



Hacia una bioética de indicadores para la evaluación y diseño de políticas públicas de salud en democracias contemporáneas

Towards a Bioethics of Indicators for the Evaluation and Design of Public Health Policies in Contemporary Democracies

Sofía Teresa Díaz-Torres¹

Alberto Ruiz-Méndez²

Resumen

En las democracias, los conflictos de valores en salud pública son inevitables y a menudo irresolubles; cuando las políticas intentan gestionarlos sin un marco común, suelen reproducir sesgos morales. Este artículo propone la bioética secular como marco normativo para el diseño y la evaluación de políticas, sustentado en principios formales —neutralidad estatal, autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia— que permiten alcanzar consensos públicos sin imponer una moral particular. Metodológicamente, traducimos estos principios en indicadores bioéticos operativos aplicables en las fases de diseño y evaluación de las políticas, lo que posibilita auditar su neutralidad, beneficios, riesgos y distribución equitativa. De este modo, la bioética trasciende la reflexión teórica y asume un papel ejecutivo: habilita decisiones inclusivas y equitativas, consistentes con el principio democrático de progresividad de derechos.

Palabras clave: bioética secular; políticas públicas de salud; indicadores; democracia; progresividad de derechos.

¹ Universidad de la Salud, UNISA

² Facultad de Filosofía y Letras, UNAM



Abstract

In democracies, value conflicts in public health are inevitable and often irresolvable; when policies attempt to address them without a shared framework, they tend to reproduce moral bias. This article advances secular bioethics as a normative framework for the design and evaluation of policies, grounded in formal principles—state neutrality, autonomy, justice, beneficence, and non-maleficence—that enable public consensus without imposing a particular morality. Methodologically, we translate these principles into operational bioethical indicators applicable to the design and evaluation phases of the policy cycle, allowing for the auditing of neutrality, benefits, risks, and equitable distribution. In this way, bioethics moves beyond theoretical reflection to an executive role, enabling inclusive and equitable decisions aligned with the democratic principle of the progressive realization of rights.

Keywords: secular bioethics, public health policies, indicators, democracy, rights progressivity.

Introducción

La democracia es el único régimen cuya legitimidad descansa en la atribución igualitaria de derechos y libertades a cada persona; esa atribución se traduce en la misma capacidad política para participar en las decisiones colectivas. Reconocemos, sin embargo, que la participación dista de ser plenamente igualitaria (Fraser, 2008) y que la representación enfrenta una crisis persistente (Przeworski, 2019). Con todo, la democracia sigue siendo la alternativa más viable para impugnar y resolver problemas sociales, porque asume la diversidad conflictiva como punto de partida para ampliar derechos y libertades. Siguiendo a Bobbio (2010), adoptamos el principio de progresividad: una sociedad es democrática si y solo si cada vez hay más derechos para más personas.

Esa ampliación ocurre en medio de pugnas entre visiones políticas, jurídicas, morales, religiosas o filosóficas que observamos en marchas, protestas y otras formas de acción



colectiva. Esas expresiones públicas remiten a una disputa más profunda: los individuos y los colectivos fundamentan sus posiciones en valores no negociables que configuran su identidad (Taylor, 1994). En contextos de pluralismo, los conflictos de valores son inevitables e irresolubles; no desaparecen por mayor debate ni por mayor evidencia, y por ello tensionan y limitan la toma de decisiones. Para sostener la progresividad democrática, se requieren criterios públicos, verificables y no doctrinarios que orienten las decisiones y permitan evaluar sus efectos.

En este artículo situamos el análisis de esos conflictos en el ámbito de la salud pública y proponemos una vía para tratarlos sin imponer una moral particular. Primero, caracterizamos el conflicto de valores en salud y argumentamos su irresolubilidad. Después, mostramos que, aunque las políticas públicas de salud (PPS) buscan encauzarlo, con frecuencia reproducen sesgos morales en su diseño e implementación. Frente a ello, adoptamos la bioética secular como marco normativo y derivamos de ella principios formales —neutralidad estatal, autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia— que traducimos en indicadores bioéticos operativos. Estos indicadores se insertan en el ciclo de política para su uso en la evaluación y diseño que permiten emitir juicios bioéticos y recomendaciones de mejora sobre PPS concretas.

Con esta propuesta, la bioética asume un papel ejecutivo: ofrece reglas de decisión y criterios de evaluación compatibles con la justificación pública en democracia, y orienta ajustes iterativos que favorecen políticas inclusivas y equitativas en consonancia con el principio de progresividad de derechos. Si bien nuestra contribución es programática, delineamos una ruta de operacionalización —principios → indicadores → evaluación— que puede implementarse con datos administrativos y herramientas analíticas, y validarse mediante procedimientos mínimos de contenido, confiabilidad y criterio.

Conflictos de valores en salud pública

Por valores entendemos la dimensión de la moral que guía decisiones y acciones al distinguir aquello que consideramos bueno o digno para nuestra vida de lo que no lo es. Siguiendo a Charles Taylor, los valores son evaluaciones fuertes que articulan qué vidas consideramos



valiosas y, por ello, construyen identidad y sentido de pertenencia (Taylor, 1989, 1994). Así, valorar —por ejemplo— una vida dedicada a la reflexión filosófica implica adoptar elecciones que otros podrían no apreciar del mismo modo; esa orientación no es neutral, es constitutiva del yo (Taylor, 1989). De ahí que, cuando una controversia toca núcleos sustantivos de esa identidad moral, su defensa se vuelva prioritaria y poco disponible a la transacción (Taylor, 1994).

Siguiendo a Camou (2016), un conflicto puede definirse como una interacción entre individuos o grupos que se oponen a partir de creencias, valores o intereses distintos en pos de obtener un bien escaso o el reconocimiento de su identidad (p. 54). Esta definición formal resulta útil porque el primer paso analítico, según el ámbito estudiado, consiste en identificar con precisión cuáles son esas creencias, valores o intereses en disputa. En salud pública, ello se traduce en desacuerdos sobre fines (qué se prioriza), medios (cómo se interviene), criterios distributivos (quién recibe qué y cuándo) y reglas (bajo qué condiciones se decide), que impactan el diseño, la implementación y la evaluación de las políticas. En términos taylorianos, estos desacuerdos expresan visiones rivales del bien que coexisten en sociedades plurales y que no se disuelven por mera evidencia técnica, porque remiten a horizontes de sentido que dan forma a la identidad individual y colectiva (Taylor, 1989, 1994). Para situar con claridad los conflictos de valores en salud pública, adoptamos la clasificación que se muestra a continuación, que organiza el fenómeno según objetivos de la política, configuración de actores y tipo de resultados esperables (Cuadro 1). Esta tipología orienta la lectura empírica del conflicto y prepara el terreno para la traducción bioética posterior (principios → indicadores).

Cuadro 1.

Tipología de conflictos en políticas (objetivos, actores y resultados)

Objetivos (Lowi, 1993)	Actores (Paramio, 1998)	Resultados (Davis, 1993)
Distributivo: a quién se le da qué.	Número: determinada por la cantidad de participantes involucrados.	Suma Cero: lo que gana una parte, lo pierde la otra.



Redistributivo: cómo tomar y repartir algo.	Grado de compromiso: expresado en la disposición a defender valores o intereses.	Suma Positiva: todas las partes obtienen algún beneficio.
Regulatorio: establece las condiciones de una acción.	Tipo de relación: cooperación, competencia o conflicto entre los actores.	Suma Negativa: el resultado es menor al que tenían los participantes al inicio.
Constitutivo: determina las reglas para la distribución, redistribución, etc.	Definición institucional: quién tiene autoridad para establecer reglas y cómo se legitiman.	Indeterminado / Mixto: puede dar lugar a configuraciones de suma cero, positiva o negativa según las reglas establecidas.

Nota. Elaboración propia a partir de Camou (2016, p. 54), con base en Lowi (1993), Paramio (1998) y Davis (1993).

Con base en la tipología presentada (véase Cuadro 1), los conflictos de valores en salud pública pueden caracterizarse como regulatorios y redistributivos, de alto compromiso y con tendencia a resultados de suma cero. Son regulatorios porque disputan las reglas de lo permisible (p. ej., legalidad o prohibición de prácticas como eutanasia, aborto o maternidad/gestación por sustitución); son redistributivos porque impactan quién recibe qué, cuándo y cómo (p. ej., acceso efectivo a servicios si una práctica se permite o se prohíbe). El alto compromiso proviene de que las partes valoran una misma situación como positiva o negativa según marcos morales que consideran no negociables, pues esos valores construyen identidad y pertenencia (Taylor, 1989, 1994). En tales condiciones, los avances de una posición suelen vivirse como pérdidas directas para la otra, lo que activa lógicas de suma cero.

La dinámica se evidencia en salud sexual y reproductiva: de un lado, los mandatos religiosos sostienen prácticas y cohesión comunitaria (Shahawy & Diamond, 2017); del otro, los Estados laicos protegen la autonomía y la igualdad mediante acceso a anticoncepción, aborto legal o educación sexual. Cuando estas lógicas colisionan, emerge el debate sobre lo “correcto”, sobre qué vidas se reconocen y qué se protege. En clave tayloriana, se enfrentan



horizontes de sentido que configuran al yo y al nosotros, imposibles de resolver con más información o evidencia (Taylor, 1989, 1994).

Similarmente, en la resistencia a las vacunas tras la pandemia de COVID-19. Grupos religiosos sostienen que la enfermedad y su cura dependen de la voluntad divina, mientras proliferan teorías conspirativas y desconfianza hacia farmacéuticas (Volet et al., 2022). Aquí se enfrentan la autonomía individual y la responsabilidad colectiva: exigir vacunas puede vivirse como lesión a la libertad religiosa o como vulneración del derecho de terceros a no ser expuestos.

Estos ejemplos muestran la complejidad estructural de los conflictos de valores en salud pública: nadie puede ser obligado a renunciar a los valores que le otorgan identidad y unión comunitaria, pero tampoco es aceptable que valores particulares —por más nobles que sean sus intenciones— se impongan como norma general. Desde la tipología del Cuadro 1, hablamos de conflictos regulatorios (definir condiciones de práctica o prohibición) y redistributivos (modular la asignación de recursos y servicios que se sigue de esas reglas). Además, son de compromiso elevado: las partes están dispuestas a sostener su posición con costos significativos, y el desenlace suele marginalizar a quien no ve reflejados sus valores en la decisión pública (lógica de suma cero).

Si esta caracterización es correcta, en cada controversia —eutanasia, aborto, gestación por sustitución o vacunación— está en juego la autocomprensión moral de las partes. No hay un criterio único para decidir en términos de verdadero/falso o correcto/incorrecto entre valores inconmensurables (Taylor, 1994). Por ello, muchos conflictos son irresolubles: ninguna parte puede reconocer como igualmente válidos los valores de la otra y aceptar sin más su expresión simétrica en la vida pública. En democracia, las políticas públicas de salud (PPS) son un intento pragmático de gobernar estas tensiones sin recurrir a una moral sustantiva. En lo que sigue, examinamos alcances y límites de este intento y proponemos un marco de bioética secular —principios formales e indicadores operativos— para diseñar, evaluar y ajustar PPS de manera consistente con la justificación pública y el principio de progresividad de derechos.



Políticas públicas de salud: alcance, límites y sesgos

De acuerdo con Arellano y Blanco (2019), las políticas públicas (PP) son decisiones legítimas del gobierno generadas mediante deliberación entre grupos, ciudadanos y autoridades, y cuando se orientan a proteger y mejorar la salud constituyen políticas públicas de salud (PPS), que suelen responder a problemas complejos y requieren coordinación intersectorial. Estas políticas, que implican asignación de recursos, programas y reglas de acceso, deben priorizar el interés colectivo sobre las preferencias privadas y, en su mejor versión, desarrollarse con transparencia e inclusión, equilibrando criterios técnicos con participación plural. En este marco, resguardar el principio democrático de progresividad resulta fundamental: una PPS que expande cobertura, calidad y equidad amplía derechos, mientras que una que restringe o excluye los erosiona (Bobbio, 2010).

Un ejemplo emblemático en México es la Clínica Especializada Condesa de la Ciudad de México, inaugurada en 2000 y fortalecida en 2008 como centro de prevención, diagnóstico y tratamiento de VIH/ITS. Su modelo integral articula atención médica, consejería psicológica, acompañamiento social y prevención comunitaria; además, fue pionera en profilaxis preexposición (PrEP) y en la atención de poblaciones históricamente marginadas (LGBTIQ+, personas trabajadoras sexuales, usuarios de drogas inyectables). La garantía de acceso gratuito, especializado y no discriminatorio se ha traducido en mejores indicadores de detección, adherencia y reducción de transmisión. Su éxito radica en la articulación de capacidades técnicas, voluntad política y participación social para ampliar derechos y reducir desigualdades en salud. Ahora bien, las PPS no están exentas del conflicto de valores; aun cuando exista consenso técnico —por ejemplo, sobre la vacunación o la educación sexual integral—, una política que aspire a ser democrática debe dar cabida a voces plurales. Al hacerlo, toma como punto de partida un conflicto irresoluble de valores y se enfrenta a los desafíos de diseñar reglas públicas que no reproduzcan sesgos morales ni excluyan a minorías.

La historia reciente de la región ofrece ejemplos contrastantes. En Perú, durante los años noventa, la política de esterilizaciones forzadas del *Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar* derivó en miles de procedimientos sin consentimiento pleno o con



información incompleta, afectando especialmente a mujeres indígenas y rurales (Boesten, 2007). Por su parte, en El Salvador, las leyes de prohibición total del aborto, enmarcadas como políticas de “protección de la vida”, han producido criminalización de mujeres con emergencias obstétricas y negación sistemática de servicios básicos de salud reproductiva (CEDAW, 2017). En ambos casos, valores particulares (religiosos o morales) se trasladaron a la legislación y excluyeron a sectores amplios, restringiendo libertades y erosionando la progresividad.

Las políticas públicas nunca son neutrales: cada decisión sobre problemas, prioridades, recursos o narrativas refleja valores y creencias de quienes las diseñan. Incluso bajo el ropaje “técnico” o “basado en evidencia”, las valoraciones delimitan alternativas y condicionan alcances. Así, las PPS institucionalizan los conflictos de valores: a veces mediante procesos deliberativos e inclusivos, otras por la imposición de una moral dominante. En ambos casos, lo que se juega es el ejercicio real de derechos y libertades. Por ello, planteamos la necesidad de un marco que procese el disenso sin imponer doctrinas sustantivas. Ese marco es la bioética secular, que ofrece principios formales —neutralidad estatal, autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia— capaces de justificar públicamente las PPS, revelar sesgos y guiar ajustes. En lo que sigue, traducimos esos principios en indicadores aplicables al ciclo de política para garantizar que las PPS gobiernen los conflictos y, al mismo tiempo, amplíen derechos de manera verificable.

Bioética secular: principios para la justificación pública

Entendemos la bioética como un campo transdisciplinario surgido en la segunda mitad del siglo XX para reflexionar sobre los efectos de la acción humana —mediada por ciencia y tecnología— sobre la vida y la salud (Potter, 1971; Hottois, 1993; Gracia, 2004; Reich, 1995). Existen diversas corrientes bioéticas —como la personalista, de inspiración religiosa, o la utilitarista centrada en la maximización de beneficios— que buscan orientar decisiones pero que, al partir de marcos normativos incuestionables, difícilmente pueden generar consensos en sociedades plurales y democráticas.



En contraste, la bioética secular es un enfoque no doctrinario que, en lugar de fijar un canon moral, provee reglas públicas de justificación para procesar conflictos de valores en salud sin imponer creencias particulares—mediante razón pública (Rawls, 1993), condiciones de discurso (Habermas, 1992) y consensos mínimos entre extraños morales (Engelhardt, 1996)—articuladas con principios formales aplicables sin presupuestos religiosos (Reich, 1995; Callahan, 1973; de Terán Velasco, 2012).

Tristram Engelhardt (1996, 2000) es una de las figuras clave de la bioética secular por cuestionar la pretensión ilustrada de fundar una moral universal en la razón. Su planteamiento parte de que en las sociedades modernas existe una pluralidad conflictiva de valores que impide a los gobiernos democráticos sustentar sus decisiones en doctrinas religiosas, filosóficas o científicas particulares. Así, la única base legítima es el consentimiento formal derivado del diálogo y el consenso político. De ahí que la bioética secular deba prescindir de fundamentos trascendentales y de la aspiración a una unidad moral ilustrada, para orientarse al análisis crítico y objetivo de los problemas vinculados con la vida y la salud sin depender de marcos ideológicos. Ello supone dos exigencias para la democracia: evitar que las decisiones públicas se basen en una moral sustantiva y, al mismo tiempo, reconocer la diversidad conflictiva como condición para construir consensos. No se trata de imaginar valores neutrales —lo cual sería ilusorio—, hay que establecer puentes formales que permitan a actores y actrices con convicciones distintas encontrar reglas comunes para deliberar y decidir en la esfera pública. Dos de esos puentes son la autonomía y la beneficencia, a los que luego se añadieron la justicia y la no maleficencia, formulados en el Informe Belmont de 1979. Estos cuatro principios son la base de la bioética secular porque son formales y abiertos: permiten aplicarse en contextos diversos sin imponer una moral particular.

Primero, la autonomía reconoce la capacidad de cada persona y comunidad para decidir libre e informadamente sobre su vida y su salud. En democracia, obliga a garantizar información clara, accesible y veraz, de modo que las decisiones no estén mediadas por coerción. En cuidados paliativos, por ejemplo, respetar la elección de rechazar tratamientos invasivos no privilegia un valor sobre la vida o la muerte, sino que reconoce el derecho a definir qué constituye una vida digna. Segundo, la beneficencia busca promover el mayor



bienestar posible que se traduce en intervenciones con beneficios tangibles y medibles, como las campañas de vacunación, cuyo éxito trasciende la protección individual al generar inmunidad comunitaria.

Tercero, la no maleficencia complementa al anterior: no basta con procurar beneficios, también es indispensable evitar daños. Esto exige revisar programas y políticas para prevenir efectos adversos o colaterales. Cuarto, la justicia obliga a distribuir recursos y servicios de salud de manera equitativa, sin que pertenencia social, cultural o económica determine quién accede y quién queda excluido. Por ejemplo, en México, el despliegue de PrEP y la atención gratuita en la Clínica Especializada Condesa muestran cómo corregir desigualdades estructurales garantizando acceso a poblaciones históricamente marginadas.

Lo esencial es que ninguno de los cuatro principios fija de antemano qué es el bien o cómo debe vivirse; su fuerza está en que obligan a que esos contenidos se definan democráticamente, mediante deliberación y consenso entre actores y actrices con valores diversos. Así, la bioética secular ofrece un marco neutral para procesar los conflictos de modo que las políticas respeten derechos, amplíen libertades y se ajusten al principio de progresividad democrática.

Además, en sociedades plurales, la bioética secular necesita algo más que buenas intenciones: requiere reglas públicas de justificación. De ahí el punto de partida rawlsiano: la razón pública como exigencia de que las decisiones colectivas se expliquen con argumentos accesibles a todos y todas, al margen de doctrinas particulares (Rawls, 1971, 1993). Esa intuición se refuerza con la ética del discurso: la validez de una norma depende de que pueda recibir el asentimiento de los afectados en condiciones inclusivas y sin coerción (Habermas, 1992). En el mundo iberoamericano, esta apuesta por la justificación se concreta en la bioética deliberativa de Diego Gracia, que propone procesar los conflictos mediante deliberación estructurada y pública antes que por imposición de máximos morales (Gracia, 2004). Con este andamiaje, la bioética secular deja de ser un “catálogo” y se vuelve una práctica de justificación que organiza el disenso sin anular la diversidad.

Ahora bien, el procedimiento no basta si no atendemos la sustancia de la justicia de salud. Desde una lectura rawlsiana, la salud es condición habilitante para sostener planes de vida; por tanto, las políticas deben proteger oportunidades justas y corregir desigualdades



evitables mediante criterios explícitos, revisables y auditables (Daniels, 1985, 2008). La perspectiva de las capacidades aporta la métrica: lo relevante no es solo disponer de recursos, sino poder convertirlos en libertades sustantivas y oportunidades reales para vivir de acuerdo con los propios valores (Nussbaum, 2011; Sen, 1999). Aquí resulta clave la contribución de Florencia Luna: su noción de “capas de vulnerabilidad” afina la mirada de equidad mostrando que las desventajas se acumulan y se solapan, y que las intervenciones deben priorizar según esas capas para que la autonomía no sea meramente formal, sino ejercible (Luna, 2009, 2019).

Este encuadre dialoga con una tradición explícitamente laica en bioética. Ya en los setenta, Callahan (1973) pedía emanciparla de fundamentos confesionales para volverla socialmente relevante; de Terán Velasco (2012) la entiende como lenguaje público que no privilegia ninguna fe. El debate sigue abierto: Tham (2008) advierte que la secularización ganó autonomía frente a la religión pero puede vaciar la fuerza normativa si se reduce a procedimiento; Brummett y Eberl (2022) recuerdan que incluso una bioética “laica” reposa sobre supuestos de fondo que deben declararse y revisarse. Lejos de ser un problema, este tira y afloja es una virtud: ancla la bioética secular en la deliberación pública (Rawls; Habermas; Gracia) y en criterios operativos de equidad y vulnerabilidad (Daniels; Nussbaum; Sen; Luna), sin reclamar neutralidades imposibles ni recurrir a fundamentos trascendentes.

De la bioética secular a las PPS

Para que una política pública de salud (PPS) pueda considerarse democrática, su diseño y evaluación deben guiarse por principios seculares como el estado laico, la autonomía, la justicia, la beneficencia y la no maleficencia. La ventaja de estos principios radica en que no fijan de antemano un contenido moral, sino que obligan a definirlo colectivamente mediante el diálogo y el consenso democrático. En esta lógica, las políticas públicas —y en particular las PPS— funcionan como el medio institucional que traduce esos consensos en programas concretos. Recordemos que, para Engelhardt (1996, 2014), el Estado es precisamente el agente encargado de procesar los asuntos de salud pública, construyendo consensos entre



morales diversas para darles forma en decisiones colectivas. A continuación, veamos de qué manera la bioética secular puede orientar a los y las responsables de la formulación de PPS en escenarios reales de conflicto de valores, ilustrando cómo cada principio puede operar en la práctica.

Un primer caso es el de la vacunación obligatoria. Aquí la tensión surge entre la autonomía individual —el derecho de cada persona a decidir sobre su cuerpo— y la responsabilidad colectiva de proteger a la comunidad frente a enfermedades prevenibles. Desde la bioética secular, el principio de autonomía obliga a garantizar que las personas cuenten con información veraz y accesible para tomar decisiones libres, mientras que la beneficencia exige que se maximicen los beneficios colectivos de la inmunización. En este equilibrio, una política pública democrática puede ofrecer alternativas compatibles con objeciones de conciencia (como vacunas sin derivados porcinos para grupos religiosos), siempre que ello no ponga en riesgo la salud pública.

Un segundo caso es el de la diversidad sexual y las llamadas terapias de conversión (ECOSIG). Estas prácticas, defendidas por ciertos grupos desde argumentos religiosos, han demostrado ser dañinas e ineficaces. Aquí entra en juego el principio de no maleficencia, que obliga a evitar intervenciones que causen daño físico o psicológico. Al mismo tiempo, el principio de justicia demanda que las personas LGBTIQ+ reciban atención en salud inclusiva y libre de discriminación. Así, una PPS democrática debe prohibir prácticas dañinas y garantizar servicios de afirmación de género y salud sexual integrales, sin ceder a presiones morales particulares que busquen restringir derechos.

Un tercer caso es el de la salud reproductiva, donde el acceso a la anticoncepción, la planificación familiar y la interrupción legal del embarazo suele enfrentar resistencias religiosas o culturales. Aquí el principio de autonomía es central: las mujeres tienen derecho a decidir sobre su cuerpo y su proyecto de vida. El principio de justicia complementa esta idea, pues obliga a garantizar que todas tengan acceso a servicios seguros e igualitarios, independientemente de su origen socioeconómico o de las normas religiosas dominantes. Una PPS democrática no impone una moral particular sobre la reproducción, sino que crea condiciones de igualdad para que cada mujer ejerza su autonomía de manera informada.



Estos ejemplos muestran que los principios de la bioética secular permiten procesar conflictos irresolubles en términos morales, transformándolos en criterios objetivos para el diseño y evaluación de PPS. No resuelven las diferencias de fondo —pues ninguna política pública puede, ni debe, eliminar el pluralismo moral—, pero ofrecen un marco formal que asegura que las políticas resultantes sean equitativas, inclusivas y compatibles con el principio democrático de progresividad de derechos.

En este sentido, a partir de la aplicación de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, se pueden establecer criterios verificables que funcionen como indicadores bioéticos. que al no estar atados a un contenido moral predeterminado, permiten medir si una política pública respeta la neutralidad del Estado, garantiza la autonomía de las personas, promueve beneficios colectivos sin causar daño y distribuye los servicios de manera justa. De esta forma, la bioética secular más que reflexión teórica, se convierte en una herramienta práctica para la construcción de políticas públicas de salud verdaderamente democráticas.

Apunte metodológico: de los principios a los indicadores

Este trabajo es programático y busca mostrar cómo la bioética secular puede convertirse en herramienta operativa para el diseño y la evaluación de políticas públicas de salud. El punto de partida son cinco principios formales —neutralidad estatal, autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia— que se tradujeron en preguntas verificables y variables observables, tales como mecanismos de consentimiento, protocolos de seguridad o brechas de acceso. Con escalas sencillas —porcentajes, conteos o índices de desigualdad—, los indicadores permiten evaluar si una política respeta o vulnera cada principio. En el ciclo de políticas, neutralidad, autonomía y beneficencia orientan la fase de diseño, mientras que justicia y no maleficencia guían la evaluación. Así, el tránsito de principios a indicadores ofrece un marco replicable y flexible que, sin agotar la complejidad del pluralismo moral, permite auditar las decisiones públicas de manera transparente y consistente con la progresividad de derechos.



Operacionalización: indicadores bioéticos y evaluación

La bioética secular es un marco de reflexión y análisis pertinente y valioso para quienes deben lidiar con los conflictos de valores en salud y al mismo tiempo tomar decisiones sobre ese ámbito público. Sin embargo, la distancia teórica/práctica que existe entre las disciplinas intervinientes en este ámbito, eclipsa las posibilidades de aplicación de la bioética secular. Tratando de evitar este escollo, una vez definido el problema social del conflicto de valores en salud, delimitado el campo del conflicto a las políticas públicas y argumentando que la bioética secular puede auxiliar a éstas para evaluar objetivamente a aquellos; en esta sección se presentan algunas ideas seminales para la creación de un modelo algorítmico de indicadores bioéticos, basado en los principios de estado laico, autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia, para la toma de decisiones en el diseño y evaluación de las PPS. A continuación, se menciona qué principios se aplicarían en cada fase.

Fase de Diseño. El primer paso, que llamaríamos “identificación de insumos”, es necesario reconocer todas las variables implícitas en el problema de salud que se va a atender: el problema y sus determinantes, las instancias gubernamentales que entrarán en juego, los expertos en salud, las comunidades a las que irá dirigida el programa y las posibles objeciones de valores que podrían esgrimir. Esta recopilación de información tendría por objetivo garantizar que todas las voces, independientemente de su moral, sean parte del proceso de diseño de la PPS, para ello el diálogo que esta fase requiere, sería realizado bajo la perspectiva de los siguientes principios de la bioética secular: la neutralidad estatal —ninguna doctrina moral puede ser favorecida por el estado—, el principio de autonomía —cada persona o comunidad es capaz de determinar y tiene derecho a defender su idea del bien común— y el de beneficencia —ha de buscarse el mayor beneficio de cada parte involucrado contribuyendo al beneficio del todo. En la fase del diseño, los tres principios de la bioética secular buscarían que la PPS refleje un amplio espectro de puntos de vista y que ello implique la garantía de una atención adecuada a las poblaciones objetivo.

Fase de Evaluación. Después de la fase de implementación —que consiste en la puesta en marcha concreta de los programas, la asignación de recursos materiales y humanos, la capacitación del personal y la entrega de servicios de salud a las poblaciones objetivo—,



la fase de evaluación buscaría garantizar que la PPS cumplan con los principios de justicia y no maleficencia al escudriñar las opiniones, los obstáculos y resultados en la aplicación de los servicios de salud. Al igual que en la fase de diseño, es una prioridad recopilar la opinión de las partes involucradas para poder evaluar si la PPS está cumpliendo su propósito de ampliar derechos y libertades. A diferencia de una política basada en valores particulares que le pediría a toda la población aceptar prácticas o tratamientos ajenos a su moral, una PPS analizada desde el principio de no maleficencia indagaría por aquellas prácticas o decisiones que obstaculizan que personas o comunidades accedan al cuidado de su salud de tal manera que no afecte sus valores pero que contribuya con el bien común. Y en términos del principio de justicia, como un indicador de evaluación centraría su atención en dos aspectos cruciales para una política democrática efectiva: el acceso equitativo a los servicios de salud promovidos por cada PPS y la transparencia en la toma de decisiones para el mejoramiento a aquellos servicios. En esta fase, ambos principios de la bioética secular buscarían corregir las posibles deficiencias de la PPS para alinear su implementación con la búsqueda de ampliar derechos y libertades, asegurando que los ajustes no sólo respondan a criterios técnicos de eficiencia, sino también a criterios normativos que fortalezcan la legitimidad democrática del sistema de salud. Ahora bien, ¿de qué manera estos cuatro principios pueden presentarse como indicadores medibles y verificables?

Indicadores Bioéticos. Se entienden como un conjunto de criterios formales que nos indican, por un lado, los criterios que una PPS debe cumplir para considerarse democrática, pero al mismo tiempo, nos indican en qué momento dichos criterios no están asegurados o se están transgrediendo. Por lo que respecta a su formalidad, ello significa que no nos determinan a buscar un resultado específico, por el contrario, la idea de la formalidad implica que cada PPS debe buscar su “punto de equilibrio” ponderando los valores, las necesidades y los insumos con lo que se cuentan. En este sentido, cada indicador tendrá diferente contenido según la PPS que se esté planeando, pero para que ésta sea democrática debe construirse respondiendo afirmativamente al menos cada una de las siguientes preguntas.



Tabla 1.

Marco de operacionalización de principios bioéticos en políticas públicas

Indicador	Pregunta	Operacionalización (variable observable)	Escala / Método
Neutralidad estatal	¿La política evita privilegiar una perspectiva moral, religiosa o ideológica sobre otras?	Revisión de documentos y discursos oficiales: presencia/ausencia de referencias a doctrinas particulares	Conteo de menciones; codificación binaria (0 = sí privilegia / 1 = no privilegia)
Autonomía	¿La política garantiza que las personas puedan aceptar o rechazar intervenciones con información completa y sin coerción?	Existencia de mecanismos de consentimiento informado; disponibilidad de materiales claros sobre opciones, riesgos y beneficios	% de casos con consentimiento informado; encuesta de percepción de libertad de decisión (Likert 1–5)
Beneficencia	¿La política produce beneficios verificables que respondan a las necesidades de la población objetivo?	Cobertura de la población beneficiaria; evidencia de mejoras en indicadores de bienestar asociados a la intervención	% de cobertura alcanzada; variación en indicadores de bienestar (antes/después)
No maleficencia	¿La política prevé medidas para prevenir daños y mecanismos de corrección cuando éstos ocurren?	Existencia de protocolos de evaluación de riesgos; número de quejas, incidentes adversos o sanciones procesadas	Presencia/ausencia de protocolos; % de quejas resueltas; tasa de incidentes adversos



Justicia	¿La política asegura que los recursos y beneficios se distribuyan de manera equitativa entre distintos grupos sociales?	Comparación de acceso y resultados entre grupos (género, etnia, edad, nivel socioeconómico, territorio)	Razón de brecha (% grupo A / % grupo B); índice de desigualdad (GINI, Theil, etc.)
----------	---	---	--

Nota: elaboración propia.

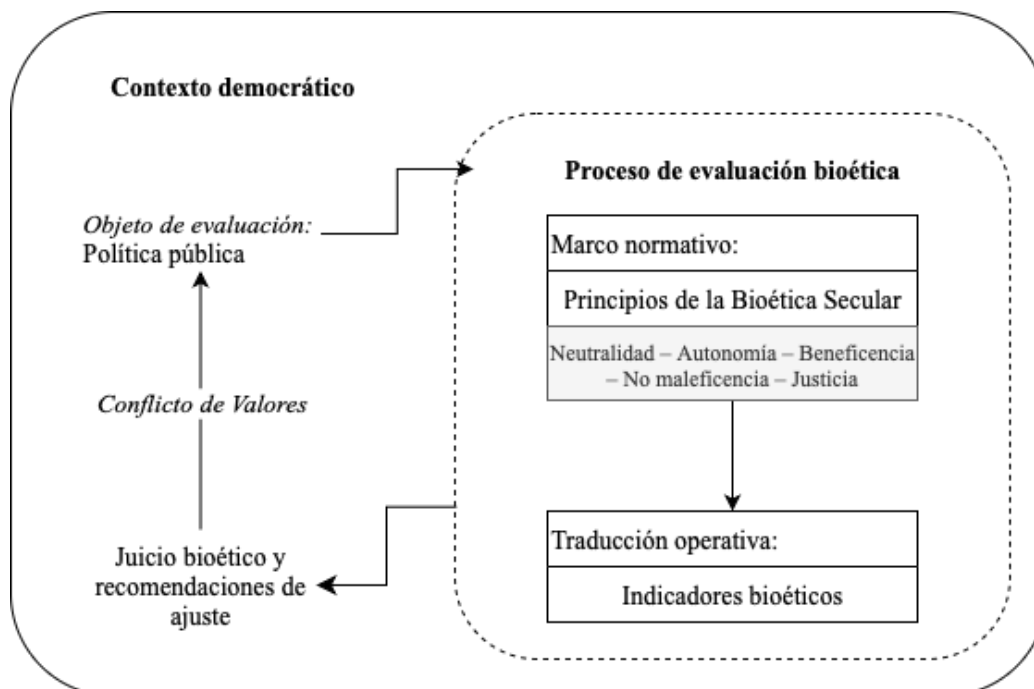
El contenido de afirmativo de la respuesta a cada una de estas preguntas, no es una argumentación aspiracional de racionalidad, objetividad o consenso universal, por el contrario, es un contenido específico que refleja acciones concretas que promueven y realizan los principios de la bioética secular que, sí tienen aquella aspiración, pero que requieren de un procedimiento que los haga realizables.

Operacionalización de los indicadores. En su forma ideal, los indicadores bioéticos se vinculan a datos observables y permiten evaluar cómo una política impacta en resultados y procesos de salud pública. La clave metodológica es mantener una trazabilidad completa entre: principio → indicador → variable observable → fuente de datos → regla de decisión.

Ventajas de los Indicadores Bioéticos. Este enfoque estructurado, transparente y equitativo para la formulación de políticas públicas en busca construir un parámetro, según cada caso, donde cada valor en salud pública sea respetado y reflejado en la sociedad. Esta formalidad de los indicadores bioéticos garantizaría políticas públicas de salud basadas en la evidencia y la imparcialidad para abordar problemas complejos. El punto de partida hacia la construcción de acuerdos es la creación de un sistema eficaz que permita a cada persona o comunidad vivir acorde a sus valores contribuyendo con el bien común.

Figura 1.

Proceso de evaluación bioética



Nota. La política pública es evaluada con el marco normativo de la bioética secular — neutralidad estatal, autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia— que se traduce operativamente en indicadores bioéticos.

Cierre: un marco ejecutivo para políticas inclusivas y equitativas

En las democracias contemporáneas, los conflictos de valores en salud pública son inevitables y, con frecuencia, irresolubles. Lejos de ser un obstáculo, constituyen el terreno en el que se define la inclusión o exclusión de derechos y libertades. Este artículo ha mostrado que la bioética secular ofrece un marco normativo capaz de procesar esos conflictos sin imponer una moral particular, al traducir principios formales —neutralidad estatal, autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia— en criterios verificables.

El aporte central de la propuesta es trasladar la bioética del plano reflexivo al operativo mediante indicadores que permiten auditar políticas públicas de salud, detectar sesgos y orientar ajustes. Estos indicadores no eliminan la complejidad del pluralismo moral,



pero proporcionan un instrumento transparente y replicable que asegura que las políticas sean inclusivas, equitativas y compatibles con el principio de progresividad de derechos.

Queda por delante el desafío de su puesta en práctica, que requiere datos confiables, procesos participativos y voluntad política para someter decisiones a escrutinio público. Sin embargo, incluso como marco programático, los indicadores bioéticos ofrecen un camino para fortalecer la legitimidad democrática en salud pública y garantizar que las políticas amplíen libertades y respeten la diversidad moral que caracteriza a nuestras sociedades.



Referencias

- Arellano Gault, D., & Blanco, F. (2019). *Políticas públicas y democracia* (2.^a ed.). Instituto Nacional Electoral.
- Bobbio, N. (1990). *L'età dei diritti*. Einaudi.
- Bradfield, O. M. (2021). Sexual identity or religious freedom: Could conversion therapy ever be morally permissible in limited urgent situations? *Monash Bioethics Review*, 39(1), 51–59. <https://doi.org/10.1007/s40592-021-00132-6>
- Brummett, A., & Eberl, J. T. (2022). Is secular bioethics possible? *Bioethics*, 36(6), 665–673. <https://doi.org/10.1111/bioe.13046>
- Callahan, D. (1973). Bioethics as a discipline. *Hastings Center Studies*, 1(1), 66–73.
- Camou, A. (2020). *Gobernabilidad y democracia* (1.^a ed. en este formato; obra original publicada en 1995). Instituto Nacional Electoral. (Cuadernos de Divulgación de la Cultura Democrática, núm. 6).
- Daniels, N. (1985). *Just health care*. Cambridge University Press.
- Daniels, N. (2008). *Just health: Meeting health needs fairly*. Cambridge University Press.
- De Terán Velasco, M. C. (2012). Bioética laica: Laicidad, razones públicas y religión. *Cuadernos de Bioética*, 23(2), 257–268.
- de Oliveira Alexandre, H., Gruskin, S., Massuda, A., Bertolozzi, M. R., & Segurado, A. C. (2025). HIV pre-exposure prophylaxis in Latin America: Public policies, healthcare systems and human rights. *Preventive Medicine Reports*, 54, 103070. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2025.103070>
- Engelhardt, H. T., Jr. (1996). *The foundations of bioethics* (2nd ed.). Oxford University Press.
- Engelhardt, H. T., Jr. (2014). After God: Morality and bioethics in a secular age. *Bioethikos*, 8(1), 80–88. <https://doi.org/10.15343/1981-8254.20140801080088>
- Fraser, N. (2008). Scales of justice: Reimagining political space in a globalizing world. *Polity*.
- Garrafa, V. (2005). Da bioética de princípios a uma bioética interventiva. *Revista Bioética*, 13(1), 125–134.
- Garrafa, V., & Pessini, L. (Orgs.). (2003). *Bioética: Poder e injustiça*. Loyola.



- Garrafa, V., & Porto, D. (2003). Intervention bioethics: A proposal for peripheral countries in a context of power and injustice. *Bioethics*, 17(5–6), 399–416.
- Ghazi, M. A. (1993, October 27). A family decision: The Muslim view. *Asiaweek*, p. 53.
- Gracia, D. (2004). *Fundamentos de bioética* (2.^a ed.). Triacastela.
- Habermas, J. (1992). *Faktizität und Geltung: Beiträge zur Diskurstheorie des Rechts und des demokratischen Rechtsstaats*. Suhrkamp.
- Hottois, G. (1993). *Bioéthique: Invention, sens et limites*. De Boeck.
- Kibongani Volet, A., Scavone, C., Catalán-Matamoros, D., & Capuano, A. (2022). Vaccine hesitancy among religious groups: Reasons underlying this phenomenon and communication strategies to rebuild trust. *Frontiers in Public Health*, 10, 824560. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.824560>
- Kraus, A. (2012). *Diccionario incompleto de bioética* (con R. Pérez Tamayo). Debate.
- Kraus, A. (2022). *Bioética: Manifiesto por la Tierra*. Debate.
- Lowi, T. J. (1972). Four systems of policy, politics, and choice. *Public Administration Review*, 32(4), 298–310.
- Luna, F. (2001). *Ensayos de bioética: Reflexiones desde el Sur*. Fondo de Cultura Económica.
- Luna, F. (2008). *Bioética: Nuevas reflexiones sobre debates clásicos* (con A. Salles). Fondo de Cultura Económica.
- Luna, F. (2019). Identifying and evaluating layers of vulnerability: A way forward. *Developing World Bioethics*, 19(2), 86–95. <https://doi.org/10.1111/dewb.12206>
- Nussbaum, M. C. (2011). *Creating capabilities: The human development approach*. Harvard University Press.
- Paramio, L. (1998). Cambios sociales y desconfianza política: El problema de la agregación de preferencias. *Revista Española de Ciencia Política*, 0(0), 67–92.
- Porto, D., & Garrafa, V. (2005). Bioética de intervenção: Considerações sobre a economia de mercado. *Revista Bioética*, 13(1), 111–123.
- Potter, V. R. (1971). *Bioethics: Bridge to the future*. Prentice-Hall.
- Przeworski, A. (2019). *Crises of democracy*. Cambridge University Press.
- Rawls, J. (1971). *A theory of justice*. Harvard University Press.
- Rawls, J. (1993). *Political liberalism*. Columbia University Press.



- Reich, W. T. (Ed.). (1995). *Encyclopedia of bioethics* (2nd ed.). Macmillan.
- Secretaría de Salud de la Ciudad de México. (s. f.). Clínica Especializada Condesa. Recuperado el 20 de abril de 2025, de <https://condesa.cdmx.gob.mx>
- Sen, A. (1999). *Development as freedom*. Oxford University Press.
- Shahawy, S., & Diamond, M. B. (2018). Perspectives on induced abortion among Palestinian women: Religion, culture and access in the occupied Palestinian territories. *Culture, Health & Sexuality*, 20(3), 289–305. <https://doi.org/10.1080/13691058.2017.1344301>
- Taylor, C. (1989). *Sources of the self: The making of the modern identity*. Harvard University Press.
- Taylor, C. (1994). The politics of recognition. In A. Gutmann (Ed.), *Multiculturalism: Examining the politics of recognition* (pp. 25–73). Princeton University Press.
- Tham, S. J. (2008). The secularization of bioethics. *The National Catholic Bioethics Quarterly*, 8(2), 305–329. <https://doi.org/10.5840/ncbq20088229>
- The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. (1979). *The Belmont Report: Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research*. U.S. Government Printing Office. (Reimpreso y disponible en OHRP).
- Wear, S. (2015). The foundations of secular bioethics. In L. M. Rasmussen, A. Iltis, & M. J. Cherry (Eds.), *At the foundations of bioethics and biopolitics: Critical essays on the thought of H. Tristram Engelhardt, Jr.* (pp. 45–56). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-18965-9_4