



Epidemiología crítica y bioética: construyendo horizontes emancipadores para la salud en América Latina y el Caribe

Critical Epidemiology and Bioethics: building emancipatory horizons for health in Latin America and the Caribbean.

Isaac Casas Patiño¹

Orcid:0000-0002-5088-5826

Resumen

Este ensayo analiza la convergencia entre la epidemiología crítica y la bioética en América Latina y el Caribe como un horizonte emancipador para las políticas y prácticas de salud. A partir de una revisión teórica y documental se examinan los aportes de algunos autores representativos que han impulsado la descolonización de teorías y metodologías sanitarias, la determinación social de la salud y el cuidado integral e intercultural de la vida, y que retomen esta crítica histórica y propongan la descolonización de teorías, políticas y prácticas sanitarias como parte de esa ruptura epistemológica. También aportes que revisitan e integran elementos de autores representativos de la teoría social mexicana para reconstruir las bases epistemológicas de la epidemiología crítica en México. Se argumenta que la epidemiología crítica no sólo cuestiona los supuestos positivistas y reduccionistas de la epidemiología tradicional, sino que también abre caminos para una bioética de la liberación, orientada al buen vivir y al reconocimiento de saberes comunitarios. A partir de experiencias como la respuesta al SARS-CoV-2 en la región y las reflexiones sobre atención primaria de salud y sistemas de cuidado, se propone un marco transdisciplinario que articule salud colectiva, interculturalidad y ética de la vida.

Palabras clave: bioética, bioética de la liberación, epidemiología crítica, determinación social de la salud, descolonización del saber sanitario.

¹ Universidad de la Salud (CDMX), CLACSO (GT, Salud internacional y soberanía sanitaria)



Abstract

This essay analyzes the convergence between bioethics and critical epidemiology in Latin America and the Caribbean as an emancipatory horizon for health policies and practices. Based on a theoretical and documentary review, it examines the contributions of several representative authors who have promoted the decolonization of health theories and methodologies, the social determination of health, and the comprehensive and intercultural care of life. These authors revisit this historical critique and propose the decolonization of health theories, policies, and practices as part of this epistemological rupture. It also includes contributions that revisit and integrate elements from representative authors of Mexican social theory to reconstruct the epistemological foundations of critical epidemiology in Mexico. It argues that critical epidemiology not only questions the positivist and reductionist assumptions of traditional epidemiology but also opens paths for bioethics of liberation, oriented toward good living and the recognition of community knowledge. Based on experiences such as the response to SARS-CoV-2 in the region and reflections on primary health care and care systems, a transdisciplinary framework is proposed that articulates collective health, interculturality, and life ethics.

Keywords: bioethics, bioethics of liberation, critical epidemiology, social determination of health, decolonization of health knowledge

Introducción

La epidemiología ha sido, desde sus orígenes modernos en el siglo XIX, una herramienta fundamental para comprender y controlar los procesos de salud-enfermedad en las poblaciones. No obstante, gran parte de su desarrollo ha estado marcado por un paradigma positivista y reduccionista que tiende a separar lo biológico de lo social, privilegiando el análisis estadístico de factores de riesgo individuales por encima de la comprensión de las determinaciones estructurales. Esta visión ha permitido importantes avances en la prevención de enfermedades infecciosas y en la salud pública, pero también ha mostrado sus limitaciones en contextos de desigualdad social, crisis ambientales y pandemias globales.

En América Latina y el Caribe, frente a tales limitaciones, surge la propuesta de la epidemiología crítica, impulsada por autores como Jaime Breilh (2003, 2010), Asa Cristina



Laurell (1989) así como la crítica histórica y la descolonización de teorías, políticas y prácticas sanitarias como parte de esa ruptura epistemológica de autores como Oscar Feo y Gonzalo Basile (2020) y actualmente, el Grupo de Estudio Epidemiología crítica y sociocultural del GT Salud internacional y soberanía sanitaria de CLACSO México (Casas, I., & Velasco, D. 2024) rompe con la neutralidad aparente de la epidemiología clásica, proponiendo un enfoque histórico, social y político del proceso salud-enfermedad-atención-cuidado-muerte, que sostiene que la salud no puede comprenderse sin atender a las determinaciones sociales estructurales —como la pobreza, la explotación laboral, el racismo y el patriarcado— que configuran desigualdades sanitarias profundas.

En este sentido, constituye no solo un enfoque científico, sino también un compromiso ético y político con la transformación social. A ello se añade la reflexión de Feo & Basile (2022) sobre la necesidad de refundar los sistemas de salud latinoamericanos-caribeños mediante teorías, prácticas y políticas que reconozcan la colonialidad del conocimiento sanitario y reorienten la salud “desde el Sur”. Feo & Basile (2022) sostienen que los sistemas de salud han reproducido marcos teóricos coloniales que invisibilizan saberes locales e indígenas, y proponen categorías críticas de determinación, dependencia y descoordinación para pensar respuestas adecuadas a la realidad latinoamericana.

En paralelo, la bioética ha emergido desde la segunda mitad del siglo XX como un campo de reflexión ética frente a los avances de la biomedicina y las tensiones derivadas de las prácticas sanitarias. En su versión más difundida, la bioética principialista —formulada por Beauchamp y Childress (1979)— se estructura en torno a cuatro principios: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. Sin embargo, este enfoque fue concebido en contextos de países industrializados, con sistemas de salud relativamente estables, lo cual lo vuelve insuficiente para los escenarios latinoamericanos atravesados por desigualdades estructurales. Por ello, diversos autores han planteado la necesidad de una bioética social o de la protección (Schramm & Kottow, 2001; Gracia, 2007), orientada hacia la defensa de las poblaciones más vulnerables y hacia el reconocimiento de las condiciones sociales de la vida y la salud.

El diálogo entre epidemiología crítica y bioética plantea desafíos y oportunidades. Por un lado, ambas disciplinas comparten un interés por la vida y la justicia, pero provienen de tradiciones diferentes: la epidemiología crítica se sitúa en la intersección entre salud pública, ciencias sociales y pensamiento crítico latinoamericano, mientras que la bioética se origina principalmente en la filosofía moral y en debates clínicos. El reto es encontrar un marco de



articulación que permita repensar las prácticas de salud desde un horizonte emancipador, que no solo identifique injusticias, sino que también proponga transformaciones colectivas.

En este ensayo se exploran las tensiones y convergencias entre epidemiología crítica y bioética, analizando sus fundamentos teóricos, sus aportes al campo de la salud colectiva y sus potenciales articulaciones en la construcción de una salud más justa. Asimismo, se reconoce la necesidad de un enfoque plural y descolonizador, que incorpore los saberes comunitarios e indígenas, y que dialogue con propuestas contemporáneas en torno a la ética de la vida. Con ello, se busca contribuir a un debate interdisciplinario que, más allá de la academia, tenga repercusiones en la práctica concreta de la salud pública, la investigación y la formulación de políticas. El objetivo es mostrar que la integración entre epidemiología crítica y bioética no es solo deseable, sino urgente frente a las crisis sanitarias, sociales y ecológicas que enfrenta la región y el mundo en el siglo XXI.

Fundamentos y rupturas epistemológicas de la epidemiología crítica

La epidemiología crítica surge como una propuesta de transformación profunda en el campo de la salud colectiva latinoamericana y del caribe. Su desarrollo se enmarca en una crítica al modelo biomédico hegemónico y al reduccionismo de la epidemiología clásica, que se ha centrado históricamente en describir asociaciones estadísticas entre variables individuales sin problematizar los determinantes sociales y políticos que configuran el proceso salud-enfermedad-atención-cuidado-muerte.

El origen de la epidemiología crítica está estrechamente ligado a los debates de la medicina social latinoamericana en las décadas de 1970 y 1980. En países como Brasil, México y Ecuador, diversos colectivos académicos y movimientos sociales comenzaron a cuestionar la insuficiencia de la epidemiología convencional para dar cuenta de los problemas de salud derivados de la pobreza, la explotación laboral y la inequidad social. Laurell (1989) señala que la epidemiología tradicional ha estado atrapada en una lógica de factores de riesgo que fragmenta la realidad, reduciendo el análisis a variables aisladas sin considerar los procesos históricos que las producen. En esta misma línea, Menéndez (1990) propone la noción de “modelo médico hegemónico” para referirse a la visión biologicista, ahistórica y descontextualizada que domina en los sistemas de salud y que invisibiliza la dimensión social de la enfermedad. Jaime Breilh, considerado uno de los principales exponentes de la epidemiología crítica, sistematiza estas críticas y plantea la necesidad de una ruptura



epistemológica con la epidemiología tradicional. En su obra *Epidemiología: economía, política y salud* (2003) y en *Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad* (2010), Breilh desarrolla una propuesta teórica que articula salud, política y economía, entendiendo la epidemiología como una ciencia comprometida con la transformación social.

De acuerdo con Breilh (2010), la epidemiología crítica se sustenta en tres principios fundamentales:

- **Historicidad:** La salud y la enfermedad no pueden ser comprendidas de manera aislada ni sincrónica, sino que deben analizarse en el marco de los procesos históricos de acumulación, dominación y resistencia.
- **Totalidad:** El análisis debe superar la fragmentación típica del enfoque de factores de riesgo e integrar las dimensiones biológicas, sociales, culturales y ambientales en una perspectiva compleja y dialéctica.
- **Determinación social de la salud:** A diferencia del término “determinantes sociales” — más cercano a la noción de factores externos—, la epidemiología crítica habla de determinación social, destacando la naturaleza estructural y dinámica de los procesos que configuran las condiciones de vida y de salud de las poblaciones.

Este último punto constituye una diferencia clave con la salud pública dominante a nivel global, que suele utilizar el marco de los “determinantes sociales de la salud” promovido por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Mientras este enfoque reconoce factores sociales que influyen en la salud, tiende a tratarlos como variables independientes, sin cuestionar las estructuras de poder que los generan. En contraste, la determinación social de la salud propuesta por la epidemiología crítica apunta a comprender la producción de enfermedad como consecuencia directa de las formas de organización económica, política y cultural de la sociedad (Breilh, 2003). Feo & Basile (2022) también subrayan que, para América Latina, es necesario descolonizar dichas teorías para evitar que los marcos coloniales impongan categorías que no encajan con la experiencia regional e invisibilizan desigualdades estructurales.



Otro aspecto central de la epidemiología crítica es su rechazo a la idea de una ciencia neutral y objetiva. Breilh (2010) sostiene que toda práctica científica está atravesada por intereses sociales y políticos, y que la epidemiología no escapa a esta condición. En este sentido, la epidemiología crítica se reconoce como una ciencia emancipadora y comprometida, que no se limita a describir la realidad, sino que busca transformarla en favor de los sectores populares. Feo & Basile advierten también que los discursos oficiales y las políticas sanitarias durante la pandemia reprodujeron una neutralidad aparente que, en la práctica, ocultaba relaciones de dependencia y descoordinación institucional —las “3 D” de determinación, dependencia y descoordinación— que agravaron el impacto en poblaciones vulnerables (Basile & Feo, 2022).

En términos metodológicos, la epidemiología crítica plantea una superación del paradigma exclusivamente cuantitativo. No se trata de desechar las estadísticas y los modelos matemáticos, sino de integrarlos en un enfoque más amplio que combine métodos cualitativos, participativos y comunitarios.

De acuerdo con Almeida Filho (2000), la salud colectiva requiere un “pluralismo metodológico” que incorpore la voz de los sujetos y que permita comprender la complejidad de los procesos de salud-enfermedad. En esta misma línea, Menéndez (2009) ha insistido en la importancia de la etnografía y de los estudios cualitativos para revelar las experiencias de los enfermos y de las comunidades en torno a la salud.

Breilh (2010) propone el uso de indicadores que no solo midan resultados biológicos, sino también condiciones de trabajo, acceso a recursos, participación social y sustentabilidad ambiental. De esta manera, la epidemiología crítica no se limita a estudiar la enfermedad, sino que analiza los procesos de vida y los modos de reproducción social.

Un aspecto particularmente relevante en el contexto latinoamericano es la dimensión descolonizadora de la epidemiología crítica. Es decir; los sistemas de salud y los saberes biomédicos han sido históricamente atravesados por lógicas coloniales que invisibilizan los conocimientos indígenas y comunitarios, imponiendo una racionalidad eurocéntrica. En consonancia, Feo & Basile (2022) afirman que para refundar los sistemas de salud en el siglo XXI es esencial descolonizar teorías, políticas y prácticas sanitarias; es decir, cuestionar las bases epistemológicas heredadas del Norte global que condicionan el pensar y hacer en salud pública.

Breilh (2010) también enfatiza esta perspectiva al señalar la importancia de construir una ciencia intercultural que no imponga categorías externas, sino que se enriquezca en el



intercambio con los saberes locales. Esto implica repensar no solo la metodología de la investigación, sino también las relaciones de poder entre investigadores, comunidades y políticas públicas.

La vigencia de la epidemiología crítica se evidenció de manera clara durante la pandemia de COVID-19. Mientras la epidemiología tradicional se centró en el análisis de tasas de contagio, letalidad y factores individuales de riesgo, la epidemiología crítica puso sobre la mesa las desigualdades estructurales que condicionaron la propagación y el impacto de la pandemia: la precariedad laboral, el hacinamiento, la discriminación étnica y la fragilidad de los sistemas de salud privatizados (Breilh, 2010). A este respecto, Basile & Feo (2022) en su obra *Epidemiología crítica del SARS-CoV-2 en América Latina y el Caribe: Determinación, dependencia y descoordinación regional* plantean que la respuesta epidemiológica no fue neutral ni unificada; hubo falta de coordinación regional, dependencia en protocolos externos, desigual acceso a vacunas y tecnologías, y una imposición de criterios externos que no respondieron adecuadamente a las necesidades locales (Basile & Feo, 2022).

Este enfoque permitió visibilizar que la pandemia no fue un fenómeno “natural” sino un proceso profundamente social, donde las políticas neoliberales y las asimetrías globales desempeñaron un papel decisivo. Así, la epidemiología crítica demostró su capacidad para ofrecer diagnósticos más integrales y políticamente relevantes.

Es decir; la epidemiología crítica constituye una ruptura epistemológica con la epidemiología tradicional al:

- Reconocer la historicidad y la totalidad de los procesos de salud.
- Poner en el centro la determinación social de la salud.
- Rechazar la neutralidad científica y asumir un compromiso ético-político.
- Incorporar metodologías plurales e interculturales.
- Orientarse hacia la transformación social y la emancipación de los pueblos.

Feo & Basile aportan un marco actualizado que articula estas ideas con la descolonización del saber y con categorías analíticas críticas emergentes en la región: determinación, dependencia y descoordinación (Basile & Feo, 2022). En este sentido, el enfoque propuesto por Feo y Basile permite situar la bioética dentro de un marco crítico que reconoce la importancia de los contextos sociohistóricos y las estructuras de poder en los que se producen los conocimientos. Así, la reflexión ética no puede desligarse de las



determinaciones sociales, la dependencia histórica y la descoordinación institucional que condicionan tanto la producción científica como las prácticas de salud en la región.

La bioética, en tanto campo interdisciplinario, ha tenido un desarrollo diverso desde su emergencia en la década de 1970. Su consolidación responde a la necesidad de reflexionar éticamente sobre los dilemas derivados de la biomedicina, las investigaciones en seres humanos y las prácticas clínicas. Sin embargo, al igual que la epidemiología, la bioética ha estado marcada por paradigmas dominantes que responden a contextos históricos y geográficos específicos.

El término “bioética” fue acuñado por Van Rensselaer Potter (1971) en su libro *Bioethics: Bridge to the Future*. Potter concebía la bioética como un puente entre las ciencias biológicas y las humanidades, preocupado por la necesidad de garantizar la supervivencia humana en un contexto de crisis ambiental y tecnológica. Para Potter, la bioética debía ser una ética de la vida en sentido amplio, vinculada tanto a la salud humana como a la preservación del medio ambiente.

Sin embargo, en el desarrollo institucional de la bioética, sobre todo en Estados Unidos y Europa, prevaleció un enfoque más restringido, centrado en los dilemas clínicos y en la investigación biomédica. El hito fundamental en esta trayectoria fue la publicación de *Principles of Biomedical Ethics* de Beauchamp y Childress (1979), obra que sistematizó el llamado principialismo bioético.

Este modelo se estructura en torno a cuatro principios básicos:

- Autonomía: respeto por la capacidad de las personas de tomar decisiones libres e informadas sobre su propia vida y salud.
- Beneficencia: obligación de actuar en beneficio del paciente, promoviendo su bienestar.
- No maleficencia: deber de evitar el daño.
- Justicia: distribución equitativa de los recursos y de los beneficios de la atención en salud.

El principialismo tuvo una enorme influencia en la formación de comités de ética, regulaciones internacionales y marcos legales de investigación en salud. Su fortaleza radica en la claridad y aplicabilidad de estos principios en situaciones clínicas concretas, como el consentimiento informado, la asignación de recursos hospitalarios o los ensayos clínicos.



No obstante, desde su misma formulación, el principialismo fue objeto de críticas. Por un lado, se le cuestiona un sesgo individualista y liberal, ya que privilegia la autonomía individual por encima de las condiciones sociales que la posibilitan o limitan. Este sesgo resulta problemático en contextos como América Latina, donde gran parte de la población carece de acceso efectivo a servicios de salud, lo cual hace ilusoria la idea de una autonomía plena.

Por otro lado, se le critica su carácter ahistórico y universalista, pues pretende aplicar principios abstractos sin considerar las diferencias culturales, económicas y políticas entre países y comunidades. En sociedades atravesadas por desigualdades estructurales, el simple respeto a la autonomía no basta para garantizar la justicia sanitaria. Finalmente, se cuestiona la medicalización implícita en el principialismo, que centra la bioética en los problemas derivados de la práctica clínica y de la investigación biomédica, relegando a un segundo plano las cuestiones de salud pública, equidad y justicia social.

Sobre tensiones y convergencias entre epidemiología crítica y bioética

El diálogo entre epidemiología crítica y bioética es, al mismo tiempo, necesario y complejo. Ambas disciplinas comparten un interés fundamental por la vida, la salud y la justicia; sin embargo, provienen de tradiciones epistemológicas distintas. Mientras la epidemiología crítica nace de la salud colectiva latinoamericana, con un fuerte anclaje en el marxismo, la teoría crítica y la sociología de la salud, la bioética se origina en contextos biomédicos y filosóficos del Norte global, inicialmente enfocada en dilemas clínicos individuales. Esta diferencia de orígenes explica parte de las tensiones, pero también permite identificar complementariedades.

Una de las tensiones más visibles se refiere al papel de la ciencia y de la ética en la transformación social. La epidemiología crítica, como plantea Breilh (2010), rechaza la idea de neutralidad científica: todo conocimiento está atravesado por intereses sociales y debe asumir un compromiso ético-político explícito con los sectores populares. En contraste, parte de la bioética, especialmente en su vertiente principialista, ha buscado situarse en un terreno supuestamente neutral, limitándose a enunciar principios generales aplicables a cualquier contexto. Sin embargo, esta neutralidad ha sido cuestionada. La bioética latinoamericana sostiene que no existe reflexión ética fuera de los marcos sociales y políticos en los que se produce. Pretender que la bioética es neutral implica, en la práctica, legitimar el statu quo. En este punto, la convergencia con la epidemiología crítica es evidente: ambas coinciden en que el conocimiento y la ética en salud deben comprometerse con la justicia social y la protección



de los más vulnerables. Otro eje de tensión es el contraste entre el énfasis de la bioética en la autonomía individual y la orientación colectiva de la epidemiología crítica. El principialismo concibe la autonomía como la capacidad individual de decidir libremente sobre la propia salud. No obstante, este enfoque puede ser problemático en contextos de pobreza, analfabetismo o precariedad sanitaria, donde las personas carecen de condiciones reales para ejercer esa autonomía.

En cambio, la epidemiología crítica enfatiza que la salud es un proceso social y colectivo. Desde la perspectiva de la determinación social, la libertad individual está condicionada por estructuras de desigualdad. Así, el consentimiento informado pierde sentido si no se reconocen las condiciones materiales que lo hacen posible o lo limitan.

Aquí emerge un punto de convergencia: la necesidad de repensar la autonomía en términos relacionales y comunitarios, es decir; la bioética latinoamericana debe avanzar hacia una ética de la interdependencia, que reconozca la dimensión colectiva de la vida y de las decisiones sanitarias, especialmente en comunidades indígenas y rurales donde la autonomía se ejerce de manera compartida.

El principio de justicia en bioética ha sido tradicionalmente interpretado como justicia distributiva: la equidad en el acceso a recursos y beneficios sanitarios. No obstante, desde la epidemiología crítica, esta visión resulta limitada, ya que no cuestiona las estructuras de poder que generan la desigualdad en primer lugar. Como sostiene Laurell (1989), no basta con redistribuir recursos en un sistema que produce sistemáticamente enfermedad; es necesario transformar las condiciones sociales y económicas que generan dichas inequidades.

Por ello, la convergencia entre ambas disciplinas implica ampliar la noción de justicia bioética hacia una justicia estructural, que considere la explotación laboral, el racismo, el patriarcado y el extractivismo como factores que determinan la salud. Desde esta perspectiva, la bioética de la protección se acerca a la epidemiología crítica, en tanto asume la obligación activa de defender a los sectores más vulnerables frente a procesos estructurales de exclusión.

Otra tensión se encuentra en las escalas de análisis. La bioética se ha centrado históricamente en dilemas micro: la relación médico-paciente, el consentimiento informado, los ensayos clínicos. En cambio, la epidemiología crítica opera en el nivel macro: analiza los modos de producción, la acumulación capitalista, las políticas públicas y los determinantes estructurales.

Si bien estas escalas parecen divergentes, en realidad son complementarias. La práctica clínica cotidiana no puede desligarse de los determinantes sociales, así como los procesos



estructurales se expresan en situaciones concretas de atención en salud. Una articulación entre ambas disciplinas permitiría construir un enfoque multinivel, donde los dilemas éticos se comprendan en relación con los contextos sociales más amplios que los producen.

La mercantilización de la salud es otro terreno donde convergen ambas perspectivas. La epidemiología crítica denuncia la subordinación de la salud a la lógica del mercado, evidenciada en la privatización de los sistemas de salud y en la medicalización creciente de la vida (Breilh, 2003; Menéndez, 2009). Por su parte, la bioética enfrenta dilemas relacionados con la investigación patrocinada por la industria farmacéutica, la inequidad en el acceso a medicamentos y el uso de tecnologías costosas que benefician a pocos, por ende la bioética no puede permanecer indiferente frente a la lógica de la mercantilización, pues ello compromete directamente la dignidad humana. En este sentido, Feo & Basile advierten que la geopolítica de las vacunas durante la pandemia de SARS-CoV-2 fue un claro ejemplo de cómo el complejo médico-industrial farmacéutico reproduce dependencias y desigualdades globales en el acceso a tecnologías sanitarias vitales (Basile & Feo, 2022).

Finalmente, un eje clave de convergencia es la dimensión intercultural. La epidemiología crítica insiste en la necesidad de una ciencia emancipadora e intercultural (Breilh, 2010), mientras que diversos autores en bioética han señalado la urgencia de descolonizar los marcos éticos y reconocer la diversidad cultural. Feo & Basile concretan que la interculturalidad no es sólo reconocimiento simbólico sino transformación de los modos de producción del conocimiento y del cuidado, incluyendo saberes ancestrales y comunitarios como activos esenciales para una ética de cuidado integral y emancipador (Feo & Basile, 2022).

La articulación entre epidemiología crítica y bioética ofrece un horizonte conceptual y práctico orientado hacia la emancipación en salud. Este enfoque no se limita a diagnosticar problemas o a emitir juicios normativos, sino que busca transformar las condiciones sociales, políticas y culturales que generan desigualdad y enfermedad. La salud, en este marco, se concibe como un derecho humano, un bien común y un proceso interdependiente entre individuos, comunidades y estructuras sociales (Breilh, 2010; Casas I., Velasco, D., 2023). Feo & Basile aportan especialmente en proponer las “3 D” —determinación, dependencia y descoordinación— como categorías para guiar políticas públicas que reconozcan la soberanía sanitaria regional, la justicia epistémica y la participación comunitaria real (Basile & Feo, 2022).

Para avanzar hacia una salud emancipadora, es posible identificar algunos principios rectores que integran la epidemiología crítica y la bioética:



- Justicia estructural y social: La salud debe abordarse desde una perspectiva que reconozca y combata las desigualdades estructurales. Esto implica políticas públicas orientadas a garantizar condiciones de vida dignas, acceso equitativo a servicios de salud y reducción de brechas sociales, económicas y étnicas (Laurell, 1989; Gracia, 2007). Feo & Basile (2022) determinan que la dependencia en el acceso a vacunas y tecnologías sanitarias en la pandemia es una manifestación concreta de injusticia estructural que demanda intervención pública regional y soberana.
- Pluralismo epistémico: Reconocer y valorar los saberes comunitarios, indígenas y locales como fuentes legítimas de conocimiento en salud. Esto requiere construir investigaciones participativas y modelos de atención interculturales que respeten las cosmovisiones de cada población (Breilh, 2010; Casas, I., Velasco, D., 2025). Feo & Basile (2022) señalan que sólo mediante la descolonización del conocimiento sanitario será posible incorporar saberes locales que han sido marginados, contribuyendo así a una ética de salud más robusta y culturalmente pertinente.
- Ética de la solidaridad y la interdependencia: La autonomía no puede concebirse de manera individualista; debe entenderse en un marco relacional y comunitario. La solidaridad implica reconocer la interdependencia entre las personas y asumir responsabilidades colectivas frente a la salud.
- Transformación de determinantes sociales: Más allá de intervenir sobre factores individuales de riesgo, es necesario abordar las causas estructurales de la enfermedad: explotación laboral, desigualdad económica, discriminación racial y de género, degradación ambiental. La acción ética en salud requiere un compromiso activo con estas transformaciones (Breilh, 2003; Menéndez, 2009).
- Sustentabilidad y ética ambiental: La salud humana está intrínsecamente vinculada a la salud del entorno. La integración de la bioética ambiental con la epidemiología crítica permite abordar problemas como contaminación, deforestación y cambio climático, vinculándolos directamente con los procesos de salud-enfermedad (Potter, 1971; Benatar, 2013).



Cierre

El recorrido analítico propuesto culmina en este punto, reconociendo la complejidad y pluralidad de perspectivas aún por explorar, en donde la articulación entre epidemiología crítica y bioética constituye un marco teórico y práctico esencial para abordar los complejos desafíos de la salud contemporánea en América Latina y otras regiones del mundo. La epidemiología crítica ofrece una perspectiva que trasciende los enfoques tradicionales de la salud centrados únicamente en factores biológicos o comportamentales, incorporando dimensiones estructurales, históricas y sociales. Esta aproximación permite entender los procesos de salud-enfermedad no como fenómenos aislados, sino como productos de determinaciones sociales, económicas, políticas y culturales, las cuales condicionan de manera directa las vulnerabilidades y desigualdades en la población. La bioética, por su parte, especialmente en sus vertientes de protección, intervención y enfoque intercultural, proporciona herramientas normativas, metodológicas y reflexivas que orientan la acción ética, la toma de decisiones y la formulación de políticas públicas justas y contextualizadas.

Estudios recientes de Feo y Basile (2022) evidencian cómo la pandemia de SARS-CoV-2 puso de manifiesto fallas estructurales significativas, tales como la dependencia tecnológica y sanitaria, la descoordinación institucional y los límites de la soberanía sanitaria. Asimismo, estos estudios muestran que los marcos epistémicos y normativos heredados del Norte global resultaron insuficientes para dar respuesta a crisis sanitarias en contextos del Sur, donde las desigualdades históricas y las condiciones socioeconómicas complejas exacerban la vulnerabilidad frente a emergencias de salud pública. La combinación de la epidemiología crítica con la bioética permite visibilizar estas limitaciones y propone alternativas centradas en la justicia estructural, la equidad y la participación comunitaria, superando los sesgos tradicionales que tienden a privilegiar soluciones universales descontextualizadas.

El diálogo entre ambas disciplinas también contribuye a superar tensiones clásicas en el campo de la salud. Entre estas destacan la aparente contradicción entre neutralidad científica y compromiso político, el conflicto entre el enfoque individualista de la salud y la consideración de sus dimensiones colectivas, así como las diferencias entre la justicia distributiva, entendida como la asignación equitativa de recursos, y la justicia estructural, que aborda las causas profundas de las desigualdades en salud. La integración de estas perspectivas promueve una ética de la salud colectiva, donde principios como la dignidad humana, la equidad y la protección de la vida se convierten en ejes orientadores de la investigación, la



atención sanitaria y la formulación de políticas públicas. Este enfoque no solo amplía la comprensión de la enfermedad y la salud, sino que redefine los objetivos de las intervenciones sanitarias, situando la transformación social y la eliminación de desigualdades estructurales en el centro de la acción.

Un aspecto central de esta articulación es el reconocimiento del pluralismo cultural y epistémico. La interacción entre epidemiología crítica y bioética fomenta la participación activa de comunidades locales e indígenas en la definición de estrategias de salud que respondan a sus necesidades y cosmovisiones. Esta apertura intercultural constituye un paso decisivo hacia la descolonización del conocimiento biomédico y bioético, permitiendo incorporar saberes tradicionales, experiencias locales y prácticas comunitarias en la construcción de políticas de salud inclusivas. En este sentido, la salud deja de concebirse únicamente como la ausencia de enfermedad y se transforma en un proyecto colectivo que aborda causas estructurales, promueve la autonomía de las comunidades y fortalece la capacidad de los sistemas sanitarios para responder de manera contextualizada a crisis emergentes.

Integrar la epidemiología crítica con la bioética trasciende el ámbito académico y se configura como un imperativo ético y político. Constituye una estrategia para la construcción de sistemas de salud más justos, equitativos, inclusivos y sostenibles, capaces de enfrentar las desigualdades estructurales, los efectos de las crisis ambientales y los desafíos globales que afectan la salud pública. Esta articulación permite concebir la salud no solo como un derecho humano fundamental, sino también como un bien común interdependiente, cuya protección requiere solidaridad, justicia y responsabilidad colectiva. En última instancia, la convergencia de estas disciplinas establece un horizonte emancipador, donde la investigación, la práctica clínica y las políticas de salud se orientan hacia la protección integral de la vida, el fortalecimiento de la equidad y la construcción de sociedades más resilientes y conscientes de sus determinaciones estructurales.



Referencias

- Basile, G., & Feo Istúriz, O. (2022). *Las tres “d” de las vacunas del SARS-COV-2 en América Latina y el Caribe: determinación, dependencia y descoordinación*. FLACSO República Dominicana. FlacsoAndes
- Basile, G., Rivera-Díaz, M. (Comp.), & Feo Istúriz, O., Godoy, D., Fernández Liso, C., Gamba, L., Pavesi, M. S., Pereyra, H., Findling, L., et al. (2022). *Epidemiología crítica del SARS-CoV-2 en América Latina y el Caribe: determinación, dependencia y descoordinación regional* (1ª ed.). CLACSO / FLACSO República Dominicana. ISBN 978-987-813-374-4 CLACSO+1
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (1979). *Principles of Biomedical Ethics* (1ª ed.). Nueva York: Oxford University Press.
- Breilh, J. (2003). *Epidemiología: economía, política y salud*. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar / Corporación Editora Nacional.B
- reilh, J. (2010). *Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad*. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar.
- Casas, I., & Velasco, D. (2025, agosto 29). *Epidemiología crítica - III Jornadas Mexicanas Pensamiento Crítico en Salud & Soberanía Sanitaria* [Video, subido por Clacso Salud Internacional]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=L7Pym1tA0W0>
- Casas, I., & Velasco, D. (2024, agosto 23). *Epidemiología crítica - III Jornadas Mexicanas Pensamiento Crítico en Salud & Soberanía Sanitaria* [Video, subido por Clacso Salud Internacional]. YouTube. https://www.youtube.com/watch?v=uphJ_CDxK1A&list=PLHP1lecV-jxWD7LvKKDT9MpVUXeUnF39k&index=6
- Laurell, A. C. (1989). *Ciencias sociales y salud: perspectivas latinoamericanas*. México: Siglo XXI.
- Menéndez, E. (1990). *Modelos médicos hegemónicos y salud colectiva en América Latina*. [Editorial].
- Potter, V. R. (1971). *Bioethics: Bridge to the Future*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.