pluricultural no vería a las comunidades indígenas como *otros* que de alguna manera vinieron a cohabitar el espacio, sino como parte de la riqueza cultural de un país sumamen-

1 “Para las mujeres indígenas el momento del alumbramiento, el embarazo y el postparto son espacios que se deben compartir sólo entre mujeres; esta situación es una de las principales fricciones con la atención estatal de la salud donde con frecuencia los equipos de atención pueden estar compuestos por hombres” (Solano 2020, 282).

te diverso y que, por diverso, es único. En una Costa Rica pluricultural, la comunidad ngäbe y bugle no debería resistir a la hegemonía colonial del Valle Central, sino que sus visiones y aportes culturales serían recibidos como propios, para así transitar de un reconocimiento universal de derechos que esté en las normas hacia una sociedad que da *igualdad en la diversidad*.

Como se ha demostrado, la resistencia diaspórica de las mujeres ngäbe y bugle se lleva a cabo en su vestuario, en sus ritualidades ancestrales, en su espiritualidad, en la tradición oral, en la función de las parteras. Lo anterior, no gracias, sino más bien, a pesar de la incidencia institucionalizada colonial. Ellas han logrado mantener vivo su legado cultural a pesar del peso que presenta el Estado, pero además, con sus prácticas diaspóricas cuestionadoras, han puesto en duda el verdadero compromiso intercultural de entidades como la CCSS, además de que han forzado a los grupos de mujeres y organizaciones feministas a cuestionar los privilegios de las mujeres blancas que generalmente asisten a parir en los hospitales y las vulnerabilidades de las mujeres que no quieren o no pueden hacerlo.

Aunado a los elementos migratorios y socioculturales, se puede concluir que en Costa Rica persiste un desafío respecto a la accesibilidad al sistema sanitario de atención obstétrica y su apego a los derechos humanos y a la justicia sanitaria. En ese sentido, uno de los elementos que impide el acceso de calidad al sistema sanitario tiene que ver con que la noción hegemónica de lo médico es la occidental, desde donde la medicina indígena es sólo accesoria o secundaria (Subinas 2018). Esto no sólo enfatiza el carácter paternalista y colonial del enfoque, sino que no permite la apropiación

de la comunidad al sistema, que se percibe como lejano, impuesto y muchas veces violento.

Como ya se mencionó, para la comunidad ngäbe y bugle, la enfermedad no tiene que ver sólo con el cuerpo, sino que está en juego también un desequilibrio espiritual; por tanto, una atención de la patología, desde la medicina científica, impide la correcta sanación (Subinas 2018). En ese sentido, los curanderos de la comunidad no deberían funcionar accesoriamente a la medicina occidental, sino que, por el contrario, deberían liderar los procesos sanadores para que haya un verdadero arraigo cultural. Pese a ello, “las prácticas curativas de los sukias, que incluyen un fuerte componente sobrenatural, están especialmente sojuzgadas y marginalizadas por la biomedicina, pero toda práctica médica indígena que tenga un componente sobrenatural es despreciada” (Subinas 2018, 130), porque es pasada por el filtro de la moralidad y la cientificidad occidental dentro de la cual, la forma ngäbe y bugle de concebir lo espiritual es juzgado de mágico y acientífico quedando fuera de *lo médico*. Bajo esa idea, la gestión intercultural de la salud no pasaría de ser más que una promesa no cumplida.

La interculturalidad en salud está relacionada con la existencia de diferentes formas de concebir el proceso salud-enfermedad y a la necesidad de orientar esfuerzos hacia la creación de espacios de diálogo e interacción entre los diferentes modelos de atención en salud y las diferentes concepciones culturales (Subinas 2018, 190).

Esto implica la necesidad de construir políticas y acciones donde ambas culturas —la occidental y la indígena— dialoguen en igualdad de condiciones y

desde la equidad epistemológica y no, como generalmente sucede, desde un lugar de poder colonial donde la medicina occidental cataloga lo que va a ser tomado en cuenta, y lo que no, de la medicina indígena.

Los profesionales de la biomedicina suelen tener rechazo o escepticismo hacia las concepciones ancestrales de la enfermedad, pero es fundamental que el personal sociosanitario conozca esta realidad, ya que permite conocer el origen del “mal” desde el punto de vista del paciente, prestando atención a esta importante dimensión psicosocial (Subinas 2018, 195).

No se trata entonces de que la medicina occidental *autorice* a la medicina indígena, sino que se desestructuren los recursos de poder epistémicos coloniales que verticalizan y hegemonizan la atención sanitaria. Finalmente, la importancia de reflexionar en torno al acceso a la salud materna de las mujeres ngäbe y bugle, más que un asunto académico, implica el reto sociopolítico de generar espacios de incidencia real para la promoción de sus derechos, reto que, como sociedad comprometida, debemos tomar con los derechos humanos.

Referencias

- Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (AECID-UNICEF). 2012. *Sistematización de buenas prácticas desarrolladas para la promoción de estilos de vida saludables y la atención de la salud materno-infantil en la población indígena Ngöbe. Área de Salud de Coto Brus*. Unicef. Consultado el 21 de enero de 2026. <https://www.unicef.org/costarica/media/1361/file/Sistematizacion-de-buenas-practicas-para-promover-estilos-de-vida-saludables.pdf>
- Aguirre Crespo, Alejandra, Beatriz Martínez Ramírez, Karla Rivero, et al. 2013. “La atención del parto: poder, derechos, violencia”. *Revista Salud Quintana Roo* 6 (25): 21-25. <http://www.salud.qroo.gob.mx/revista/revistas/25/5.pdf>
- Aquino, María. 2008. “Teología feminista intercultural. Hacia un futuro común de justicia”. En *Teología feminista intercultural. Exploraciones latinas para un mundo justo*, editado por María Pilar Aquino y María José Rosendo Nunes. Ediciones Dabar.
- Borges Méndez, Ramón. 1995. “El estudio de caso como instrumento pedagógico y de investigación en políticas públicas”. *Estudio de Caso No. 4*. Universidad de Chile. Consultado el 21 de enero de 2026. https://www.u-cursos.cl/ingenieria/2010/1/IN70E/1/material_docente/objeto/275669
- Butler, Judith. 2011. “¿El judaísmo es sionismo?”. En *El poder de la religión en la esfera pública*, editado por Eduardo Mendieta y Jonathan Vanantwerpen. Editorial Trotta.
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH). 2010. *Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos*. Organización de los Estados Americanos. Consultado el 21 de enero de 2026. <https://www.oas.org/es/cidh/mujeres/docs/pdf/SaludMaterna2010.pdf>

- Costa Rica. 2017. *Constitución Política de la República de Costa Rica*. Imprenta Nacional. Consultado el 21 de enero de 2026. https://www.imprentanacional.go.cr/editorialdigital/libros/textos%20juridicos/constitucion_politica_digital_edincr.pdf
- Guevara Patiño, Ragnhild. 2016. “El estado del arte en la investigación: ¿análisis de los conocimientos acumulados o indagación por nuevos sentidos?”. *Revista Folios* 44 (julio-diciembre): 165-179. Consultado el 20 de enero de 2026. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=345945922011>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). 2011. *X Censo Nacional de Población y VI de Vivienda: Resultados Generales*. INEC, Costa Rica. Consultado el 21 de enero de 2026. https://www.cipacdh.org/pdf/Resultados_Generales_Censo_2011.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Censos, (INEC). 2022. *Mortalidad materna y su evolución reciente 2021*. INEC, Costa Rica. Consultado el 21 de enero de 2026. https://admin.inec.cr/sites/default/files/2022-11/repo-blacdefEV_2021A_mortalidad%20materna%20y%20su%20evoluci%C3%B3n%20reciente_0.pdf
- Krause, Mariane. 1995. “La investigación cualitativa: un campo de posibilidades y desafíos”. *Revista Temas de Educación* 7: 19-39. Consultado el 21 de enero de 2026. https://gc.scalahed.com/recursos/files/r161r/w23896w/inv_cualitat_krause.pdf
- Ministerio de Educación Pública, Costa Rica (MEP). 2017. *Minienciclopedia de los Territorios Indígenas de Costa Rica. Tomo IV. El Mundo Ngäbe: entre Costa Rica y Panamá*. MEP. Consultado el 21 de enero de 2026. https://mep.go.cr/sites/default/files/media/tomo_4.pdf
- Organización de los Estados Americanos (OEA). 1948. Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre. Aprobada en la Novena Conferencia Internacional Americana, Bogotá, Colombia. Consultado el 21 de enero de 2026. <https://www.oas.org/es/cidh/mandato/basicos/declaracion.asp>
- Organización de los Estados Americanos (OEA). 1969. Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José). Suscrita en la Conferencia Especializada Interamericana sobre Derechos Humanos, San José, Costa Rica, 7 al 22 de noviembre de 1969. OEA. Consultado el 21 de enero de 2026. https://www.oas.org/dil/esp/1969_Convenci%C3%B3n_Americana_sobre_Derechos_Humanos.pdf
- Organización de los Estados Americanos (OEA). 1988. Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador”. San Salvador, El Salvador. Consultado el 21 de enero de 2026. <https://www.oas.org/es/sadye/inclusion-social/protocolo-ssv/docs/protocolo-san-salvador-es.pdf>
- Organización Internacional del Trabajo (OIT). 2009. Los derechos de los pueblos indígenas y tribales en la práctica: Una guía sobre el Convenio núm. 169 de la OIT. Editado por Birgitte Feiring. OIT. Consultado el 3 de marzo de 2026. https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/@ed_norm/@normes/documents/publication/wcms_113014.pdf
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). 2018. *Índices e indicadores de desarrollo humano. Actualización estadística de 2018*.

- PNUD. Consultado el 21 de enero de 2026. <https://hdr.undp.org/system/files/documents/2018humandevelopmentstatisticalupdatees.pdf>
- Solano Acuña, Ana Sofía y Stephanie Cordero Cordero. 2017. “Embarazo, parto y puerperio entre las mujeres indígenas ngäbe y buglé de Coto Brus, Costa Rica”. Ponencia presentada en el xxxi Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología (ALAS), Montevideo, Uruguay, 3-8 de diciembre.
- Solano Acuña, Ana Sofía. 2020. “Derecho a la salud materna de las mujeres ngäbes y buglés en Costa Rica. Mitos, percepciones y discriminación”. *Ambigua. Revista de Investigaciones sobre Género y Estudios Culturales* (7): 267-88. Consultado el 20 de enero de 2026. <https://doi.org/10.46661/ambigua.4704>
- Subinas Garralda, Jon. 2018. *Interculturalidad en salud y desigualdad: el caso de las entidades de médicos tradicionales en la comarca Ngäbe Buglé*. Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid. <https://hdl.handle.net/20.500.14352/15862>
- Vélez Caro, Olga Consuelo. 2008. “Hacia una teología feminista intercultural”. En *Teología feminista intercultural. Exploraciones latinas para un mundo justo*, editado por María Pilar Aquino y María José Rosendo Nunes. Ediciones Dabar.



Cuerpo vivido y ética del tratamiento en la obesidad

Lived body and ethics of obesity treatment

Raúl Sampieri Cabrera^{1*}
Gustavo López Toledo²
Mireya Velázquez Paniagua³

Recibido: 17 de noviembre de 2025

Aceptado: 04 de marzo de 2026

Publicado: 16 de junio de 2026

Artículo original

Resumen

Este artículo propone un cambio de paradigma en el tratamiento de la obesidad; en lugar de centrarse únicamente en el control biomédico del peso, la aborda como una experiencia encarnada que implica dilemas bioéticos. A través de la fenomenología de Maurice Merleau-Ponty, se replantea la obesidad desde la ontología y epistemología del cuerpo vivido, explorando cómo la percepción y la corporalidad moldean la vivencia de la salud. Bajo este supuesto teórico, se revisan los principios bioéticos clásicos —autonomía, beneficencia y justicia—, situándolos en las realidades corporales, intersubjetivas y vulnerables de las personas que viven con obesidad. Se argumenta que una bioética fenomenológica identifica la autonomía integrada al cuerpo, la relación médico-paciente como un encuentro entre subjetividades encarnadas, y una noción de justicia sensible al estigma y a los determinantes sociales. Se concluye proponiendo una ética relacional y situada de la obesidad que reconozca la interdependencia, promoviendo políticas de salud y prácticas clínicas más inclusivas y respetuosas con la agencia corporal.

Palabras clave:

obesidad,
cuerpo vivido,
fenomenología,
Merleau-Ponty,
bioética

1 Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina, Departamento de Fisiología; Centro de Ciencias de la Complejidad, México. <https://orcid.org/0000-0001-7733-1105>. *Autor por correspondencia: sampieri@comunidad.unam.mx

2 Universidad Nacional Autónoma de México, Departamento de Fisiología, Facultad de Medicina, México. <https://orcid.org/0000-0002-0567-2602>

3 Universidad Nacional Autónoma de México, Departamento de Fisiología, Facultad de Medicina, México. <https://orcid.org/0000-0002-7614-7637>

Abstract

This article proposes a paradigm shift in the treatment of obesity. Rather than focusing exclusively on biomedical weight control, it approaches obesity as an embodied experience that raises bioethical dilemmas. Drawing on Maurice Merleau-Ponty's phenomenology, the discussion reframes obesity through the ontology and epistemology of the lived body, examining how perception and corporeality shape the experience of health. Within this framework, the classical bioethical principles (autonomy, beneficence, and justice) are reconsidered in light of the embodied, intersubjective, and vulnerable realities of individuals living with obesity. The argument advances the view that a phenomenological bioethics identifies autonomy as integrated with the body, understands the clinical encounter as an interaction between embodied subjectivities, and conceives justice as attentive to stigma and to social determinants. The article concludes by proposing a relational and situated ethics of obesity that acknowledges interdependence and strengthens health policies and clinical practices that foster inclusivity and respect for bodily agency.

Keywords:

obesity,
lived body,
phenomenology,
Merleau-Ponty,
bioethics

Introducción

Las personas que viven con obesidad enfrentan estigma y discriminación, fenómenos asociados a sesgos cognitivos. La obesidad se carga de significados morales negativos (Natvik et al. 2021) que operan como estructuras de sentido prerreflexivas inscritas en la percepción cotidiana. Esto afecta tanto la manera en que la persona con obesidad se experimenta corporalmente como la forma en la que el profesional de la salud percibe y valora ese cuerpo en el encuentro clínico. En muchas sociedades occidentales (Wang-Chen et al. 2025), tener obesidad se percibe como un fracaso personal asociado a falta de voluntad, lo cual genera vergüenza y culpa de quienes la padecen (Gómez-Pérez et al. 2017). Esta estigmatización vulnera la dignidad y sitúa a la persona con obesidad en una posición de vulnerabilidad ética, pues su cuerpo es visto como impedimento para la vida plena, lo que puede llevar a una sensación de “poner la vida en suspenso” (Haga et al. 2020).

Desde la medicina, el tratamiento de la obesidad se encuentra medicalizado y se define mediante indicadores cuantitativos como el índice de masa corporal (IMC). En la narrativa clínica predominante, el exceso de peso se presenta como un riesgo epidémico que es urgente controlar (Tremmel et al. 2017; Kost et al. 2024; Helforouh y Sayyad 2024). Esta visión, influenciada por el saludismo (Crawford 1980), que ubica la solución en la responsabilidad individual, asume que la salud es un logro personal alcanzable principalmente a través de modificaciones voluntarias del estilo de vida. Desde una perspectiva fenomenológica, tales supuestos funcionan como hábitos perceptivos sedimentados que orientan la mirada clínica antes de cualquier deliberación ética explícita, configurando expectativas morales sobre el autocontrol, la responsabilidad y el mérito corporal.

Así, el discurso médico-político se centra en intervenciones estandarizadas —dietas, fármacos y cirugía bariátrica— orientadas a normalizar el cuerpo según parámetros de peso saludable (Craw-

ford 1980; Adams et al. 2007; Arterburn et al. 2015). Sin embargo, tales intervenciones con frecuencia ignoran la perspectiva de primera persona, es decir, que la vida se experimenta desde la subjetividad situada de cada individuo (Natvik et al. 2021). Además, sus resultados a largo plazo son inciertos; por ejemplo, la recuperación de peso tras dietas o cirugías es un fenómeno común, lo que evidencia los límites de los protocolos clínicos centrados únicamente en el control corporal estrictamente biomédico (Mauro et al. 2019). Estos hechos plantean tensiones bioéticas. Por un lado, se invoca la autonomía individual para responsabilizar a la persona de su salud, lo que a veces deriva en políticas paternalistas o culpabilizantes —¿hasta qué punto debe elegir libremente si muchas condiciones sociales la predisponen a la obesidad?— (Karreman et al. 2023; Calluori et al. 2025). Por otro lado, el principio de justicia demanda examinar las inequidades estructurales, ya que la obesidad se correlaciona con determinantes sociales y económicos, y el estigma asociado implica una distribución desigual de respeto y atención sanitaria (Baez et al. 2023). Asimismo, la beneficencia —el deber de hacer el bien clínico— enfrenta el reto de definir qué es lo mejor para el paciente con obesidad, ¿la mera reducción de peso o el bienestar integral? La complejidad del problema evidencia que una aproximación exclusivamente biomédica es insuficiente; se requiere, entre otras cosas, una reflexión ética que incorpore la experiencia vivida y la realidad corporal de quienes habitan la obesidad (Serrano-Fuentes et al. 2024).

La fenomenología del filósofo Maurice Merleau-Ponty ofrece un marco conceptual valioso para comenzar a discutir una bioética del cuerpo vivido. Merleau-Ponty nos invita a considerar

al ser humano ante todo como un sujeto encarnado, cuya existencia se despliega mediante su cuerpo en relación constante con el mundo y con otros (Merleau-Ponty 2013; Dolezal y Petherbridge 2017). Esta perspectiva permite desafiar la dicotomía mente-cuerpo y comprender la salud, la enfermedad y la autonomía de manera situada y relacional. En los últimos años, diversos autores han abogado por integrar la fenomenología en la bioética para enriquecer la comprensión de los dilemas de salud desde la vivencia subjetiva (Coyne 2023). Con base en ello, este artículo explora cómo una lectura merleau-pontyana de la obesidad, centrada en la percepción, la corporeidad (Rico 1998) y la intersubjetividad, puede reorientar la ética del tratamiento de la obesidad. Este replanteamiento posee implicaciones que alcanzan la formulación de políticas públicas, en la medida en que la experiencia vivida del cuerpo representa una oportunidad para comprender cómo los dispositivos institucionales afectan la agencia, la dignidad y el acceso efectivo al cuidado.

Ontología y epistemología de la corporalidad en Merleau-Ponty

En su obra *Fenomenología de la percepción*, Merleau-Ponty introduce la noción de cuerpo propio —*corps propre*, también traducido como cuerpo vivido—, que no es un objeto más en el mundo sino el centro mismo de la experiencia y la condición de posibilidad de nuestro estar-en-el-mundo (Merleau-Ponty 2013). Mi cuerpo no es algo que “tengo” del mismo modo que tengo un objeto externo; más bien, soy mi cuerpo en un sentido primordial, aunque también lo poseo y puedo tomar cierta distancia reflexiva de él. Esta dualidad

—ser el cuerpo y a la vez tener un cuerpo— expresa la ambigüedad inherente de la existencia encarnada según Merleau-Ponty. El cuerpo es ambiguo porque es simultáneamente sujeto —vivo desde él, veo el mundo a través de él— y objeto —puedo percibirlo, limitarlo, e incluso objetivarlo en un diagnóstico médico—.

Merleau-Ponty señala que toda percepción y conocimiento parten de esta situación corporal. La percepción es un proceso corporalizado, vemos, oímos y sentimos como sujetos corporales inmersos en un contexto. De este modo, nuestra comprensión del mundo es siempre situada y perspectivista, anclada en la posición de nuestro cuerpo. No existe un observador puramente desencarnado; el cogito cartesiano es reemplazado aquí por un cogito corpóreo.

Ontológicamente, el filósofo describe al ser humano como incorporado en el mundo, la existencia humana es siempre ya encarnada y situada tanto en la naturaleza como en la cultura. Desde el nacimiento, habitamos un mundo intersubjetivo, es decir, compartido con otros sujetos encarnados. La noción de carne (*chair*) (Fagioli 2024) y entrecruzamiento (*chiasma*) que Merleau-Ponty desarrolla en sus trabajos tardíos profundiza esta idea. Hay una interconexión constitutiva entre el yo y el otro, entre el cuerpo y el mundo, tal como las manos al tocarlas se sienten recíprocamente. Esta ontología indirecta afirma que somos hechos de la misma carne del mundo, participando en un tejido común que enlaza lo subjetivo y lo objetivo en un juego reversible (*toco y stocado*, veo y soy visible) (González y Jiménez Tavira 2011).

En términos epistemológicos, reconocer al cuerpo como centro de la experiencia implica cambiar nuestra noción de

sujeto cognoscente. Merleau-Ponty critica la primacía de la razón desincorporada y propone que el conocimiento surge de la interacción prerreflexiva con el mundo. Antes de cualquier teoría o cálculo, el ser humano ya se comprende a sí mismo y a su entorno a través de su estar corporal en situaciones concretas. Por ejemplo, adquirimos hábitos y habilidades motoras (como andar en bicicleta) que encapsulan saberes implícitos del cuerpo, no formulados en proposiciones, pero igualmente inteligibles. El cuerpo propio funciona como una suerte de sujeto práctico que sabe moverse y orientarse sin necesidad de reflexión explícita. Esto desafía la idea clásica de que la mente domina completamente al cuerpo; por el contrario, mucho de lo que somos y hacemos está guiado por esa inteligencia corporal tácita.

Para Merleau-Ponty, el sujeto es inseparable de su mundo, nuestras ideas y emociones emergen en un trasfondo de prácticas, contextos y relaciones vividas (Slatman 2014b). Así, se disuelven dualismos arraigados en la tradición occidental (mente/cuerpo, sujeto/objeto, individuo/sociedad) en favor de una visión integrada. “Tenemos un cuerpo, somos un cuerpo, y somos más que cuerpo”, resume Merleau-Ponty, señalando que la persona es una unidad psicofísica abierta al entorno (Moya 2014; Tanaka 2015; Leitan y Murray 2014). Algunos conceptos adicionales enriquecen esta ontología de la corporalidad. El mundo vivido (*Lebenswelt*), noción de raíz fenomenológica, designa el mundo tal como es experimentado en la vida cotidiana precientífica. Un mundo lleno de significados prácticos, afectivos y sociales que el cuerpo explora desde una perspectiva singular. Merleau-Ponty señala que este mundo vivido es el fundamento de toda abstracción posterior;

incluso la ciencia más objetiva se origina en la experiencia sensible y compartida. Por otra parte, la idea de sedimentación explica cómo nuestras experiencias corporales se acumulan y configuran patrones de comportamiento y percepción. Hábitos, posturas y esquemas corporales sedimentados estructuran nuestra manera de estar en el mundo, muchas veces de forma inconsciente (Zeiler 2013; Samra 2025; Isaksson et al. 2025). En relación con ello, la corporalidad tiene una dimensión histórica. El cuerpo porta inscripciones de nuestras vivencias pasadas (traumas, entrenamientos y repeticiones) que influyen en las posibilidades futuras. Sin embargo, esta sedimentación no es determinismo rígido; Merleau-Ponty resalta también la plasticidad y capacidad de cambio incorporada (Buffone 2024). En palabras de Slatman, “lo que me hace ser ‘yo’ es al mismo tiempo propio y extraño a mi mismidad” (Slatman 2014b), indicando que el cuerpo nunca se reduce a lo ya conocido o controlado por el sujeto.

La ontología merleau-pontyana presenta al ser humano como un sujeto encarnado, situado y relacional, cuya identidad y conocimiento emergen del juego entre hábito y espontaneidad corporal, entre experiencia propia y mundo compartido. Este giro fenomenológico nos impele a repensar al paciente como una persona-cuerpo inmersa en una historia de vida, con una percepción única de su situación.

Bioética fenomenológica del tratamiento de la obesidad

Releer la obesidad a través del prisma del cuerpo vivido tiene implicaciones profundas para la bioética clínica. Enriquece la comprensión de la autonomía del paciente con obesidad. Tradicional-

mente, la autonomía en bioética se asocia a la capacidad de decisión racional y al consentimiento informado, a veces con un sesgo individualista y cognitivo. Una perspectiva fenomenológica propone una autonomía incorporada o autonomía encarnada, reconociendo que la capacidad de autodeterminación está íntimamente ligada a la vivencia corporal y al contexto intersubjetivo.

Como han argumentado Lewis y Holm (2023), mi cuerpo es a la vez algo que tengo y algo que soy, y precisamente porque “mi cuerpo soy yo”, resulta razonable que yo tenga autoridad para decidir sobre él (Mackenzie 2001; Lewis y Holm 2023). Esta fundamentación difiere de la noción de autonomía entendida como un dominio mental sobre un cuerpo-objeto. Aquí, la identidad corporal sustenta la agencia. Incluso siendo mi corporalidad siempre cocreada en relación con otros y con el mundo, sigue siendo mi presencia encarnada la que vivirá las consecuencias de cualquier intervención (Mackenzie 2001). Por tanto, respetar la autonomía supone comprender cómo la persona con obesidad siente y experimenta su posibilidad de elegir en función de su cuerpo, de sus hábitos sedimentados, de sus miedos y esperanzas encarnadas (Slatman 2014a).

Un acercamiento fenomenológico nos recuerda que la voluntad está anclada en esquemas corporales y afectivos. Por ejemplo, un paciente puede asentir a una cirugía bariátrica (ejercicio clásico de autonomía decisional), pero al mismo tiempo experimentar corporalmente ambivalencias profundas (temor al cambio de imagen corporal, expectativa de “ser otro” tras perder peso, entre otros) que deberían formar parte de la deliberación ética. Integrar estas vivencias en la toma de decisiones significa

promover una autonomía más real, integrada en la corporeidad y no reducida al aspecto intelectual. Algunas filósofas feministas como Catriona Mackenzie proponen concebir la autonomía no como “control sobre el cuerpo” sino como integridad corporal (la armonía entre el cuerpo vivido y los proyectos del yo) (Mackenzie 2001). Tal planteamiento refrenda que ayudar a un paciente con obesidad a ser autónomo implicará fortalecer su agencia corporal (por ejemplo, mejorar su movilidad y la confianza en su cuerpo) y no únicamente brindarle información cognitiva.

La beneficencia, entendida como actuar en el mejor interés del paciente, también adquiere cualidades renovadas. Desde una bioética fenomenológica, hacer el bien no puede medirse sólo en parámetros estandarizados (como reducir cualquier cantidad de kilos o bajar el IMC a cierto rango), sino que ha de calibrarse según la experiencia vivida de bienestar del paciente. Las personas con obesidad sienten que su vida queda en suspenso debido a las limitaciones corporales y al estigma (por ejemplo, evitando actividades o postergando metas personales mientras no adelgacen) (Haga et al. 2020). Frente a ello, un principio de beneficencia encarnada instaría a intervenciones que devuelvan a la persona la capacidad de habitar plenamente su vida presente, con el cuerpo que tiene aquí y ahora. Esto podría traducirse en prácticas clínicas más empáticas y dialógicas, donde el profesional de salud explore junto al paciente qué mejoras concretas en su calidad de vida son valiosas para él/ella, en lugar de imponer metas uniformes centradas exclusivamente en métricas de peso. Desde la fenomenología se puede entender que la salud es vivencial, por lo que un cuerpo puede estar médicamente mejor según

ciertos indicadores, pero si el sujeto sigue sintiendo alienación o vergüenza en su carne, el beneficio integral es cuestionable. Merleau-Ponty describió la enfermedad como una ruptura de los actos intencionales habituales del cuerpo vivido (Lewis y Holm 2023); análogamente, podríamos pensar la obesidad como una experiencia que perturba la habitualidad cómoda del estar en el mundo, sobre todo si la persona siente su cuerpo extraño o torpe ante la mirada ajena. La tarea beneficente entonces es colaborar a que ese cuerpo retome su intencionalidad y pertenencia, ya sea mediante apoyo psicológico para reconstruir su imagen corporal o adaptando el entorno para facilitar su movilidad y participación. Se trata de humanizar las metas terapéuticas, moviéndonos del reduccionismo biomédico a una visión más integral centrada en el bienestar sentido del paciente.

Entonces, bajo estos supuestos, la relación médico-paciente surge como un encuentro entre dos sujetos encarnados más que como la interacción de un técnico con un objeto patológico. La comunicación clínica tradicional respecto a la obesidad tiende a ser vertical y a veces cosificante. El profesional evalúa el cuerpo del paciente con una mirada clínica objetivante (lo ve en cifras y lo compara con estándares) y prescribe indicaciones unilaterales. Esta mirada clínica puede reducir al paciente a un cuerpo-objeto, generando alienación y pasividad en él (Grünfelde 2023). Dicha reducción se expresa corporalmente en gestos, silencios, modulaciones de la voz y formas de mirar que el paciente percibe de manera inmediata, produciendo una experiencia de juicio moral encarnado que erosiona la confianza y limita la apertura intersubjetiva del vínculo terapéutico. En el caso de la obesidad,

esto se manifiesta cuando el paciente se siente juzgado únicamente por su peso o acusado de falta de autocontrol, en vez de percibirse entendido como persona completa. Una perspectiva merleau-pontyana abogarí por suspender esa mirada objetivante y cultivar una mirada intersubjetiva, donde médico y paciente se reconocen mutuamente como seres humanos que comparten una situación (Santos et al. 2025).

La noción de entrecruzamiento sugiere que el cuerpo del médico y el del paciente están en comunicación; por ejemplo, la empatía puede concebirse como una resonancia corporal. El clínico siente en su propio cuerpo algo del sufrimiento o incomodidad del paciente, estableciendo así un vínculo más allá de las palabras. Al atenuar la actitud objetivadora la relación puede volverse más horizontal, permitiendo que el paciente asuma un rol más activo y que el médico sea visto con más confianza (Churchill 2012; Vial et al. 2024). Idealmente, el diálogo clínico en una bioética fenomenológica de la obesidad sería un espacio de encuentro donde el paciente narra su experiencia con su propio cuerpo (frustraciones, deseos y temores), y el profesional escucha sin prejuicios, dejando de lado la lente reduccionista del IMC para apreciar la historia única de ese cuerpo vivido. En esa relación dialógica, el médico aporta conocimientos técnicos, pero también se muestra como cuerpo presente (mediante la comunicación no verbal de cercanía, la postura de acogida, el tacto empático cuando es apropiado). Se establece así una alianza terapéutica en la que ambos cuerpos están comprometidos en el proceso de curar o aliviar. El paciente deja de ser un receptor pasivo de órdenes para convertirse en agente de su propio cuidado, apoyado por la guía experta, pero

comprehensiva del médico (Nyman et al. 2010; Mehling et al. 2011).

La crítica al reduccionismo del IMC y a las intervenciones centradas exclusivamente en el control se hace evidente a la luz de lo anterior. Ver la obesidad únicamente como exceso de peso medible conduce a abordajes uniformes que ignoran las diferencias de significado y contexto en cada caso. La vida real no se captura en números abstractos, pues según Merleau-Ponty la vida es vivida y contada en primera persona, siempre situada en un contexto cultural (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine 2024). Una persona puede alcanzar el IMC deseado según la medicina y, sin embargo, seguir sufriendo su cuerpo. Por ejemplo, debido al sobrante de piel tras una pérdida masiva de peso, o por trastornos alimentarios persistentes. La cirugía bariátrica, a pesar de ser eficaz en lograr adelgazamiento significativo, no modifica automáticamente aspectos como la relación con la comida o la imagen corporal internalizada. Muchas narrativas de pacientes revelan una paradoja postcirugía, el cuerpo cambia externamente, pero ciertas habitualidades incorporadas (apetitos, ansiedades y percepciones de sí) permanecen, generando disonancia entre la nueva apariencia y el sentirse uno mismo (Nuttall 2015; Meneguzzo et al. 2022). Asimismo, la corporalidad tiende a recuperar sus equilibrios previos, y los hábitos sedimentados muchas veces reaparecen con el tiempo (MacLean et al. 2015). Estos hechos evidencian que el éxito terapéutico debe evaluarse a través de cambios más profundos en la vivencia corporal y cotidiana del individuo. Una postura fenomenológica-bioética, por tanto, promueve intervenciones que se orienten a acompañar al paciente en un proceso de cambio de estilo de vida vi-

vido, más que en un objetivo numérico fijo. Esto podría incluir terapias narrativas y ocupacionales que ayuden al paciente a reconfigurar la historia que se cuenta sobre su cuerpo y a recuperar actividades placenteras sin esperar a tener el cuerpo ideal. El cuerpo vivido se convierte así en eje de la ética, puesto que cualquier tratamiento debe evaluarse por cómo impacta en la experiencia que el sujeto tiene de sí en el mundo. Si un tratamiento logra que el paciente sienta mayor autonomía en sus movimientos, mejor aceptación de sí mismo y capacidad de disfrutar la vida (aun si su peso no llega al óptimo médico), sería éticamente válido y beneficioso (Center for Substance Abuse Treatment 2014; Penney y Kirk 2015; Tylka et al. 2014).

El cuerpo vivido como espacio ético de responsabilidad y agencia

Reconocer a la obesidad como experiencia encarnada conduce finalmente a una bioética relacional que resalta la interdependencia humana, la autonomía situada y la justicia social. En lugar de concebir la responsabilidad por la salud en términos puramente individuales se propone entenderla de manera ecológica. El cuerpo vivido se desarrolla y se sostiene en un entorno de relaciones, instituciones y discursos, por lo que la responsabilidad es compartida y distribuida. Reconocer esta distribución de la responsabilidad requiere revisar críticamente las políticas públicas que, al privilegiar indicadores abstractos y enfoques individualizantes, reproducen formas estructurales de estigmatización corporal y limitan las posibilidades reales de bienestar para las personas que viven con obesidad. Desde el inicio habitamos un mundo intersubjetivo (Goo-

ding et al. 2025; David 2024); nuestro cuerpo se mueve en un campo de significados dados por otros, y a su vez influye en los demás. Así, la agencia de una persona con obesidad está condicionada por factores como la disponibilidad de alimentos saludables en su comunidad, la presencia de apoyo afectivo o incluso por las actitudes del personal de salud que le atiende. Una bioética centrada en el cuerpo vivido abogaría por crear condiciones que amplíen la agencia efectiva de estas personas, más que por emitir juicios morales sobre sus decisiones. En lugar de culpabilizar al individuo por su peso, las políticas públicas podrían orientarse en regular la publicidad de comida ultraprocesada; mejorar la seguridad de los espacios para hacer ejercicio en barrios populares o garantizar que los sistemas de salud ofrezcan un trato digno y libre de sesgos de peso (Puhl y Heuer 2010).

Desde un punto de vista epistemológico, la experiencia vivida del cuerpo aporta un tipo de conocimiento que las métricas poblacionales no capturan, permitiendo identificar efectos subjetivos y relacionales (como la vergüenza, la evitación del sistema de salud o la alienación corporal) que son decisivos para evaluar la justicia y la eficacia de las políticas de salud. Estas medidas reconocen que la vulnerabilidad corporal es colectiva, todos dependemos del cuidado mutuo y del ambiente para mantener nuestra salud. De hecho, la vulnerabilidad puede entenderse como fundamento de la ética, pues al sabernos corporales y finitos, comprendemos la necesidad de solidaridad. La ética de la vulnerabilidad conlleva a reconocer nuestra interdependencia para construir comunidad y apoyo mutuo (Pratt 2020; Ter Meulen 2016). En el caso de la obesidad, esto significaría que la sociedad

en su conjunto asuma la responsabilidad de no dañar (por vía del estigma) y de proporcionar posibilidades reales de bienestar a las personas con obesidad.

El discurso médico también debe someterse a revisión. La manera en que hablamos de la obesidad configura actitudes y prácticas. Como señalaba Merleau-Ponty, el lenguaje forma parte de la experiencia del cuerpo en el mundo. Expresiones alarmistas o moralizantes pueden intensificar la alienación del paciente con obesidad, haciéndole sentir un otro irresponsable o una amenaza para el sistema de salud (Puhl y Heuer 2010; Phelan et al. 2015). Por el contrario, un discurso respetuoso y centrado en la persona facilita la construcción de un entorno de cuidado más ético.

En la última década ha surgido la recomendación de emplear lenguaje centrado en la persona al referirse a la obesidad, evitando términos peyorativos y enmarcando la condición como algo que alguien tiene (obesidad) y no como algo que alguien es (obeso) (Ramos Salas et al. 2019). Esto puede parecer un detalle lingüístico, pero en términos fenomenológicos afecta la imagen corporal y la identidad. Ayuda a separar el valor de la persona de su condición física al combatir la vergüenza internalizada. La ética narrativa también ofrece herramientas valiosas, pues propone escuchar y validar las historias que las personas con obesidad cuentan sobre sí. En un estudio con contrarrelatos de individuos viviendo con obesidad se observó que, al articular sus experiencias de estigma y resistencia, los participantes recuperaban en parte su sentido de dignidad y agencia (Ramos Salas et al. 2019). Incorporar estas narrativas en los discursos clínicos y públicos fomenta una comprensión más humana de la obesi-

dad, contraponiendo los fríos relatos canónicos médicos con las voces de quienes la encarnan en su cotidianidad (Ramos Salas et al. 2019).

En cuanto a las prácticas clínicas, la ética del cuerpo vivido promueve un cuidado centrado en la relación y adaptado a la individualidad corporal. Esto implica, que los consultorios y hospitales dispongan de infraestructura adecuada (bancas, camillas y equipos de diagnóstico) para cuerpos de todos los tamaños, mostrando así un respeto concreto a la diversidad corporal. También supone capacitar a los profesionales de la salud en competencia corporal, es decir, en habilidades de percepción y respuesta empática a las señales del cuerpo del paciente (Hong y Park 2025). Un médico fenomenológicamente orientado sería aquel que sabe interpretar el lenguaje corporal de su paciente con obesidad (su incomodidad al ser pesado en la báscula, su alivio al encontrar una mirada comprensiva) y ajustar en consecuencia su aproximación. Este cuidado sensible al cuerpo contrasta con la aproximación estándar que a veces ignora, por ejemplo, el pudor que puede sentir un paciente obeso al ser examinado. A su vez, se promovería la participación del paciente en su proceso, dado que el paciente es su cuerpo y lo conoce desde dentro, sus aportes (qué estrategias dietéticas le han funcionado o fracasado antes, qué ejercicio le resulta placentero o doloroso) deben guiar la toma de decisiones compartida.

La ética relacional ve al paciente como coautor de su plan de tratamiento. Esto puede potenciar la eficacia terapéutica, ya que cuando el paciente siente mayor control y responsabilidad en su cuidado, la relación clínica se torna más simétrica y mejora la adherencia (Bąk-Sosnowska et al. 2022). La bioé-

tica del cuerpo vivido convoca a crear entornos clínicos y sociales donde el cuerpo de cada persona con obesidad pueda aparecer sin ser juzgado, donde su vulnerabilidad sea acogida y compartida, y donde se le brinden recursos reales para ejercer su autonomía y perseguir su bienestar. La agencia se entiende como la capacidad de actuar en conexión con otros y con apoyo del entorno. Este giro es necesario para afrontar éticamente un problema tan complejo

como la obesidad, que en buena medida surge y se perpetúa por dinámicas sociales y económicas más amplias que el individuo. Incorporar sistemáticamente la experiencia vivida en el diseño y evaluación de políticas públicas permite articular una ética de la obesidad que vincula ontología corporal, justicia social y responsabilidad institucional, evitando que la intervención sanitaria se limite a la regulación abstracta de cuerpos medidos y clasificados.

Se agradece a los colegas del Instituto de Filosofía A.C. que brindaron colaboración conceptual, técnica y de apoyo documental durante la elaboración del manuscrito. El trabajo recibe apoyo del proyecto PAPIIT-DGAPA IA301325 *Estudio de la obesidad como un padecimiento complejo: una aproximación desde la teoría prospectiva*. Las personas autoras expresan que carecen de conflictos de interés personales, institucionales o comerciales que puedan influir en el contenido, análisis o conclusiones del manuscrito. Durante la preparación del manuscrito se emplearon

herramientas de inteligencia artificial generativa con fines de redacción asistida, organización argumentativa y revisión estilística. Todas las decisiones conceptuales, filosóficas y bioéticas corresponden exclusivamente a las personas autoras, quienes verificaron de manera rigurosa la coherencia, precisión y validez del contenido final. El uso de IA se realizó conforme a principios de transparencia académica y sin delegar responsabilidad intelectual o autoral en tales herramientas. Las herramientas de IA utilizadas fueron Gemini, Paperpal y Connected Papers.

Referencias

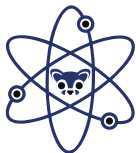
- Adams, Ted, Richard E. Gress, Sherman C. Smith, et al. 2007. "Long-term mortality after gastric bypass surgery". *The New England Journal of Medicine* 357 (8): 753-61. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa066603>
- Arterburn, David E., Maren K. Olsen, Valerie A. Smith, et al. 2015. "Association between bariatric surgery and long-term survival". *Journal of the American Medical Association* 313 (1): 62-70. <https://doi.org/10.1001/jama.2014.16968>
- Baez, Andrew S., Lola R. Ortiz-Whittingham, Hannatu Tarfa, et al. 2023. "Social determinants of health, health disparities, and adiposity". *Progress in Cardiovascular Diseases* 78: 17-26. <https://doi.org/10.1016/j.pcad.2023.04.011>
- Bąk-Sosnowska, Monika, Małgorzata Moszak, Antonina Doroszewska, Mariusz Wyleźół, Lucyna Ostrowska y Paweł Bogdanski. 2022. "Patient-centered care and 'people-first language' as tools to prevent stigmatization of patients with obesity". *Polish Archives of Internal Medicine* 132 (10): 16351. <https://doi.org/10.20452/pamw.16351>
- Buffone, Jesica Estefanía. 2024. "La dimensión normativa del hábito en Mau-

- rice Merleau-Ponty. Los objetos como organizadores de la corporalidad”. *Tópicos Revista de Filosofía de Santa Fe* 46: 1-12. <https://doi.org/10.14409/topicos.2024.46.e0100>
- Calluori, Stephanie, Kaitlin Kirkpatrick Heimke, Charlissee Caga-Anan, David Kaufman, Leah E. Mechanic, Kimberly A. McAllister. 2025. “Ethical, legal, and social implications of gene-environment interaction research”. *Genetic Epidemiology* 49 (1): e22591. <https://doi.org/10.1002/gepi.22591>
- Center for Substance Abuse Treatment. 2014. “SAMHSA/CSAT Treatment Improvement Protocols”. In *Trauma-Informed Care in Behavioral Health Services*. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US).
- Churchill, Scott D. 2012. “Resoundings of the flesh: Caring for others by way of ‘second person’ perspectivity”. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being* 7 (1): 8187. <https://doi.org/10.3402/qhw.v7i0.8187>
- Coyne, Lewis. 2023. “What is phenomenological bioethics? A critical appraisal of its ends and means”. *The Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine* 48 (2): 170-83. <https://doi.org/10.1093/jmp/jhad001>
- Crawford, Robert. 1980. “Healthism and the medicalization of everyday life”. *International journal of health services: planning, administration, evaluation* 10 (3): 365-88. <https://doi.org/10.2190/3H2H-3XJN-3KAY-G9NY>
- David, James Ojochenemi. 2024. “Decolonizing climate change response: African indigenous knowledge and sustainable development”. *Frontiers in Sociology* 9: 1-14. <https://doi.org/10.3389/fsoc.2024.1456871>
- Dolezal, Luna y Danielle Petherbridge. 2017. *Body/Self/Other: The Phenomenology of Social Encounters*. State University of New York Press.
- Fagioli, Nicolás. 2024. “Contra la asepsia del mundo. La ontología tardía de Merleau-Ponty y la problemática de la carne”. *Revista de Filosofía (La Plata)* 53 (2): e089. <https://doi.org/10.24215/29533392e089>
- Gómez-Pérez, Daniela, Manuel S. Ortiz y José L. Saiz. 2017. “Estigma de obesidad, su impacto en las víctimas y en los equipos de salud: una revisión de la literatura”. *Revista Médica de Chile* 145: 1160-64. <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872017000901160>
- González, Roberto Andrés y Gabriel Jiménez Tavira. 2011. “Fenomenología del entrecruce del cuerpo y el mundo en Merleau-Ponty”. *Ideas y Valores* 60 (145): 113-30. Consultado el 25 de marzo de 2026. <https://www.redalyc.org/pdf/809/80918571014.pdf>
- Gooding, Luke, Daniel Knox, Emily Boxall, Robert Phillips, Tracy Simpson, Charlotte Nordmoen, et al. 2025. “Ecological citizenship and the co-design of inclusive and resilient pathways for sustainable transitions”. *Sustainability* 17 (8): 3588. <https://doi.org/10.3390/su17083588>
- Grünfelde, Mära. 2023. “Body objectified? Phenomenological perspective on patient objectification in teleconsultation”. *Medicine, Health Care and Philosophy* 26 (3): 335-49. <https://doi.org/10.1007/s11019-023-10148-w>
- Haga, Britt Marit, Bodil Furnes, Elin Dysvik y Venke Ueland. 2020. “Putting life on hold: lived experiences of people with obesity”. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 34 (2): 514-23. <https://doi.org/10.1111/scs.12756>

- Helforoush, Zarindokht y Hossein Sayyad. 2024. "Prediction and clas-sification of obesity risk based on a hybrid metaheuristic machine learning approach". *Frontiers Big Data* 7: 1469981. <https://doi.org/10.3389/fdata.2024.1469981>
- Hong, Sangmo y Cheol-Young Park. 2025. "From old to new: A comprehensive review of obesity diagnostic criteria and their implications". *Endocrinology and Metabolism* 40 (4): 517-22. <https://doi.org/10.3803/EnM.2025.2590>
- Isaksson, Jenni, Maria Lundvall y Lina Palmér. 2025. "Living in an invaded existence: a phenomenological lifeworld study of young women's experiences of peer-perpetrated sexual violence in Sweden". *International journal of qualitative studies on health and well-being* 20 (1): 2530749. <https://doi.org/10.1080/17482631.2025.2530749>
- Karreman, Nancy, Yuru Huang, Natalie Egan, et al. 2023. "Understanding the role of the state in dietary public health policymaking: a critical scoping review". *Health Promotion International* 38 (5): 1-13 <https://doi.org/10.1093/heapro/daad100>
- Kost, Caroline, Kimberly Jamie y Elizabeth Mohr. 2024. "Whatever I said didn't register with her': medical fatphobia and interactional and relational disconnect in healthcare encounters". *Frontiers in Sociology* 9: 1303919. <https://doi.org/10.3389/fsoc.2024.1303919>
- Leitan, Nuwan D. y Greg Murray. 2014. "The mind-body relationship in psychotherapy: grounded cognition as an explanatory framework". *Frontiers in Psychology* 5: 1-8. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.00472>
- Lewis, Jonathan y Søren Holm. 2023. "Towards a concept of embodied autonomy: In what ways can a patient's body contribute to the autonomy of medical decisions?" *Medicine, health care, and philosophy* 26 (3): 451-63. <https://doi.org/10.1007/s11019-023-10159-7>
- Mackenzie, Catriona. 2001. "On Bodily Autonomy". En *Handbook of Phenomenology and Medicine*, editado por S. Kay Toombs, 417-39. Springer.
- MacLean, Paul, S., Jenny A. Higgins, Erin D. Giles, Vanessa D. Sherk, y Matthew R. Jackman. 2015. "The role for adipose tissue in weight regain after weight loss". *Obesity reviews: an official journal of the International Association for the Study of Obesity* 16 (Supl. 1): 45-54. <https://doi.org/10.1111/obr.12255>
- Mauro, Maria Francesca, Marcelo Pappelbaum, Marco Antonio Alves Brasil, et al. 2019. "Is weight regain after bariatric surgery associated with psychiatric comorbidity? A systematic review and meta-analysis". *Obesity reviews: an official journal of the International Association for the Study of Obesity* 20 (10): 1413-25. <https://doi.org/10.1111/obr.12907>
- Mehling, Wolf E., Judith Wrubel, Jennifer J. Daubenmier, et al. 2011. "Body Awareness: a phenomenological inquiry into the common ground of mind-body therapies". *Philosophy, ethics, and humanities in medicine: PEHM* 6 (6). <https://doi.org/10.1186/1747-5341-6-6>
- Meneguzzo, Paola, Elena Tenconi, Enrico Collantoni, et al. 2022. "The Cyberball task in people after obesity surgery: preliminary evaluation of cognitive effects of social inclusion and exclusion with a laboratory

- task". *Eating and weight disorders: EWD* 27 (4): 1523-33. <https://doi.org/10.1007/s40519-021-01297-z>
- Merleau-Ponty, Maurice. 2013. *Phenomenology of Perception*. Traducido por Donald A. Landes. Routledge, Taylor & Francis.
- Moya, Patricia. 2014. "Habit and embodiment in Merleau-Ponty". *Frontiers in Human Neuroscience* 8: 542. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2014.00542>
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. 2024. *Exploring the Science on Measures of Body Composition, Body Fat Distribution, and Obesity: Proceedings of a Workshop Series*, editado por Amanda Berhaupt. The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/27461>
- Natvik, Eli, Målfrid Råheim y Randi Sviland. 2021. "The hamster wheel: a case study on embodied narrative identity and overcoming severe obesity". *Medicine, health care, and philosophy* 24 (2): 255-67. <https://doi.org/10.1007/s11019-021-10002-x>
- Nuttall, Frank Q. 2015. "Body mass index: Obesity, BMI, and health: A critical review". *Nutrition Today* 50 (3): 117-28. <https://doi.org/10.1097/NT.0000000000000092>
- Nyman, Viola, M. K., Asa K. Prebensen y Gullvi E. Flensner. 2010. "Obese women's experiences of encounters with midwives and physicians during pregnancy and childbirth". *Midwifery* 26 (4): 424-9. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2008.10.008>
- Penney, Tarra L. y Sara F. Kirk. 2015. "The health at every size paradigm and obesity: missing empirical evidence may help push the reframing obesity debate forward". *American Journal of Public Health* 105 (5): e38-42. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2015.302552>
- Phelan, Sean M., Darren J. Burgess, Mark W. Yeazel, Wendy L. Hellestvedt, John M. Griffin y Michelle van Ryn. 2015. "Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity". *Obesity reviews: an official journal of the International Association for the Study of Obesity* 16 (4): 319-26. <https://doi.org/10.1111/obr.12266>
- Pratt, Bridget, Phaik Yeong Cheah y Vicki Marsh. 2020. "Solidarity and community engagement in global health research". *The American Journal of Bioethics* 20 (5): 43-56. <https://doi.org/10.1080/15265161.2020.1745930>
- Puhl, Rebecca M. y Chelsea A. Heuer. 2010. "Obesity stigma: important considerations for public health". *American Journal of Public Health* 100 (6): 1019-28. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.159491>
- Ramos Salas, Ximena, Mary Forhan, Timothy Caulfield, Arya M. Sharma, y Kim D. Raine. 2019. "Addressing internalized weight bias and changing damaged social identities for people living with obesity". *Frontiers in Psychology* 10: 1409. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01409>
- Rico Bovio, Arturo. 1998. *Las fronteras del cuerpo. Crítica de la corporeidad*. Ediciones Abya-Yala.
- Samra, R. 2025. "Conceptualising lived experience in mental health research: Problems, Insights and Implications". *Sociology of Health & Illness* 47 (4): e70039. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.70039>
- Lopes dos Santos, Alison, Camila Pereira de Souza y Lucas Guimarães Bloc. 2025. "João's obese body: A case study in light of Merleau-Ponty's

- phenomenology". *Revista Psicopatología Fenomenológica Contemporánea* 14 (1): 243-63. <https://doi.org/10.37067/rpfc.v14i1.1255>
- Serrano-Fuentes, Nestor, Anne Rogers y Mari Carmen Portillo. 2024. "Beyond individual responsibility: Exploring lay understandings of the contribution of environments on personal trajectories of obesity". *PLOS one* 19 (5): e0302927. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0302927>
- Slatman, Jenny. 2014a. "Multiple dimensions of embodiment in medical practices". *Medicine, Health Care, and Philosophy* 17 (4): 549-57. <https://doi.org/10.1007/s11019-014-9544-2>
- Slatman, Jenny. 2014b. *Our Strange Body: Philosophical Reflections on Identity and Medical Interventions*. Amsterdam University Press.
- Tanaka, S. 2015. "Intercorporeality as a theory of social cognition". *Theory & Psychology* 25 (4): 455-72. <https://doi.org/10.1177/0959354315583035>
- Ter Meulen, Ruud. 2016. "Solidarity, justice, and recognition of the other". *Theoretical Medicine and Bioethics* 37 (6): 517-29. <https://doi.org/10.1007/s11017-016-9387-3>
- Tremmel, Maximilian, Ulf G. Gerdtham, Peter M. Nilsson y Sanjib Saha. 2017. "Economic burden of obesity: A systematic literature review". *International Journal of Environmental Research and Public Health* 14 (4): 435. <https://doi.org/10.3390/ijerph14040435>
- Tylka, Tracy L., Rachel A. Annunziato, Deb Burgard, et al. 2014. "The weight-inclusive versus weight-normative approach to health: evaluating the evidence for prioritizing well-being overweight loss". *Journal of Obesity* (1): 983495. <https://doi.org/10.1155/2014/983495>
- Vial, Iván, Marcin Moskalewicz, Anasztazja Szulá, Michael A. Schwartz y Thomas Fuchs. 2024. "Close, yet so far away: a phenomenology of the praecox feeling in the diagnosis of schizophrenia as intercorporeal alienness". *Frontiers of Psychiatry* 15: 1445615. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1445615>
- Wang-Chen, Yixi, Hui Yang, Nicole J. Kellow y Tammie S. T. Choi. 2025. "Exploring the perceptions of Chinese adults toward overweight and obesity: A systematic literature review". *Obesity reviews: an official journal of the International Association for the Study of Obesity* 26 (7): e13913. <https://doi.org/10.1111/obr.13913>
- Zeiler, Kristin. 2013. "A phenomenology of excorporation, bodily alienation, and resistance: Rethinking sexed and racialized embodiment". *Hypatia* 28 (1): 69-84. <https://doi.org/10.1111/j.1527-2001.2012.01305.x>



Un enfoque pragmático para la bioética climática: una visión desde América Latina y el Caribe

A pragmatic approach to climate bioethics: a view from Latin America and the Caribbean

Bernardo García Camino^{1*}

Bernardo Aguilera²

Juan Alberto Lecaros³

Recibido: 25 de noviembre de 2025

Aceptado: 13 de febrero de 2026

Publicado: 7 de mayo de 2026

Resumen

Este artículo propone un enfoque pragmático para la bioética climática en América Latina y el Caribe, al contrastarlo con los enfoques teóricos abstractos predominantes. A partir de la experiencia del Climate Bioethics Program, se identifican cuatro elementos clave: promoción de acciones desde las comunidades; empoderamiento comunitario; aprovechamiento de oportunidades para cambios profundos; y gobernanza adaptativa y policéntrica. Se argumenta que este enfoque, centrado en las necesidades y realidades locales, puede complementar los esfuerzos internacionales para la adaptación y resiliencia climática. Se destaca la importancia de la participación ciudadana y la coordinación entre gobiernos locales y diversos actores sociales para enfrentar los desafíos del cambio climático de manera efectiva y equitativa en la región de América Latina y el Caribe.

Palabras clave:

bioética climática; adaptación al clima; América Latina y el Caribe; participación comunitaria; gobernanza climática

Abstract

This article proposes a pragmatic approach to climate bioethics in Latin America and the Caribbean, contrasting it with prevailing abstract theoretical approaches. Drawing from the experience of the Climate Bioethics Program, four key elements are identified: promoting actions from communities; community empowerment; leveraging opportunities for profound changes; and adaptive, polycentric governance. It argues that this approach, focused on local needs and realities, can complement international efforts for climate adaptation and resilience. It highlights the importance of citizen participation and coordination between local governments and diverse social actors to address the challenges of climate change effectively and equitably in Latin America and the Caribbean.

Keywords:

climate bioethics; climate adaptation; Latin America and the Caribbean; community participation; climate governance

1 Universidad Autónoma de Querétaro, Facultad de Filosofía, México. <https://orcid.org/0000-0002-3982-5929>. *Autor por correspondencia: b_garciacamino@uaq.mx

2 Universidad San Sebastián, Facultad de Medicina, Santiago, Chile. <https://orcid.org/0000-0001-9138-5003>

3 Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile. <https://orcid.org/0000-0002-0084-1489>

Introducción

Desde sus orígenes, la bioética, de la mano de Fritz Jahr y Van Rensselaer Potter, se ha ocupado de reflexionar y dar respuesta a los desafíos éticos que surgen del potencial impacto de la actividad humana sobre el medio ambiente. Aunque históricamente el debate sobre estos temas ha sido eclipsado por la discusión de problemas ético-clínicos y biomédicos a partir del principialismo de Beauchamp y Childress, la bioética ambiental ha tomado fuerza en las últimas décadas debido a la creciente evidencia del origen antropogénico del cambio climático (CC). Es un hecho que la sociedad a escala global, con el aumento del poder de las tecnologías para sobreexplotar los recursos naturales y una economía globalizada, ha producido —y sigue produciendo— cambios ecológicos sistémicos que amenazan con poner en riesgo tanto la vida humana como no humana en el planeta.

La literatura bioética sobre el CC se ha aproximado a este problema, comúnmente, a partir de teorías éticas y conceptos filosóficos de alto nivel de abstracción, tales como justicia intergeneracional, justicia climática, responsabilidad, interseccionalidad, así como enfoques feministas, decoloniales, entre otros. Esta misma tendencia se reitera en la literatura publicada en América Latina y el Caribe (v. gr. Arpini 2024, de Ortúzar y Rodríguez 2024; para una revisión, véase Márquez 2020). Existen, por ejemplo, propuestas que aplican el principio de justicia al problema del CC y concluyen que los países o comunidades que consumen más recursos tienen el deber de llevar a cabo acciones reparatorias o compensatorias hacia aquellas con mayor vulnerabilidad económica, social y ecológica (Moreno 2018; Tre-

vizo 2020). Otros autores abogan por educar a la comunidad con renovados enfoques, conceptos y valores, pero sin proponer una estrategia concreta orientada a producir cambios efectivos (Sánchez de la Iglesia 2020; Torres y Ramírez 2023, 11-14).

Por lo general, propuestas de este tipo se enmarcan en una ética aplicada que sigue un modelo teórico de justificación normativa de tipo vertical, de arriba-hacia-abajo (*top-down*), que llamaremos enfoque *abstracto* o *idealista*. Si bien este enfoque tiene un valor indiscutible en la literatura académica en ética aplicada, su impacto suele limitarse a círculos filosóficos especializados, y tiene una escasa incidencia práctica, lo cual incluso puede llegar a ser visto con desdén por el público general debido a esta incapacidad de la academia para generar impacto en la sociedad. En este caso, incluimos propuestas que consideran necesario buscar nuevas maneras de conceptualizar la relación entre seres humanos y medio ambiente (Junges 2021; Villa Fontecha 2023; Osebor 2024), o bien llevar a cabo “una revisión crítica y renovación de los marcos teóricos de la bioética” (Arpini 2024).

En este artículo nos proponemos explorar un enfoque alternativo, que llamaremos *pragmático*, caracterizado por un menor espesor teórico y una mayor conexión con las realidades y necesidades locales. Desde el punto de vista teórico, podría conectarse con el pragmatismo ambiental de Norton, Katz y Weston, que se dirige a la solución de los problemas ambientales concretos y no a la discusión acerca de los fundamentos metafísicos de las obligaciones morales para enfrentar dichos problemas (Salazar-Ortiz 2020). Este enfoque pragmático incorpora una perspectiva de *abajo-hacia-arriba* (*bottom-up*), identi-

ficando las necesidades locales, promoviendo la participación y el compromiso de la ciudadanía y las comunidades. En contraste con un enfoque abstracto, que busca motivar un debate académico o generar cambios apelando a teorías y conceptos de alto nivel, el enfoque pragmático responde a preocupaciones más inmediatas y concretas de las comunidades, tales como la autoconservación familiar o comunitaria, la degradación de los suelos y de los ecosistemas donde viven, la pérdida de biodiversidad en sus territorios, los riesgos para la salud individual y comunitaria, los riesgos de la migraciones climáticas forzadas de sus lugares de origen, la pérdida de puestos de trabajo y la destrucción de la economía local, etcétera. Asimismo, busca fomentar una acción colectiva, menos ambiciosa en términos teóricos, pero más realista y operativa, orientada hacia cambios graduales, pero pertinentes y consistentes.

Creemos que un enfoque pragmático de este tipo ha recibido menos atención, pese a que potencialmente puede ser más efectivo para lidiar con las consecuencias del CC. Desde luego, no se trata de una aproximación por completo nueva, pues cuenta con desarrollos relevantes que en algunos casos provienen de áreas distintas de la filosofía (v. gr. Castilla 2015). En el ámbito de la bioética ambiental, encontramos, por ejemplo, a Fuente-Carrasco et al. (2019) quienes analizan la gestión relacionada con el manejo del agua, en donde se plantea la participación de las comunidades como base del establecimiento de los acuerdos en regiones tradicionalmente indígenas de México. También podemos mencionar el trabajo de Salmi et al. (2023) en comunidades de Brasil, sobre la gestión de pago de servicios ambientales, que enfatiza la perspectiva local.

Del mismo modo, podemos asociar con un enfoque pragmático la filosofía ambiental de campo y la ética biocultural de Rozzi, que combina consideraciones normativas de las tradiciones amerindias, el conocimiento científico y las prácticas interculturales en salud y ecología. Desde una crítica a los enfoques ambientales puramente idealistas o individualistas, propone marcos éticos contextuales, interculturales y orientados a la acción efectiva para enfrentar la crisis ecológica desde la realidad latinoamericana (Rozzi 2012; 2016; Rozzi y Tauro 2024).

Para defender este enfoque pragmático, antes conviene hacer algunas aclaraciones. Primero, al abogar por este enfoque, cuyo interés está en atender de manera más directa las demandas y necesidades locales, no estamos necesariamente proponiendo la elaboración de un pensamiento filosófico autóctono ni una “bioética latinoamericana” en sentido estricto (Álvarez-Díaz 2012). Más bien, nuestro objetivo es justificar acciones orientadas a enfrentar los efectos del CC que, partiendo de dichas necesidades y demandas, busquen la mayor coherencia posible con corrientes teóricas pertinentes al caso.

Segundo, nuestro enfoque pragmático tiene puntos en común con algunos modelos bioéticos que anteriormente hemos denominado *abstractos*. Por ejemplo, cuando de Ortúzar y Rodríguez, en su propuesta intersectorial y decolonial, sostienen que “el encuadre de los problemas [...] debe incluir los diferentes puntos de vista de las comunidades, haciendo participar a esos otros marginados y escuchando la diversidad de sus voces y saberes” (2024, 5-6), se sitúan en una línea afín a un enfoque pragmático. No obstante, las diferencias emergen en la medida en que éste

último busca evitar que las narrativas y preocupaciones comunitarias sean interpretadas, y a veces reconstruidas, a partir de categorías propias del debate académico, en lugar de comprenderlas desde los sentidos efectivamente utilizados por las comunidades a las que se pretende otorgar un rol protagonista —una crítica similar podría plantearse al citado trabajo de Fuente-Carrasco et al. (2019)—.

Por último, cabe aclarar que, si bien el enfoque pragmático lo hemos asociado a una perspectiva de *abajo-hacia-arriba* en relación con la identificación de los problemas, con ello no estamos aludiendo, desde la perspectiva de la justificación, a un modelo inductivista. Nuestra propuesta se condice, más bien, con un modelo coherentista, que, en lugar de basar el fundamento en teorías abstractas, busca la justificación moral a través de la coherencia global entre distintos tipos de consideraciones normativas relevantes, que pueden llegar a abarcar tanto a la opinión pública como a disciplinas no filosóficas (DeGrazia 2024). Lo que distingue a nuestro enfoque pragmático de otras propuestas que también tienen elementos coherentistas, radica en privilegiar una orientación inicial *de-abajo-hacia-arriba* en la identificación de los problemas y las necesidades locales, así como en subrayar el carácter pragmático de sus resultados, entendidos como soluciones concretas orientadas a responder efectivamente a los problemas que motivaron el proceso deliberativo bajo un modelo coherentista.

La motivación por explorar este enfoque pragmático a los desafíos del CC surge de la participación de los autores (como mentores) en un programa educativo sobre bioética climática ofrecido a países de ALC, denominado *Climate Bioethics Program* (CBP), llevado a cabo en 2024, y que contó con la participación de académicos y universidades de Estados Unidos y de esta región. La principal lección de este programa fue la importancia de promover el desarrollo de comunidades resilientes a través de la educación; desarrollo de capacidades organizacionales; empoderamiento; y compromiso de la comunidad; con especial énfasis en la contribución de las herramientas normativas que aporta la bioética. En este contexto, creemos que el enfoque pragmático para una bioética climática que nos proponemos explorar nace de ideas que emergieron durante la deliberación colectiva junto con actores regionales de diversos orígenes, experiencias y grados de formación en bioética.

El *Climate Bioethics Program*

Ante las particularidades que enfrenta la región del Caribe debido al CC, han surgido diversas iniciativas orientadas a promover la generación de soluciones frente a la extrema vulnerabilidad que caracteriza a la zona. Para reflexionar sobre este contexto, se constituyó el *Climate Bioethics Program* enmarcado dentro de la *Caribbean Research Ethics Education Initiative* (CREEI) (Daly et al. 2025).⁴

4 CREEI fue una iniciativa financiada por Fogarty International Center of the National Institutes of Health lanzada en 2014, en Clarkson University (Estados Unidos), en alianza con St. George's University (Grenada), y junto con la colaboración de la Universidad Autónoma de Querétaro (México) y, desde enero de 2020 hasta diciembre de 2024, liderada por St. George's University. Durante los primeros ocho años, la iniciativa implementó un programa bilingüe de Magister en Bioética (MSCB) y en los dos últimos años, mediante una alianza con The Hastings Center, implementó un programa con el objetivo de potenciar las herramientas de análisis crítico de los graduados del MSCB, dedicando el segundo año del programa exclusivamente a los temas relacionados con el CC.

El CBP becó a nueve postulantes provenientes de distintos países de la región de ALC que se habían formado previamente en los programas de posgrados del CREEI. Con el apoyo de un mentor, cada becario tuvo que preparar un ensayo sobre el CC y el impacto en sus comunidades.⁵ Durante el proceso de mentoría y capacitación, los becarios del programa manifestaron un claro interés por abordar los cambios necesarios para la adaptación al CC en sus propias comunidades locales, en particular cuando la adaptación se combina con el desarrollo de capacidades de resiliencia.

El proceso de mentoría y capacitación mostró, de forma temprana, una aproximación muy distinta a los enfoques abstractos o idealistas de la ética aplicada al CC mencionados anteriormente. De igual manera, el abordaje de los becarios se alejó de las estrategias políticas más generales que sólo buscan hacer una llamado a prevenir o mitigar el progreso del cambio climático. Nuestra hipótesis es que esta visión pragmática surge del hecho de que las comunidades ya están viviendo las consecuencias del CC en sus territorios y exigen acciones locales específicas y herramientas concretas para enfrentar estos nuevos escenarios.

Estas preocupaciones más concretas y las temáticas de interés para cada una de las comunidades de los becarios del CBP quedaron plasmadas en los ensayos que entregaron al final de la mentoría, los cuales pasaron por un proceso de revisión ciega externa y fueron publicados en inglés y español en el sitio web del *The Hastings Center* (s.f). A partir de esta experiencia, como mentores en el CBP, nos planteamos el propósito de ex-

traer algunas reflexiones que surgieron del trabajo conjunto entre académicos, invitados y becarios, que a nuestro juicio reflejan un *giro pragmático* al que debería tender la política y la acción climática en nuestra región. Este enfoque se traduce en propuestas concretas de acciones de cambio que sintetizamos con cuatro características fundamentales. Este enfoque se distingue de estrategias tradicionales que hasta ahora han resultado infructuosas para revertir el CC, como los acuerdos internacionales que comentamos más abajo, y que son representativos del ya mencionado enfoque abstracto que busca el cambio de *arriba-hacia-abajo*. De cualquier manera, vemos el enfoque pragmático como un complemento más que como un reemplazo.

Contexto global: fracaso de intentos de mitigación y agenda hacia la resiliencia

La historia de los acuerdos internacionales para enfrentar el CC puede narrarse como una crónica de idealismos y buenas intenciones que, sin embargo, ha devenido en el fracaso de la sociedad contemporánea para enfrentarlo de manera colaborativa y efectiva. No ahondaremos en las causas de este fracaso, aunque coincidimos con Jamieson (2014) en señalar la dificultad que tenemos los seres humanos —y las instituciones que hemos creado— para comprender y actuar sobre fenómenos complejos, como el cambio climático, cuyos efectos directamente perceptibles no nos resultan próximos en tiempo y espacio, aunque muchos de ellos ya están afectando a las

5 Este proceso estuvo acompañado de una serie de seminarios web realizados en especial para el programa por expertos internacionales en CC provenientes de distintas disciplinas, incluyendo, por cierto, a expertos en ética medioambiental. Los autores del presente artículo servimos de mentores para cuatro becarios y participamos en todas las actividades del CBP; acompañamos a los estudiantes en el proceso de escritura de sus ensayos y promovimos el desarrollo de habilidades de pensamiento crítico y de escritura.

poblaciones más vulnerables y en desventaja.

Los esfuerzos iniciales de abordar sus consecuencias, como la Resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas (ONU 1988) y la Cumbre de la Tierra de Río (ONU 1992) se caracterizaron por una visión ambientalista amplia, con énfasis en el reconocimiento de las consecuencias del CC y su mitigación dentro de un marco internacional. Años más tarde, en esta misma línea, el Protocolo de Kioto (ONU 1998) estableció un modelo *top-down* de asignaciones de objetivos vinculantes de reducción de emisiones de gases de efecto invernadero (GEI) para las naciones industrializadas (Green et al., 2014). Sin embargo, no tuvo éxito: actores geopolíticos esenciales que representaban la mayor participación en las emisiones globales de GEI se excluyeron de la ratificación de este acuerdo y dichas emisiones han aumentado 57 % desde 1990 (PBL 2022).

Caracterizamos estos esfuerzos como modelos de gobernanza o acción climática *de arriba hacia abajo*, debido a que las decisiones y obligaciones establecidas en estos acuerdos se tomaron desde niveles centrales o globales —en este caso como acuerdos internacionales, por parte de diversos gobiernos nacionales— para luego imponerse o transferirse hacia los niveles inferiores como los gobiernos locales o las comunidades. El Protocolo de Kioto establecía compromisos vinculantes a los países desarrollados que no llegaron a aplicarse plenamente; en el Acuerdo de París, en cambio, se busca una cobertura universal y una participación extendida a través de las metas que se asumen y proponen por cada país. Los Estados seguirán siendo los centros del poder político, pero ahora deben articularse con actores no gubernamentales para

acelerar la implementación de políticas públicas (Carlino 2016).

Si bien estos esfuerzos reflejan avances en el reconocimiento del problema global y en el compromiso internacional de diversos países por combatir los efectos del CC, su fracaso ha dejado en evidencia la necesidad de reconocer que hoy nos enfrentamos directamente a sus impactos. Por ello, se ha vuelto indispensable centrar los esfuerzos no sólo en la mitigación, sino también, y cada vez más, en la adaptación y la resiliencia (Jay y Marmot 2009; Rosen 2015).

Entendemos por adaptación “anticipar los efectos adversos del cambio climático y tomar las medidas adecuadas para prevenir o minimizar los daños que puedan causar, o aprovechar las oportunidades que puedan surgir” (EEA 2024). En los últimos años, hemos sido testigos de cómo en los acuerdos internacionales más relevantes en esta materia se ha vuelto una tendencia promover respuestas que incluyan la adaptación y la resiliencia. En este sentido, el Acuerdo de Copenhague (2009) (ONU 2010) subraya “la necesidad de establecer un programa integral de adaptación que incluya apoyo internacional”, mientras que el Acuerdo de París (2015) (ONU 2015b) fue un paso más allá al proclamar un “Objetivo Global de Adaptación”, destinado a “mejorar [la] capacidad de adaptación, fortaleciendo la resiliencia y reduciendo la vulnerabilidad al cambio climático”.

El término *resiliencia* también ha ganado popularidad en los debates más recientes sobre el CC. Resiliencia proviene del latín *resilio* que significa *volver atrás*, y se refiere a la capacidad de recuperarse después de una perturbación. La idea es que las comunidades puedan dar respuesta al CC en el plano de las determinantes sociales y ambientales, de modo que puedan incidir en la mejora del

estado de salud de la población y reducir las inequidades sociales (Gould y Rudolph 2014).

La resiliencia fue, de hecho, uno de los temas emergentes durante el CBP, en particular la importancia de que las comunidades locales puedan adquirir conocimientos y desarrollar acciones relevantes para la preparación y gestión ante el CC. Vemos esto como una forma de adaptación o “adaptación resiliente”, también llamada, en este contexto, “resiliencia climática” (Collins y Demorest 2022). Un aspecto clave de la adaptación resiliente es que las comunidades se fortalecen para conservar su función, identidad y estructura frente a perturbaciones climáticas. Llamamos a esto un enfoque *de-abajo-hacia-arriba* en el que las estrategias para combatir las consecuencias negativas del cambio climático se construyen desde los niveles locales o nacionales hacia el nivel internacional y las altas gobernanzas, en lugar de ser impuestas desde una autoridad central, como los enfoques *de-arriba-hacia-abajo* mencionados con anterioridad.

Como en cualquier contexto de política sanitaria, la decisión de adoptar medidas de adaptación resilientes al CC conlleva desafíos y disyuntivas éticas. Si bien es común considerar que tanto la mitigación como la adaptación son esenciales para las respuestas al CC, pueden, a su vez, competir por los recursos, por lo que el énfasis que se le da a cada una de ellas puede ser controvertido (Collins y Demorest 2022). Las medidas adaptativas resilientes son empresas ambiciosas que pueden implicar alterar las formas tradicionales de vida de las personas y requieren una intensa colaboración de la comunidad. Para que sean justas y beneficiosas, las decisiones deben considerar el contexto local y la participación de las partes interesadas en su diseño, en línea

con el enfoque pragmático que planteamos en este artículo.

La necesidad de un enfoque pragmático en América Latina y el Caribe

Desde la Declaración de Río (ONU 1992) se ha puesto de relieve la participación ciudadana y el compromiso en acciones climáticas para una gobernanza efectiva, exigiendo a los Estados que aseguren el acceso a la información y a las oportunidades de participar en los procesos de toma de decisiones (Principio 10). Pese a los esfuerzos de los organismos internacionales en esta línea, la realidad de América Latina y el Caribe (ALC) muestra una tendencia de los gobiernos a centralizar la toma de decisiones y a imponer una cultura política jerárquica que a veces impide una plena colaboración entre distintos sectores del gobierno y de la sociedad (Solorio 2024). Esta realidad conduce a políticas climáticas centralizadas, de *arriba-hacia-abajo*, poco efectivas para articular los intereses comunitarios en sus múltiples escalas y contextos, y que da poco espacio a los procesos de participación con diferentes actores y comunidades (Sapiains et al. 2021). Aunque ésta no es una característica exclusiva de nuestra región, creemos que representa un ámbito clave en el que se debe intervenir para lograr avances en la adaptación y mitigación al CC, como veremos más adelante.

Pese a que con el concepto de *gobernanza climática policéntrica* se ha intentado superar estas limitaciones en nuestra región (Arriagada et al. 2018), aún quedan bastantes brechas en la aplicación de este concepto y en la definición de los mecanismos eficientes e inclusivos de implementación (Tobin et al. 2024). La gobernanza policéntrica es un concepto que enfatiza la partici-

pación de diversos actores y en diversos niveles para gestionar el CC, tales como gobiernos locales, nacionales, organizaciones internacionales, empresas, ONG y comunidades, quienes toman decisiones y actúan de manera coordinada, pero descentralizada, en vez de depender únicamente de acuerdos globales o de un solo organismo central (como la ONU) (Tobin et al. 2024).

El concepto de gobernanza climática policéntrica es congruente con el enfoque pragmático que hemos estado desarrollando y que está implícito en muchos de los ensayos desarrollados por los becarios del CBP. La gobernanza climática policéntrica, más realista y concreta para conducir la agenda de la gobernanza climática en nuestra región, se opone a lo que podemos llamar *paternalismo climático*, caracterizado por la imposición de políticas verticales y centralizadas. Cada una de las características de la gobernanza climática policéntrica —diversidad de actores, descentralización, colaboración, flexibilidad y resiliencia— (Arriagada et al. 2018), nos permite entender mejor el potencial de las propuestas que surgieron del CBP.

Cabe volver sobre el mencionado *paternalismo climático*, pues expresa una situación advertida por muchos de los becarios del programa y que motivó la discusión. Esto se refiere a que las acciones climáticas de los Estados en ALC tienden a ser poco inclusivas de los intereses de las comunidades, especialmente de las que provienen de zonas rurales que son más vulnerables al efecto del CC (McKie 2023, 450-63; Cavazos et al.

2024; Cook y Butz 2015; Tacoli 2009). El paternalismo climático deja poco espacio para un rol más proactivo de las comunidades y no es propicio para una adecuada sinergia y coordinación entre los actores locales y los gubernamentales y las organizaciones de la sociedad civil, que permite la expresión de las necesidades comunitarias, incluyendo las voces de los más vulnerables y marginados (Cavazos et al. 2024).

Las políticas climáticas nacionales o gubernamentales de la región se caracterizan por la falta de reconocimiento de las vulnerabilidades locales y las necesidades de adaptación de cada comunidad y, por ende, por la falta de flexibilidad en las soluciones. En buena medida están enfocadas por lo que llamaríamos un *paternalismo climático fuerte* y un enfoque abstracto o idealista de la gobernanza climática, lo que se traduce en rigidez de las políticas y retrasos en su implementación, dejando poco espacio al desarrollo de capacidades locales de resiliencia frente al CC. Avanzar hacia una gobernanza climática policéntrica implica, desde luego, abandonar el paternalismo fuerte, aunque puede ser compatible con lo que podríamos llamar *paternalismo débil*, esto es que los gobiernos u organismos internacionales puedan influir con sus políticas en las decisiones que toman las personas y las comunidades en la participación pública climática, sin desplazarlas o sustituirlas del todo (Hügel y Davies 2020).⁶ Si bien la literatura reconoce el impacto positivo de la participación pública en la gobernanza climática (Cavazos et al. 2024), sigue pri-

6 Utilizamos la distinción que se hace en filosofía moral entre paternalismo fuerte (strong paternalism) y paternalismo débil (weak paternalism): el primero justifica la interferencia del Estado en la libertad de las personas aun cuando éstas sean autónomas para decidir, mientras el segundo justifica la interferencia cuando las decisiones de las personas no son completamente voluntarias ni informadas, como en casos de coerción, manipulación o sesgo cognitivo. En el contexto de la ética del cambio climático, el paternalismo débil podría promover incentivos en el comportamiento de las personas, en vez de imponer decisiones sin la deliberación de la personas o las comunidades.

mando en la práctica una estrategia más retórica que efectiva porque, en definitiva, la falta de planes de desarrollo pragmáticos que incentiven y aumenten la participación aun muestran la persistencia de amplias barreras institucionales y culturales (Hügel y Davies 2020).

Desde un enfoque más pragmático, queremos proponer, a la luz de los ensayos realizados en el CBP, algunas estrategias para incentivar la participación pública en la adaptación al CC, siguiendo la línea de un paternalismo climático débil. Para efectos de enmarcar estas estrategias, hay que tener en cuenta algunos acuerdos globales. Primero, las medidas establecidas en el Acuerdo de París (ONU 2015b) que apuntan a la mejora de la educación, formación, sensibilización, como una manera de fortalecer la participación ciudadana y así mejorar el impacto de las acciones. Segundo, las metas del Objetivo 13: Acción por el Clima, de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Organización de Naciones Unidas (ONU 2015a), que coinciden con la medida anterior al enfatizar las consultas públicas y diálogos abiertos como formas de participación ciudadana.

El enfoque pragmático en bioética climática

El CBP mostró lo fructífero que resulta la capacitación de actores sociales al brindar espacio para que sus voces sean escuchadas y apoyadas con herramientas y conceptos de la bioética. El enfoque pragmático que vemos emerger de este programa no es del todo nuevo, sino que se relaciona con respuestas previas y cuenta con algunos antecedentes en la literatura regional, como mencionamos en la introducción. Lo observado en el curso del CBP destaca el rol de las comunidades y la importancia de sintonizar

con sus tradiciones, preocupaciones, intereses y motivaciones, con miras a hacer más factible implementar cambios. Si bien reconocemos que ALC tiene desafíos propios que pueden dificultar la implementación efectiva de una política pragmática (p. ej. la inestabilidad política, la pobreza, la dependencia económica, el populismo, la corrupción, etcétera), creemos que son parte del camino para la creación o consolidación de comunidades más resilientes.

El empoderamiento de la población, así como su intervención en el diseño e implementación de las políticas climáticas es indispensable para su sostenimiento, efectividad y permanencia, más allá de la política pública, la ideología o de los cambios de gobierno. Con ello se pueden orientar las políticas públicas bajo el marco del concepto ético-político de ciudadanía ecológica (Lecaros 2013), que enfatiza los deberes y responsabilidades de los ciudadanos más que los derechos, e implica un compromiso activo por el cuidado de la comunidad y el entorno, más allá de los límites jurisdiccionales al que se sujeta la ciudadanía liberal o republicana tradicional.

Desde este enfoque de ciudadanía, la necesidad de un proceso de concertación y coordinación más intensa entre las autoridades y la sociedad en las acciones frente al CC debería orientar la agenda de implementación de la política climática. En la medida que resulta difícil concebir una agenda homogénea para el CC a nivel mundial o incluso a nivel nacional, resulta plausible proponer estrategias de enfoque pragmático que se conciben desde lo local.

A continuación, planteamos cuatro características de una agenda pragmática de este tipo, ilustrando cada una de ellas con ejemplos extraídos de las iniciativas elaboradas en el CBP.

1. *Promoción de acciones desde las comunidades.* El éxito de iniciativas de adaptación para el CC depende de cuán motivadas están las comunidades locales para participar en ellas. Iniciativas que se plantean desde un lenguaje abstracto, interpelante o lejano a las preocupaciones e intereses de las comunidades locales, están destinadas al fracaso. Así, iniciativas que surgen de *abajo-hacia-arriba*, que sintonizan con problemas o preocupaciones de las comunidades, resultan mucho más prometedoras, al tiempo que encuentran mano de obra calificada y motivada para llevarlas a cabo. El hecho de que estas iniciativas están relacionadas con las propias actividades y capacidades de las comunidades locales las hace también más sostenibles en el tiempo y aumenta la resiliencia de la comunidad frente al CC.

En el CBP encontramos varios ejemplos de este tipo de planteamiento: una becaria de profesión veterinaria propuso, bajo el enfoque One Health (Una Sola Salud) de la OMS, un sistema centinela en animales de compañía que deja en evidencia los efectos del CC; esto al validar en lo epidemiológico el incremento de cáncer en la piel y otras enfermedades, tanto en los animales de compañía como en seres humanos (Peña 2024). El argumento ético apunta a justificar la obligación para con los animales de compañía mediante el concepto de dependencia creada, y a mejorar la optimización de los recursos económicos destinados al CC mediante beneficios compartidos entre animales y humanos. Otra becaria describió el mayor riesgo y vulnerabilidad en la práctica del deporte en las pequeñas islas de la cuenca del Caribe debido al CC, argumentando que, en este contexto, las organizaciones deportivas interna-

cionales, como el Comité Olímpico Internacional, deberían ofrecer incentivos climáticos a las organizaciones deportivas de los pequeños Estados insulares en desarrollo del Caribe para que tomen medidas frente al CC con estrategias dirigidas a la educación, adaptación y resiliencia (Roopchand-Martin 2024). Desde la bioética, el incentivo climático propuesto se justifica por la contribución que hacen las organizaciones deportivas nacionales y locales al CC que, si bien supone un impacto mucho menor que otro tipo de organizaciones, tienen la misma responsabilidad moral de responder, aunque sea de forma local, a los retos del ámbito global.

2. *Empoderamiento de las comunidades.* Como se desprende del punto anterior, las mismas comunidades suelen tener el potencial de identificar y desarrollar iniciativas para lidiar con los desafíos que el CC representa para sus vidas. Estas iniciativas pueden consistir en acciones individuales o de grupos acotados. Sin embargo, para que estas acciones desplieguen todo su potencial, es importante que exista comunicación y organización interna, a modo de generar una *masa crítica* para que las iniciativas puedan madurar, consolidarse y tener un impacto significativo. Para alcanzar ese objetivo, las organizaciones de la sociedad civil e instituciones de nivel intermedio (p.ej. ONG, municipios, universidades, etcétera) deben considerarse como actores clave para entregar recursos y herramientas a las comunidades, y así empoderarlas para el cambio.

Una becaria que trabaja en el área de demografía y desarrollo llevó a cabo una reflexión sobre cómo las comunidades rurales hondureñas, que enfrentan un entorno climático cambiante, se ven obligadas a repensar sus formas de vida tradicionales al enfrentar el dilema entre

migrar o adaptarse (Zelaya 2024). En su reflexión aboga por fortalecer las capacidades locales para que la comunidad tenga la oportunidad real de optar por la segunda opción (permanecer en su comunidad apostando por la adaptación), para lo cual es necesario empoderar a las comunidades, fortaleciendo su tejido social e identidad. Otro caso lo vemos en el ensayo de una becaria que reflexiona sobre la catástrofe que vivieron habitantes de Acapulco, México, por el huracán Otis (Adame 2024). En su trabajo propone la necesidad de que las comunidades rurales asuman un rol más activo en la adaptación al CC, ejerciendo una agencia proactiva frente al Estado, mediante el deber de recabar información de su realidad local y comunicar oportunamente dicha información a los gobiernos locales y al Estado, junto con participar en el diseño de sus programas de adaptación con apoyo de las organizaciones de la sociedad civil y promoviendo el desarrollo conjunto de capacidades organizacionales. El cumplimiento de estos deberes de adaptación por parte de las comunidades tiene por objetivo mejorar, de manera pragmática, las políticas climáticas.

3. *Aprovechar las oportunidades para realizar cambios profundos.* El CC afecta a los individuos en distintas esferas. Sus consecuencias son sistémicas, pues tienen impacto en los ámbitos laboral, social y sanitario, entre otros, y pueden alcanzar tal magnitud que obliguen a las comunidades a modificar sus formas tradicionales de vida. Esta situación, sin embargo, puede representar una oportunidad para cambios profundos que, de otra manera, hubiesen sido difícilmente justificables. Un ejemplo de esta perspectiva es el *The Lancet Countdown on Health and Climate Change*, proyecto que explora los impactos del cambio climático en la salud, con una

mirada positiva y pragmática, tendiente a propiciar cambios en los sistemas de salud que permitan resolver problemas, incluso más allá de aquellos directamente vinculados al CC. En un informe dirigido a América Latina, *The Lancet* enfatiza, entre otros, la necesidad de políticas públicas que mejoren la resiliencia climática (Hartinger et al. 2024).

Un planteamiento similar a éste puede encontrarse en el trabajo de una becaria del CBP proveniente de las áreas de la ingeniería y la bioética, que indaga en las políticas con perspectiva de género que el gobierno de México ha implementado con relación a los desafíos del cambio climático (Mota Valtierra 2024). Su trabajo ilustra cómo muchas veces las políticas públicas de *arriba-hacia-abajo* pueden resultar insuficientes o incluso estériles si no están motivadas por los intereses de las comunidades locales. Asimismo, explora cómo la necesidad de adaptación al cambio climático puede representar una oportunidad para generar cambios en formas de vida que contribuyan a superar inequidades —como las de género—, que están arraigadas en las comunidades locales, lo que resulta en un trabajo multisectorial y transdisciplinar indispensable.

4. *Fomentar una gobernanza adaptativa, horizontal y policéntrica.* Un enfoque pragmático no puede desconocer la importancia que tienen las instituciones —especialmente las de gobierno— para el desarrollo exitoso de políticas públicas que permitan a las comunidades lidiar con los efectos del cambio climático. Si bien nuestro énfasis ha estado en promover iniciativas de *abajo-hacia-arriba* que eviten abstracciones o consignas que no conectan bien con las realidades locales, no queremos desconocer el imprescindible rol que tienen las instituciones de alto nivel en acom-

pañar y llevar a buen término las iniciativas de las comunidades locales. A través de instancias inclusivas y participativas de gobernanza, que contribuyan a elaborar políticas públicas adecuadas y más equitativas para el contexto de cada comunidad o región, es posible maximizar el impacto de estas políticas y su sostenibilidad en el tiempo.

Un ejemplo de esta mirada fue la adoptada por una becaria proveniente de un país insular del Caribe al analizar la iniciativa “Hospital Inteligente”, apoyada por la Organización Panamericana de la Salud en la región (Rosmond 2024). En su trabajo describe las mejoras que se obtuvieron, a partir de esta iniciativa, en la capacidad de dar respuesta a futuros riesgos de desastres naturales, aumentando la resiliencia de las instalaciones, la reducción de impacto ecológico y la sostenibilidad en las operaciones. El fortalecimiento de estas capacidades en los hospitales tenía por objetivo potenciar estrategias de salud sostenibles, justas y equitativas para construir sistemas de salud resilientes que benefician especialmente a las poblaciones vulnerables. Considera también que la vulnerabilidad en nuestra región no sólo depende de la pobreza y los bajos índices de salud, sino también de las condiciones en que se encuentra la infraestructura de salud para garantizar prestaciones continuas y disminuir la interrupción de servicios debido a grandes catástrofes.

Una perspectiva similar podemos encontrarla en el trabajo de otra becaria que propone, a partir de su conocimiento y experiencia en organismos genéticamente modificados, abrir la discusión sobre un programa nacional de cultivos de plantas modificadas genéticamente para enfrentar el CC y la seguridad alimentaria en Honduras, evaluando la

compatibilidad con los cultivos tradicionales (Rodríguez 2024). Una propuesta de este tipo nos lleva a reflexionar sobre los desafíos a nivel de institucionalidad y de gobernanza que son necesarios para la implementación de un programa de esta naturaleza.

Todas las propuestas anteriores muestran enfoques derivados de la experiencia o del conocimiento profesional de los participantes en los que se asumen políticas *abajo-hacia-arriba*. Propuestas de este tipo muchas veces son ignoradas por las autoridades, pese a que tienen el potencial de resultar prácticas y viables. Cabe destacar también que estas propuestas surgen del conocimiento de la realidad en el terreno —muchas veces relacionado con la propia actividad laboral—, por lo que resultan naturalmente relevantes para sus autores y no impuestas desde afuera, lo que aumenta las posibilidades de que sus propuestas obtengan una buena recepción en sus comunidades.

Conclusión

La bioética está incidiendo cada vez más en la reflexión y respuestas a la crisis ecológica global, volviendo a conectar con las raíces de este término —*bio-ética*—, que busca resolver los problemas éticos relacionados con la vida en el planeta. El CC es una realidad incuestionable y ningún esfuerzo debe minimizarse. La región de ALC es una de las más vulnerables a sus efectos, y sus políticas y acciones climáticas no siempre responden a este desafío. ALC está lejos de implementar gobernanzas climáticas policéntricas que favorezcan la participación de diversos actores en distintos niveles —gobiernos locales, nacionales, organizaciones internacionales, empresas, ONG y comunidades— y eviten la toma de decisiones

centralizadas y el escaso aprovechamiento de las capacidades locales.

Argumentamos en este trabajo que un enfoque pragmático en la ética del CC está en sintonía con una gobernanza climática policéntrica, que busca la participación de diversos actores y en diversos niveles para gestionar el CC. Este enfoque surge de la experiencia del trabajo de mentoría que llevamos a cabo dentro del CBP organizado por CREEI con *The Hastings Center*. A partir de esta experiencia, analizamos los resultados de los trabajos realizados por los becarios, distinguiendo cuatro aspectos característicos del enfoque o giro pragmático propuesto: promover acciones desde las comunidades; empoderar a las comunidades; aprovechar las oportunidades para realizar cambios profundos; y fomentar una gobernanza adaptativa, horizontal y policéntrica.

Concluimos, a partir de esta experiencia académica, que los objetivos de adaptación y resiliencia para enfrentar el CC al que abogan los organismos internacionales deben complementarse con un enfoque pragmático en la reflexión y acción frente al CC. Este enfoque promueve el empoderamiento de la población y la participación de los ciudadanos en el diseño e implementación de las políticas climáticas, mediante una coordinación intencionada por los gobiernos locales y nacionales con los diversos actores de la sociedad civil. Si bien reconocemos que ALC tiene desafíos propios que pueden dificultar la implementación de una política pragmática de forma efectiva, creemos que esto es parte del camino para la creación o consolidación de comunidades más resilientes.

Agradecimientos

La redacción del presente artículo se benefició de los comentarios de Cheryl Cox Macpherson,

Carolyn Neuhaus, Paul Cummins y Kyle Ferguson, así como también de los pares revisores y el editor en jefe de *Bioética UNAM*.

Referencias

- Adame Gayosso, María de los Ángeles Marina. 2024. "Generación de comunidades rurales resilientes tras el paso del Huracán Otis". En *Voces en Bioética desde la Cuenca del Caribe: Cambio Climático, Salud y Ética*, editado por Carolyn Neuhaus, Cheryl Macpherson, Bernardo Aguilera, et al. *The Hastings Center & the Caribbean Research Ethics Education Initiative*. Consultado el 23 de febrero de 2026. <https://www.thehastingscenter.org/wp-content/uploads/de-los-Angeles-essay-Spanish-revised.pdf>
- Álvarez Díaz, Jorge Alberto. 2012. "¿Bioética latinoamericana o bioética en Latinoamérica?". *Revista Latinoamericana de Bioética* 12 (1): 10-27. Consultado el 23 de febrero de 2026. <http://www.scielo.org.co/pdf/rlb/v12n1/v12n1a02.pdf>
- Arpini, Adriana María. 2024. "Bioética interseccional. Una perspectiva Latino-Americana, decolonial e feminista". *A Cadernos de Campo: Revista de Ciências Sociais* 24 (2): e024015. <https://doi.org/10.47284/cdc.v24iesp.2.18990>
- Arriagada, Rodrigo, Paulina Aldunce, Gustavo Blanco, et al. 2018. "Climate change governance in the anthropocene: emergence of polycentrism in Chile". *Elementa: Science of the Anthropocene* 6 (68): 2-13. <https://doi.org/10.1525/elementa.329>

- Castilla, Juan Carlos. 2015. "Tragedia de los recursos de uso común y ética ambiental individual responsable frente al calentamiento global". *Acta Bioethica* 21 (1): 65-71. <https://doi.org/10.4067/S1726-569X2015000100009>
- Cavazos, Tereza, Maria Laura Bettolli, Donovan Campbell, et al. 2024. "Challenges for climate change adaptation in Latin America and the Caribbean region". *Frontiers in Climate* 6: 1392033. <https://doi.org/10.3389/fclim.2024.1392033>
- Carlino, Hernán. 2016. *El Acuerdo de París y sus implicaciones para América Latina y el Caribe*. PNUMA; Unión Europea; EUROCLIMA. <https://www.unclearn.org/es/recursos/biblioteca/el-acuerdo-de-paris-y-sus-implicaciones-para-america-latina-y-el-caribe/>
- Collins, Amy y Sarah Demorest. 2022. "How should we respond to health care generating environmental harm?". *AMA Journal of Ethics* 24 (10): E1004-1010. <https://doi.org/10.1001/amajethics.2022.1004>
- Cook, Nancy y David Butz. 2015. "Mobility justice in the context of disaster". *Mobilities* 11 (3): 400-19. <https://doi.org/10.1080/17450101.2015.1047613>
- Daly, Timothy, Ignacio Mastroleo, Luis L. García Valiña, et al. 2025. "Fogarty-Funded research ethics education in Latin America and the Caribbean: progress despite ongoing challenges". *Journal of Empirical Research on Human Research Ethics* 0 (0). <https://doi.org/10.1177/15562646251325621>
- DeGrazia David. 2024. "Leveraging a Sturdy Norm: How Ethicists Really Argue". *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*. 33 (3): 390-400. <https://doi.org/10.1017/S0963180123000592>
- De Ortúzar, María Graciela y Cintia Rodríguez Garat. 2024. "Bioética interseccional en América Latina: Agenciamiento político, autonomía relacional y cuidados para la vida". *Cadernos de Campo: Revista de Ciências Sociais* 24: e024014. <https://doi.org/10.47284/cdc.v24i-esp.2.19567>
- European Environment Agency (EEA). 2024. "What is the difference between adaptation and mitigation?". Consultado el 23 de febrero de 2026. <https://www.eea.europa.eu/en/about/contact-us/faqs/what-is-the-difference-between-adaptation-and-mitigation>
- Fuente-Carrasco, Mario Enrique, David Barkin y Ricardo Clark-Tapia. 2019. "Governance from below and environmental justice: Community water management from the perspective of social metabolism". *Ecological Economics* 160: 52-61. <https://doi.org/10.1016/j.ecolecon.2019.01.022>
- Gould, Solange y Linda Rudolph. 2014. "Why We Need Climate, Health, and Equity in All Policies". Commentary. *National Academy of Medicine*. <https://doi.org/10.31478/201412e>
- Green, Jessica F., Thomas Sterner y Gernot Wagner. 2014. "A balance of bottom-up and top-down in linking climate policies". *Nature Climate Change* 4: 1064-67. <https://doi.org/10.1038/nclimate2429>
- Hartinger, Stella M., Yasna K. Palmeiro-Silva, Cristhian Llerena-Cayo, et al. 2024. "The 2023 Latin America report of the *Lancet Countdown* on health and climate change: the imperative for health-centred climate-resilient development". *The Lancet Regional Health-Americas* 33: 100746. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2024.100746>

- Hügel, Stephan y Anna R. Davies. 2020. "Public participation, engagement, and climate change adaptation: A review of the research literature". *WIREs Climate Change* 11 (4): e645. <https://doi.org/10.1002/wcc.645>
- Jamieson, Dale. 2014. *Reason in a Dark Time: Why the Struggle Against Climate Change Failed and What It Means for Our Future*. Oxford University Press.
- Jay, M. y Michael G. Marmot. 2009. "Health and climate change". *The Lancet* 374 (9694): 961-62. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61603-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61603-2)
- Junges, José Roque. 2021. "O novo regime climático do Antropoceno e de Gaia". *Revista Bioética* 29 (4): 734-42. <https://doi.org/10.1590/1983-80422021294507>
- Lecaros Urzúa, Juan Alberto. 2013. "La ética medio ambiental: principios y valores para una ciudadanía responsable en la sociedad global". *Acta Bioethica* 19 (2): 177-88. <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2013000200002>
- Márquez Vargas, Florentino. 2021. Bioética ambiental en perspectiva latinoamericana. *Revista Latinoamericana de Bioética* 20 (2): 55-3. <https://doi.org/10.18359/rlbi.4910>
- McKie, Ruth E. 2023. "Chapter 25. Climate change governance, environment, and inequality in Latin America". En *Handbook on Inequality and the Environment*, editado por Michael A. Long, Michael J. Lynch y Paul B. Stretesky. Edward Elgar Publishing. <https://doi.org/10.4337/9781800881136.00039>
- Moreno Muñoz, Miguel. 2018. "Cambio climático, riesgos ambientales y desafíos para los programas de salud pública. Un enfoque de bioética global". *Dilemata Revista Internacional de Éticas Aplicadas* (26): 225-38. Consultado el 3 de marzo de 2026. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6278553>
- Mota Valtierra, Georgina Del Carmen. 2024. "Estrategias adaptativas y perspectiva de género en políticas públicas para el cambio climático en México". En *Voces en Bioética desde la Cuenca del Caribe: Cambio Climático, Salud y Ética*, editado por Carolyn Neuhaus, Cheryl Macpherson, Bernardo Aguilera, et al. *The Hastings Center & the Caribbean Research Ethics Education Initiative*. Consultado el 23 de febrero de 2026. <https://www.thehastingscenter.org/wp-content/uploads/georgina-essay-Spanish.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas. 1988. *Protección del clima mundial para las generaciones presentes y futuras*, A/RES/43/53 (6 de diciembre de 1988). ONU. Consultado el 22 de abril de 2026. <https://docs.un.org/es/A/res/43/53>
- Organización de las Naciones Unidas. 1992. *Declaración de Río sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo*. Consultado el 24 de febrero de 2026. <https://www.un.org/spanish/esa/sust-dev/agenda21/riodeclaration.htm>
- Organización de las Naciones Unidas. 1998. *Protocolo de Kyoto de la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático*. Consultado el 18 de marzo de 2026. <http://unfccc.int/resource/docs/convkp/kpeng.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas. "Convención Marco sobre el Cambio Climático. 2010. Informe de la Conferencia de las Partes sobre su 15º período de sesiones, celebrado en Copenhague del 7 al 19 de diciembre de 2009". Consultado

- el 18 de marzo de 2026. <https://unfccc.int/sites/default/files/resource/docs/2009/cop15/spa/11s.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas. 2015a. “Objetivos de Desarrollo Sostenible”. Consultado el 24 de febrero de 2026. <https://sdgs.un.org/es/goals>
- Organización de las Naciones Unidas. 2015b. *Paris Agreement*. Consultado el 24 de febrero de 2026. https://unfccc.int/sites/default/files/english_paris_agreement.pdf
- Osebor, Ikechukwu Monday. 2024. “The weight of African native-centric ecology in eco-desacralization”. *Revista Bioética* 32: e3652EN. <https://doi.org/10.1590/1983-803420243652en>
- PBL Netherlands Environmental Assessment Agency. 2022. *Trends in Global CO₂ and Total Greenhouse Gas Emissions; 2021 Summary Report*. Consultado el 24 de febrero de 2026. <https://www.pbl.nl/en/publications/trends-in-global-co2-and-total-greenhouse-gas-emissions-2021-summary-report>
- Peña Trujillo, Rosa Erendira. 2024. “Los impactos del cambio climático en pacientes no humanos y la necesidad de atención en sus consecuencias”. En *Voces en Bioética desde la Cuenca del Caribe: Cambio Climático, Salud y Ética*, editado por Carolyn Neuhaus, Cheryl Macpherson, Bernardo Aguilera, et al. *The Hastings Center & the Caribbean Research Ethics Education Initiative*. Consultado el 24 de febrero de 2026. <https://www.thehastingscenter.org/wp-content/uploads/erendira-essay-Spanish.pdf>
- Programa de las Naciones Unidas para el Ambiente (PNUMA). 2016. *El Acuerdo de París y sus implicaciones para América Latina y el Caribe*. PNUMA; Unión Europea; EUROCLIMA. Consultado el 23 de febrero de 2026. <https://www.unclearn.org/es/recursos/biblioteca/el-acuerdo-de-paris-y-sus-implicaciones-para-america-latina-y-el-caribe/>
- Rodríguez Galo, Cynthia Marilhyn. 2024. “Plantas transgénicas y seguridad alimentaria en Honduras: Desafíos ante el Cambio Climático”. En *Voces en Bioética desde la Cuenca del Caribe: Cambio Climático, Salud y Ética*, editado por Carolyn Neuhaus, Cheryl Macpherson, Bernardo Aguilera, et al. *The Hastings Center & the Caribbean Research Ethics Education Initiative*. Consultado el 24 de febrero de 2026. <https://www.thehastingscenter.org/wp-content/uploads/galo-essay-Spanish-revised.pdf>
- Roopchand-Martin, Sharmella. 2024. “Incentivación a la acción climática por parte de las organizaciones deportivas del Caribe”. En *Voces en Bioética desde la Cuenca del Caribe: Cambio Climático, Salud y Ética*, editado por Carolyn Neuhaus, Cheryl Macpherson, Bernardo Aguilera, et al. *The Hastings Center & the Caribbean Research Ethics Education Initiative*. Consultado el 24 de febrero de 2026. <https://www.thehastingscenter.org/wp-content/uploads/sharmella-essay-Spanish.pdf>
- Rosen, Amanda M. 2015. “The wrong solution at the right time: The failure of the Kyoto Protocol on climate change”. *Politics & Policy* 43 (1): 30-58. <https://doi.org/10.1111/polp.12105>
- Rosmond Adams, Ashley. 2024. “Consideraciones éticas en salud climática para los pequeños Estados insulares en desarrollo”. En *Voces en Bioética desde la Cuenca del Caribe: Cambio Climático, Salud y Ética*, edi-

- tado por Carolyn Neuhaus, Cheryl Macpherson, Bernardo Aguilera, et al. *The Hastings Center & the Caribbean Research Ethics Education Initiative*. Consultado el 24 de febrero de 2026. <https://www.thehastingscenter.org/wp-content/uploads/rosmond-essay-Spanish.pdf>
- Rozzi, Ricardo. 2012. "Filosofía ambiental sudamericana: raíces amerindias ancestrales y ramas académicas emergentes". *Environmental Ethics* 34 (S4): 9-32. <https://doi.org/10.5840/enviroethics201234Supplement52>
- Rozzi, Ricardo. "Bioética global y ética biocultural". 2016. *Cuadernos de Bioética* 27 (91): 339-55. Consultado el 24 de febrero de 2026. <https://aebioetica.org/revistas/2016/27/91/339.pdf>
- Rozzi, Ricardo y Alejandra Tauro. 2024. "Filosofía ambiental de campo: conceptos y prácticas para resolver la ceguera de la sociedad global sobre la diversidad biológica y cultural". *Veritas* 58: 39-63. <https://doi.org/10.4067/S0718-92732024000200039>
- Salazar Ortiz, Víctor Hugo. 2020. "El pragmatismo ambiental: una propuesta ética ambiental frente al cambio climático". *Theoría. Revista del Colegio de Filosofía* 39: 89-111. <https://doi.org/10.22201/ffyl.16656415p.2020.39.1301>
- Salmi, Federico, Moara Almeida Canova y Maíra C. G. Padgurschi. 2023. "Ética climática, (in)justiças e limitações do pagamento por serviços ambientais no Brasil". *Ambiente & Sociedade* 26, e01232. <https://doi.org/10.1590/1809-4422asoc-20210123r2vu2023l2oa>
- Sánchez de la Iglesia, Eduardo. 2020. "Bioética y educación ambiental como compromiso para la sostenibilidad". *Revista Iberoamericana de Bioética* 13: 1-10. <https://doi.org/10.14422/rib.i13.y2020.005>
- Sapiains, Rodolfo, Cecilia Ibarra, Gabriela Jiménez, et al. 2021. "Exploring the contours of climate governance: An interdisciplinary systematic literature review from a southern perspective". *Environmental Policy and Governance* 31 (1): 46-59. <https://doi.org/10.1002/eet.1912>
- Solorio, Israel. 2024. "The ABCs of governmental climate action challenges in Latin America". *npj Climate Action* 3 (1): 6. <https://doi.org/10.1038/s44168-023-00083-0>
- Tacoli, Cecilia. 2009. "Crisis or adaptation? Migration and climate change in a context of high mobility". *Environment & Urbanization* 21 (2): 513-25. <https://doi.org/10.1177/0956247809342182>
- The Hastings Center. s. f. "Caribbean Bioethics Education Program". Consultado el 24 de febrero de 2026. <https://www.thehastingscenter.org/who-we-are/our-research/selected-past-projects/caribbean-bioethics-education-program/>
- The Hastings Center. s. f. "Voces en bioética desde la cuenca del Caribe: Clima, salud y ética". Carolyn Neuhaus, Cheryl Macpherson, Bernardo Aguilera, Paul Cummins, Bernardo García, Athmeya Jayaram, Alberto Lecaros. *The Hastings Center & the Caribbean Research Ethics Education Initiative*. Consultado el 18 de marzo de 2026. <https://www.thehastingscenter.org/who-we-are/our-research/selected-past-projects/voices-in-bioethics-from-the-caribbean-basin-climate-health-ethics/>
- Tobin, Paul, Dave Huitema y Elke Kellner. 2024. "The empirical realities

- of polycentric climate governance: Introduction to the special issue". *Global Environmental Politics* 24 (3): 1-23. https://doi.org/10.1162/glep_a_00758
- Torres Carral, Guillermo y Liberio Victorino Ramírez. 2023. "Introducción general. La nueva educación en una ruralidad alterna". En *Nueva educación, bioética y ruralidad alterna*, editado por Guillermo Torres y Liberio Victorino Ramírez. Universidad Autónoma Chapingo. Consultado el 24 de febrero de 2026. <https://credomex.edomex.gob.mx/sites/credomex.edomex.gob.mx/files/files/Academica/capitulo%20educacion%20ambiental%20pag%2059.pdf>
- Trevizo, Ana Violeta. 2021. "Inclusión de la perspectiva de interseccionalidad y la justicia reproductiva en el marco del cambio climático desde la bioética". *Theoría. Revista del Colegio de Filosofía* 39: 112-26. <https://doi.org/10.22201/ffyl.16656415p.2020.39.1319>
- Villa Fontecha, Germán Humberto. 2023. "Bioética en sentido amplio, derechos humanos y derechos de la naturaleza". *Revista de Filosofía. Universidad Iberoamericana* 55 (155): 12-51. <https://doi.org/10.48102/rdf.v55i155.203>
- Zelaya Ochoa, Marysabel. 2024. "Migración ambiental en Honduras: Un reto para el desarrollo humano sostenible". En *Voces en Bioética desde la Cuenca del Caribe: Cambio Climático, Salud y Ética*, editado por Carolyn Neuhaus, Cheryl Macpherson, Bernardo Aguilera, et al. *The Hastings Center & the Caribbean Research Ethics Education Initiative*. Consultado el 24 de febrero de 2026. <https://www.thehastingscenter.org/wp-content/uploads/marysabel-essay-Spanish-revised.pdf>

La tensión entre la concepción de los intereses genéricos del bien común y el principio de justicia en *For the Common Good: Philosophical Foundations of Research Ethics* de Alex London

For the Common Good: Philosophical Foundations of Research Ethics, de Alex London, es un libro que debería leer cualquier persona que esté interesada en la ética de la investigación: la rama de la bioética que se ocupa o aborda los problemas éticos que pueden surgir en la investigación con seres humanos (Mastroleo 2012; Dal-Re et al. 2013). Consiste en un aspecto de la ética fundamental a la hora de pensar cuál es el trato justo que deberíamos tener con quienes colaboren con su cuerpo y su salud para generar conocimiento científico; por ejemplo, con quienes participen en ensayos clínicos para el desarrollo de vacunas. Esta parte de la bioética intenta responder preguntas tales como: ¿cuáles son los límites éticos que plantea la investigación en seres humanos?, ¿debe quedar la investigación en salud con seres humanos librada completamente al azar o al mercado?, ¿cuál es, si es que existe, el grado adecuado de interferencia estatal en las interacciones mutuamente voluntarias y beneficiosas para garantizar la equidad en la investigación y la salud pública de la sociedad o comunidad anfitriona? (Wertheimer 2010, 212), ¿tienen los Estados el deber de apoyar la investigación con seres humanos? (Bianchini 2021, 2024), ¿implica apoyar la financiación y/o el

patrocinio directo de investigaciones con seres humanos?, ¿o incluye también otras formas de apoyo como los incentivos económicos en forma de patentes, premios, exenciones impositivas, etcétera?, ¿qué tipo de investigaciones debería apoyar?, ¿qué enfermedades debería investigar?, ¿cuáles serían las prioridades por seguir en cada caso? (Millum 2024), ¿cuál es la regulación estatal apropiada respecto de la investigación en salud con seres humanos? Todas estas preguntas suponen presupuestos teóricos acerca de la corrección ética de la investigación con seres humanos en general. Y presuponen, también, la respuesta a una pregunta previa: ¿existe un imperativo o un deber de investigar? London responde esta pregunta.

Una de las ideas fundamentales que atraviesa este libro es que el imperativo de investigar o el deber de investigar debería entenderse como la obligación moral de llevar a cabo investigaciones para un bien común. El autor denomina *el imperativo igualitario de la investigación* a este deber de investigar y lo define como igualitario en dos sentidos, porque los intereses que aborda son compartidos por todos los miembros de la comunidad. En sus palabras:

todos los miembros de la comunidad dependen de diversos sistemas sociales, incluidos los de salud, para salvaguardar y promover su interés fundamental de poder formular, perseguir y revisar un plan de vida razonable (2021, 159).¹

Pero también es igualitario en un segundo sentido:

la coerción, la dominación, la explotación, la negligencia, el abuso y otras formas de trato perjudicial o injusto violan

¹ Todas las traducciones de los textos de Alex London presentadas en este trabajo son de la autora.

la restricción práctica sobre las maneras aceptables de intentar promover el bien común, ya que socavan la condición de las personas afectadas como libres e iguales (2021, 159).

Respecto de la manera en la cual entienden el imperativo o deber de investigar, London afirma:

la idea general es que avanzar en el progreso social, produciendo el conocimiento y los medios para evitar la muerte prematura y aliviar el sufrimiento evitable, no es un objetivo moralmente opcional (2021, 32).

En cuanto a la idea de bien común, el autor (2021, 2003) distingue dos concepciones: la “concepción corporativa”, por un lado, y la “concepción de los intereses genéricos”, por el otro. La primera identifica el bien común con el bien de la comunidad, concebida como una entidad que existe por derecho propio y tiene intereses que son distintos respecto de los intereses de sus miembros. Esta concepción entiende que el bien se puede concebir de dos maneras distintas: según se refiera a la comunidad o al individuo. Por el contrario, la concepción de los intereses genéricos identifica el bien común con un subconjunto de intereses lo suficientemente básicos o fundamentales para los individuos —considerados libres e iguales— como para que sean comunes a cada miembro de la comunidad (London 2003, 15).²

De acuerdo con lo que menciona el autor, los agentes pueden diferir mucho en sus gustos particulares, preferencias, opciones profesionales e ideales personales —en definitiva, la que sea su concepción individual del bien—, pero comparten el interés por poder desarrollar sus capacidades intelectuales y afectivas para realizar actividades que les resulten significativas y entablar relaciones significativas con los demás. La primera forma de entender el bien común —la que London llama la concepción corporativa— fue cuestionada por muchos autores liberales. Por ejemplo, Hans Jonas (1997) en un capítulo titulado “Al servicio del progreso médico: sobre los experimentos en sujetos humanos” cuestiona la idea del sacrificio individual por un bien común.³

La tensión entre el respeto a los planes de vida del individuo, un legado claramente rawlsiano (Rawls 1982, como se citó en London 2021, 133), y el bien común de la sociedad como un todo homogéneo en la concepción corporativa, es un eje que atraviesa el libro. En esta concepción del bien común que quiere desarticular, hay contextos determinantes en los cuales hay que elegir entre el bien colectivo de todos los sujetos o el bien del individuo. No es posible aceptar ambos a la vez. Uno de esos contextos típicamente determinantes es la investigación con seres humanos. Sin embargo, London pretende desarmar

² “En el capítulo 4, sostengo que el papel de esta división del trabajo social en un orden social justo es promover el bien común, entendido no como la preservación o el perfeccionamiento de la comunidad como entidad agregada, sino como un conjunto de intereses compartidos por todas las personas. En particular, si bien es probable que los individuos en una sociedad diversa adopten concepciones diferentes y potencialmente contradictorias del bien, y encuentren satisfacción en la realización de actividades muy diversas, cada persona puede reconocerse compartiendo un interés más básico o genérico: poder formar, perseguir y revisar su propio plan de vida” (London 2021, 15).

³ “Ni por un momento pretendo comparar los experimentos médicos en sujetos humanos, sanos o enfermos, con los primitivos sacrificios humanos. Pero algo de ese sacrificio está contenido en la revocación selectiva de la inviolabilidad personal y la entrega ritual de individuos a riesgos innecesarios para su salud y su vida en aras de un bien social mayor. Mis ejemplos de la esfera del sacrificio masivo tenían la finalidad de aguzar la mirada para ver este aspecto secreto de nuestro tema y delimitarlo claramente de las obligaciones y coacciones normales que el conjunto social impone al individuo a cambio de las ventajas de la sociedad” (Jonas 1997, 81).

esta idea. De acuerdo con la concepción de intereses genéricos del bien común que él pretende construir, no hay que elegir entre dos tipos de bien distintos.

A diferencia de la concepción corporativa, la concepción de intereses genéricos se caracteriza por no distinguir dos intereses distintos —los de la comunidad y los de los individuos—, sino que establece dos categorías distintas de intereses que tienen las personas: por un lado, los intereses básicos que comparten con todos los miembros de la comunidad y, por el otro, los objetivos, fines y proyectos particulares adoptados por esos individuos como resultado de sus preferencias. London aclara la idea de que los intereses de los individuos pueden subordinarse de manera permisible al bien común, de acuerdo con el modelo de los intereses genéricos. Lo anterior significa que

la búsqueda por parte de un individuo de su bien individual a veces debe modificarse para dar cabida al interés legítimo de los demás en poder desarrollar y ejercer las mismas capacidades intelectuales y emocionales que se presuponen en la búsqueda por parte del individuo de sus fines particulares (London 2003, 21).

Dentro del modelo que propone, entonces, es posible identificar el interés del individuo —y distintas manifestaciones o variaciones de éste—, pero de ningún otro tipo. Asimismo, defiende la concepción de los intereses genéricos al afirmar que sólo bajo esta manera de pensar el bien común es que se puede alcanzar una investigación aceptable, en términos éticos con seres humanos porque, de este modo, se soluciona el problema que planteaba Jonas de tener que

elegir entre el bien común —entendido como una totalidad, distinta del bien individual— y el bien del individuo. London señala que estas dos concepciones se solapan sustancialmente en tiempos de paz y seguridad, pero proveen enfoques muy diferentes acerca de lo éticamente permisible en relación con la investigación en salud en tiempos de crisis sociales, como, por ejemplo, guerras, desastres o emergencias de salud pública. Otro eje sobre el cual se despliega el libro es la crítica a lo que London llama la ética de la investigación ortodoxa o la ética de la investigación tradicional, tal cual se la concibió a lo largo de su historia.

En el segundo capítulo, London despliega ocho compromisos problemáticos que considera que afectaron y dañaron la ética de la investigación. Al conjunto de esos compromisos problemáticos los llama provincianismo o parroquialismo, en una traducción más literal (*parochialism*,⁴ en el original). Considera que éstos son contradictorios con los valores que se supone profesa la ética de la investigación y menciona los principios de respeto a las personas, beneficencia y justicia; principios que aparecen en el Informe Belmont (CNPSHIBC 1979). Hace un repaso por el surgimiento histórico de dicho informe y de los Institutional Review Boards (IRB), que, de acuerdo con las pautas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (OPS y CIOMS 2016), conocemos como Comités de Ética de la Investigación. Para London, la historia de la ética de la investigación explica algunos de los problemas que tiene el campo hoy en día. Así, señala que:

4 En sus palabras, el provincianismo es una concepción estrecha y reducida del ámbito de la ética de la investigación y de los términos como se formulan los problemas en este ámbito y en los que deben elaborarse sus soluciones.

La aparición de la ética de la investigación como respuesta política práctica a determinadas revelaciones de abusos explica, en parte, por qué los fundamentos conceptuales de este campo están plagados de fisuras. El campo surgió con una serie de normativas y estructuras de supervisión que crearon el andamiaje para la teorización posterior (2021, 29).

Y extiende esta idea a través de una metáfora interesante:

la ética de la investigación se parece más a una ciudad antigua que comienza con una plaza central y crece hacia el exterior con el tiempo, a medida que la población se expande, y las partes interesadas locales tienen que hacer frente a necesidades particulares sobre el terreno. En esta metáfora, la plaza central de la ética ortodoxa de la investigación son el CEI y las normas y reglamentos que consulta y aplica para evaluar los protocolos de investigación.

Florencia Luna (2008) menciona que los distintos documentos o guías éticas responden a aspectos éticos específicos de casos paradigmáticos de investigación no ética. Por ejemplo, después de los juicios de Nuremberg a los médicos nazis (Estados Unidos vs. Karl Brandt et al. 1946) se sancionó el Código de Núremberg (1947) sobre ética de la experimentación médica, que ponía un énfasis muy preponderante en torno al consentimiento voluntario, teniendo en cuenta lo que había ocurrido con los experimentos médicos en la época nazi. En 1966, Henry Beecher denunció que, en lo que se considera “la época dorada

de la investigación”, se inocularon células vivas de cáncer sin informar a los pacientes; se les decía que “iban a recibir ‘algunas células’ [...] la palabra cáncer fue totalmente omitida” (1355). A partir de éste y de otros casos similares en los que no se llevaron a cabo procesos de consentimiento informado adecuados, la ética de la investigación se centró de manera predominante en el consentimiento informado como requisito fundamental.

El primero de los compromisos problemáticos a los que London hace referencia es la idea de que la investigación implica un dilema moral intrínseco, “un conflicto entre el bien del individuo y el bien de la sociedad y la creencia de que el imperativo de llevar a cabo una investigación amenaza los derechos y el bienestar de los individuos” (2021, 5).⁵ A lo largo del libro discute una y otra vez esta idea. El segundo compromiso problemático de la ética de la investigación ortodoxa, que el autor critica en este capítulo, es la idea de que la investigación es una actividad concebida como privada en gran medida, que está separada de los fines sociales más amplios y de las obligaciones morales del Estado de un orden social justo. Ésta es una crítica directamente dirigida a Jonas, quien sostendría que sólo existe un imperativo de investigar cuando la enfermedad amenaza a la sociedad en su conjunto.

Más adelante, en el capítulo dos, London marca una conexión entre el auge de las normas proteccionistas —que ponen énfasis en los derechos e

5 “En primer lugar, la ética de la investigación se ha visto moldeada, tanto práctica como conceptualmente, por la percepción generalizada de que existe un dilema moral fundamental inherente a la investigación con participantes humanos. Este dilema se expresa en diversos términos en diferentes contextos. Durante los debates formativos que moldearon los cimientos del campo (discutidos en los capítulos 2 y 4), se enmarcó como un conflicto entre el bien del individuo y el bien común. En el análisis de casos de abuso de alto perfil o en documentos de orientación (discutidos en los capítulos 2 y 5), se plantea como un conflicto entre el respeto por la santidad del individuo y la preocupación por la humanidad y la ciencia que mejorará la vida de un gran número de personas en el futuro. En las conversaciones sobre la razonabilidad de los riesgos de la investigación (discutidos en los capítulos 5 y 6), se enmarca como un conflicto entre el deber de cuidado personal del clínico y el utilitarismo de la empresa de investigación”.

intereses de los participantes en los estudios— y que se hayan perdido de vista los fines más amplios que la investigación promueve. El tercer compromiso problemático es que el epicentro moral de la ética de la investigación sea lo que él llama el triángulo IRB. Este triángulo está conformado por los participantes de la investigación, los investigadores y los comités de ética de la investigación. El problema es que la estrechez de este triángulo hace que no se incluya como parte de la ética de la investigación a otros actores que tienen peso en cómo pensamos la investigación en salud humana. Por ejemplo, este triángulo propio de la ética de la investigación ortodoxa no piensa en los beneficios postinvestigación, que podríamos pensar como parte del problema de la justicia en la ética de la investigación, pero una vez que el ensayo clínico finalizó.

El cuarto compromiso problemático es la tendencia a conceptualizar la investigación en términos funcionales, como un conjunto de objetivos y fines que guían la toma de decisiones individuales y que permiten distinguir la actividad investigadora del tratamiento y la práctica médica de acuerdo con sus distintos fines —en el primer caso, la obtención de conocimiento generalizable y en el segundo, el cuidado del paciente— (2021, 8). Este compromiso teórico que identifica London es interesante, porque forma parte de la idea común de necesitar la investigación clínica. Tanto el enfoque de justicia social humanista (Bianchini 2021) como el enfoque de London, apuntan a despegar la justificación del deber de investigar respecto de la necesidad de investigar. La investigación es funcional a los propósitos y los objetivos de determinadas sociedades, pero no es eso lo que la convierte en un deber o un imperativo.

El quinto compromiso se refiere a lo que London llama los dos dogmas de la investigación (2021, 9). El primero de estos dogmas consiste en la idea de que las normas fundamentales en el ámbito de la investigación se fundamentan y derivan de las obligaciones de los profesionales médicos. La segunda es, en palabras del filósofo, que la investigación es una actividad inherentemente utilitaria. Esto quiere decir que ser investigador “implica desempeñar un rol social definido por un compromiso singular con la promoción de los fines de la ciencia” (2021, 9).

El sexto compromiso o rasgo que London identifica de la ética de la investigación ortodoxa es que tiene un fundamento paternalista. Este fundamento es el de proteger a los participantes potenciales y reales del estudio de daños o abusos a manos de los investigadores. Beauchamp y Childress definen al paternalismo como la intervención en las preferencias, deseos, acciones de otra persona, de manera intencionada, con el propósito tanto de evitar su daño como su beneficio (1999, 259). La idea subyacente que resalta London es, entonces, que según la ética de la investigación ortodoxa los sujetos de investigación necesitan protección porque, debido a la complejidad de la investigación, no pueden defender sus intereses adecuadamente. En el capítulo siete, muestra cómo entender el propósito y la justificación de la ética de la investigación, en términos fundamentalmente paternalistas, desempeña un papel crucial a la hora de definir qué cuestiones se enmarcan en el ámbito de la ética de la investigación. Sin embargo, aunque es cierto que la idea de protección *a priori* de los sujetos de investigación es una idea eminentemente paternalista, considero que es fundamental no confundir el paternalismo con evitar la potencial

explotación a la que se podrían ver sometidos los sujetos de investigación. Este es un punto que también mencionan Beauchamp y Childress (1999) en relación con la investigación con presos:

A veces, una acción puede parecer paternalista [...], aunque de hecho no lo sea. La investigación biomédica con presos representa un ejemplo. En su informe sobre la investigación efectuada con presos, la National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research argumentó que la naturaleza cerrada de los ambientes penitenciarios crea una situación potencial para el abuso de autoridad (1999, 260).

London defiende que una ética de la investigación no paternalista es posible y señala:

Sostengo que una mejor comprensión de la ética de la investigación consiste en considerar su correcto funcionamiento social como la garantía pública creíble de que la división del trabajo entre estas partes⁶ se organiza en términos que satisfacen el imperativo de la investigación igualitaria y el principio de igualdad de intereses (2021, 23).

London menciona la revisión prospectiva de la investigación por parte de los comités de ética como mecanismo para garantizar la confianza social, de la cual depende fundamentalmente la actividad investigadora. La revisión prospectiva podría implicar un aporte a la ética de la investigación no paternalista.

El séptimo compromiso que el filósofo quiere cuestionar tiene que ver con el rol de la justicia en la ética de la investigación ortodoxa. Es la idea de la justicia desvinculada de las instituciones socia-

les, la división del trabajo social y la posición moral de los miembros de la comunidad (2021, 30). A esta idea la llama el enfoque minimalista de la justicia. Este compromiso está intrínsecamente ligado al tercer compromiso, la idea de que la ética de la investigación se ciñe al triángulo del CEI, en tanto la visión estrecha de los componentes de la ética de la investigación contribuye a eliminar la justicia como principio de la investigación y considerar que la ética se agota en los principios de beneficencia o el respeto a las personas, lo que es el octavo compromiso cuestionable de la ética de la investigación ortodoxa.

El octavo compromiso teórico cuestionado por London supone pensar que una determinada investigación con seres humanos es justa si es mutuamente beneficiosa y con un consentimiento válido —aun cuando sea incorrecta moralmente—, una concepción libertaria o hobbesiana que defendió ejemplarmente Alan Wertheimer (2010), entre otros bioeticistas, también conocida como el “modelo económico”. London cuestiona la postura de Wertheimer al juzgar que utiliza los compromisos fundamentales de la ética ortodoxa de la investigación para socavar los baluartes deontológicos que caracterizan al campo. El modelo del imperativo igualitario (London 2021) rechaza estos ocho compromisos teóricos y propone diferentes maneras de modificarlos.

A pesar de la importancia y del enorme aporte que el libro de London supone para la ética de la investigación, existen tres aspectos que me interesa cuestionar. Primero, la definición de bien común que propone no se articula con la noción de justicia que quiere defender.

⁶ Se refiere a las distintas partes interesadas (o *stakeholders*) que deberían pensarse como parte fundamental de la ética de la investigación, de manera amplia: los patrocinadores, las comunidades anfitrionas, etcétera.

La noción de justicia implica el concepto de capacidades, tal como lo propone Sen y Nussbaum (Sen 1999; Nussbaum 2000). London señala que, en relación con los intereses básicos que propone, no hay motivos para discriminar o favorecer a las personas. También indica que la afirmación (o *Normative Claim*) de que los intereses de los individuos pueden subordinarse al bien común debe entenderse en el sentido de que la búsqueda del bien individual o personal de un individuo debe, en ocasiones, subordinarse o verse limitada por los intereses básicos que los individuos necesitan para formar, perseguir y revisar un plan de vida (London 2021, 136).

Ahora bien, necesariamente, el cumplimiento de los planes de vida de algunas personas requerirá la priorización de los recursos escasos en detrimento de los planes de vida de otras personas. En este sentido, la noción de justicia debe incluir la idea de la capacidad de priorización, en tanto, como también señala Rawls, toda discusión sobre justicia es una discusión sobre justicia distributiva. Segundo, en relación con el primer principio problemático, pareciera que London considera que la propuesta de un concepto alternativo de bien común disuelve una tensión que no parece resolverse del todo en la medida en que, en algunos casos, el participante individual no tendrá ningún beneficio por su participación en una investigación, pero eso no lo sabrá hasta que el ensayo haya concluido (o mucho tiempo después).

Así, es cierto que la idea de bien común propuesta en la obra rompe con la idea de que existe una elección que hacer (entre el bien común y el bien individual) porque sólo existe un bien individual, pero no deja de ser problemática la tensión entre posibilidad de bienestar individual y riesgo al que se

somete ese mismo individuo. Un posible punto de reflexión en relación con este aspecto es que el autor busca expresar que lo importante es que quien participa en la investigación vea expresado su interés de llevar adelante su plan de vida, incluso si eso no supone necesariamente un bien individual resultante de su participación en el ensayo clínico. Considero que esa podría ser una buena salida a este problema conceptual, pero que no resuelve la tensión ya señalada de los riesgos recibidos por el cuerpo del sujeto de investigación y los beneficios, como tales, potenciales.

Tercero, ¿es este enfoque propicio para pensar la ética de la investigación en contextos como el de algunos países en América Latina? Coincido profundamente con London (2021) en que la justicia es eliminada de los principios de la ética de la investigación ortodoxa, y también comparto a plenitud lo profundamente problemático que es esta eliminación. Sin embargo, me pregunto si basar el imperativo de investigar en la posibilidad de concreción de los planes de vida individuales, la libertad individual, es compatible y contribuye a realzar la justicia como valor de la ética de la investigación. En ese sentido, señala, con mucho acierto, que

existe una serie de cuestiones éticas que se enmarcan de manera directa en el conjunto de preocupaciones reconocidas en la ética de la investigación ortodoxa y que simplemente no pueden abordarse mediante la evaluación de protocolos individuales (2021, 8).

Pero, si esto es así, entonces considero que la justificación del deber de investigar debe apuntar a la justicia social en vez de a la concreción de planes individuales. Y, en este sentido, la definición de justicia social de Gilabert tiene

un aspecto fundamental para pensar los contextos latinoamericanos, que es el aspecto de los procesos de transformación que requieren las diversas instituciones, esas que deberíamos tener en cuenta según la concepción de la ética de la investigación ampliada, más allá de los tres actores que tradicionalmente se conciben en la ética de la investigación ortodoxa —el comité de ética de la investigación, el sujeto de investigación y el investigador a cargo de la investigación— tal como el autor propone (2021). Al respecto, sostengo que, en parte, pareciera existir un problema o una tensión con la concepción de justicia que adopta. En la sección 6.2.3, Justicia y bien común, desarrolla lo que entiende por el concepto. Su enfoque está basado en las capacidades físicas, intelectuales, afectivas o sociales necesarias que se ven amenazadas por la enfermedad para formular, perseguir y revisar un plan de vida, y, por lo tanto, en sus propios términos, “se comprometen capacidades fundamentales para la condición de los individuos como iguales morales y políticos de sus compatriotas” (2021, 253).

En este sentido, una concepción alternativa al deber de investigar desarrollado en Bianchini (2024, 2021), el enfoque de justicia social humanista, que reelabora el concepto de justicia pensado y elaborado por Pablo Gilabert (2019, 2023), podría complementar o suplir la defensa del punto que London (2021) señala muy acertadamente; es decir, la necesidad de incorporar a la justicia como principio con un contenido propio, no subsumible necesariamente al principio de beneficencia y al principio de respeto de las personas. La teoría de Gilabert conecta los intereses con capacidades fundamentales y con determinados de-

rechos. Además, la concepción de la justicia social de Gilabert (2023) tiene tres dimensiones: principios básicos —incluidos principios evaluativos o ideales y principios prescriptivos—, las instituciones y las prácticas sociales, y los procesos de transformación. Estas tres dimensiones están relacionadas de la siguiente manera: el contenido de los procesos de transformación depende de las instituciones y de las prácticas sociales, que a su vez dependen de los principios básicos. Podríamos comparar estas tres dimensiones con una matrioska (muñeca rusa), en la que la más grande representaría los principios básicos y la más pequeña, los procesos de transformación. Los principios básicos son el piso sobre el que se construye todo lo demás, y aspiramos a contar con instituciones que pongan en práctica estos principios, pero los procesos de transformación también son relevantes puesto que llevan a los agentes desde donde están hasta una situación en la que existan las instituciones y prácticas adecuadas, en caso de que aún no existan (Gilabert 2023, 150-151). Esta definición, además de incorporar derechos, incorpora los principios de transformación sobre las condiciones estructurales, lo que la convierte en una teoría dinámica.

A pesar de los aspectos que señalé, es innegable el aporte que este libro hizo al campo. La teoría de London no sólo constituye un aporte específico a la ética de la investigación en salud humana, sino que también, en tanto marco teórico, podría ser aplicada de manera adecuada a otros tipos de investigación, tal como la investigación en intervenciones climáticas. Es de suma importancia entablar un diálogo con sus ideas para seguir pensando una ética de la investigación en América Latina que sea más justa.

Referencias

- Beauchamp, Tom L. y James F. Childress. 1999. *Principios de ética biomédica*. Masson.
- Beecher, Henry K. 1966. "Ethics and clinical research". *New England Journal of Medicine* 274 (24): 1354-60. <https://doi.org/10.1056/NEJM196606162742405>
- Bianchini, Alahí. 2021. "Una justificación del deber de investigar: COVID-19, derecho a la ciencia y obligaciones distributivas". *Revista de Bioética y Derecho* (51): 5-20. Consultado el 17 de febrero de 2026. <https://scielo.isciii.es/pdf/bioetica/n51/1886-5887-bioetica-51-00005.pdf>
- Bianchini, Alahí. 2024. "El deber estatal de investigar en salud humana: una fundamentación y su expresión en una futura ley argentina de investigación". Tesis doctoral, Universidad de Buenos Aires. Consultado el 17 de febrero de 2026. <https://zenodo.org/records/14919928>
- Comisión Nacional para la Protección de los Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y de Comportamiento (CNPISHBC). 1979. "Informe Belmont: Principios y directrices éticos para la protección de los sujetos humanos de la investigación". Departamento de Salud, Educación y Bienestar de los EE. UU. Consultado el 17 de febrero de 2026. <https://www.hhs.gov/sites/default/files/informe-belmont-spanish.pdf>
- Dal-Ré, Rafael, Xavier Carné, Diego Gracia, directores. 2013. *Luces y sombras en la investigación clínica*. Triacastela; Fundació Víctor Grífols i Lucas.
- Estados Unidos contra Karl Brandt et al. (Juicio de los Médicos), Juicios de Crímenes de Guerra ante los Tribunales Militares de Núremberg, Volumen I y II, 1946-1947. Consultado el 18 de febrero de 2026. https://www.loc.gov/rr/frd/Military_Law/NTs_war-criminals.html
- Gilbert, Pablo. 2019. *Human Dignity and Human Rights*. Oxford University Press.
- Gilbert, Pablo. 2023. *Human Dignity and Social Justice*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oso/9780192871152.001.0001>
- Jonas, Hans. 1997. "Al servicio del progreso médico: sobre los experimentos en sujetos humanos". En *Técnica, medicina y ética. La práctica del principio de responsabilidad*. Paidós.
- London, Alex John. 2003. "Threats to the common good: Biochemical weapons and human subjects research". *The Hastings Center Report*, 33 (5): 17-25. <https://doi.org/10.2307/3528632>
- London, Alex John. 2021. *For the Common Good: Philosophical Foundations of Research Ethics*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oso/9780197534830.001.0001>
- Luna, Florencia y Arleen L. F. Salles, eds. 2008. *Bioética: Nuevas reflexiones sobre debates clásicos*. Fondo de Cultura Económica.
- Mastroleo, Ignacio. 2012. "La obligación de continuidad de tratamiento beneficioso hacia los sujetos de investigación". Tesis doctoral, Universidad de Buenos Aires. Consultado el 17 de febrero de 2026. <https://philarchive.org/rec/MASLOD-6>
- Millum, Joseph. 2024. "Ethics and health research priority setting: a narrative review". *Wellcome Open Research*, 9 (203). Última versión publicada: <https://doi.org/10.12688/wellcomeopenres.21182.1>
- Nussbaum, Martha C. 2000. *Women and Human Development. The Capabilities Approach*. Cambridge University Press.

- Organización Panamericana de la Salud y Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS). 2016. "Pauta 23. Requisitos para establecer comités de ética de la investigación y para la revisión de protocolos". En *Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos*. CIOMS. https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/12/CIOMS-EthicalGuideline_SP_INTERIOR-FINAL.pdf
- Resnik, David B. y Florian W. Hofweber. s.f. "Research Ethics Timeline". National Institute of Environmental Health Sciences. Consultado el 17 de febrero de 2026. <https://www.niehs.nih.gov/research/resources/bioethics/timeline>
- Sen, Amartya. 1999. *Commodities and Capabilities*. Oxford University Press.
- Ugalde, Antonio y Núria Homedes. 2013. "La contribución de las revistas clínicas de alto impacto a la ciencia: el caso de *The Lancet*". *Salud Colectiva*, 9 (1): 5-10. Consultado el 17 de febrero de 2026. <https://www.redalyc.org/pdf/731/73126334007.pdf>
- Wertheimer, Alan. 2010. *Rethinking the Ethics of Clinical Research. Widening the Lens*. Oxford University Press.

Alahí Bianchini
Universidad de Buenos Aires
Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (Flacso), Sede Argentina
Instituto de Investigaciones Sociales de América Latina
<https://orcid.org/0000-0001-5359-1332>
alahibianchini@gmail.com

