

VOLVER A LA PERSONA EN LAS POLÍTICAS DE SALUD EN AMÉRICA LATINA

INNOVACIÓN Y DESAFÍOS
DE LA SALUD EN TIEMPOS
DEL PAPA LEÓN XIV

RETURNING TO THE PERSON
IN LATIN AMERICAN HEALTH
POLICIES:

INNOVATION AND HEALTH
CHALLENGES IN THE TIME
OF POPE LEO XIV

Este trabajo fue presentado como ponencia en el IX Seminario Internacional "Ética en el Gerenciamiento de Salud", celebrado en la Ciudad del Vaticano, Roma, el 19 de noviembre de 2025

Fecha de recepción: 23/11/2025

Fecha de aceptación: 19/01/2026

RODRIGO GUERRA LÓPEZ

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1091-9099>

Contacto: rodrigo guerra@mac.com

- Doctor en filosofía por la Academia Internacional del Principado de Liechtenstein
Fundador del Centro de Investigación Social Avanzada (CISAV)
Miembro ordinario de la Pontificia Academia de las Ciencias Sociales y de la Pontificia Academia para la Vida
Secretario de la Pontificia Comisión para América Latina

RESUMEN

El presente trabajo examina los principales desafíos sanitarios de América Latina en un contexto marcado por desigualdades estructurales, cambios demográficos y presiones epidemiológicas. Analiza la fragmentación de los sistemas de salud, la doble carga de enfermedad, la crisis de salud mental, las brechas en salud materno-infantil, el envejecimiento poblacional y los determinantes ambientales. Desde un enfoque interdisciplinario que integra salud pública, bioética y pensamiento social cristiano, sostiene que la innovación sanitaria solo será transformadora si se orienta por una sólida referencia antropológica. En este marco, la bioética personalista, inspirada en el pensamiento de Karol Wojtyła, afirma la centralidad de la persona como fin en sí misma. Asimismo, se consideran las aportaciones del Papa Francisco y del Papa León XIV.

Palabras clave: América Latina; bioética personalista; políticas de salud; dignidad humana; innovación sanitaria.,

ABSTRACT

This paper examines the main health challenges in Latin America within a context marked by structural inequalities, demographic changes, and epidemiological pressures. It analyzes the fragmentation of health systems, the double burden of disease, the mental health crisis, gaps in maternal and child health, population aging, and environmental determinants of health. From an interdisciplinary approach that integrates public health, bioethics, and Christian social thought, the study argues that health innovation will only be transformative if it is guided by a solid anthropological framework. Within this perspective, personalist bioethics, inspired by the thought of Karol Wojtyła, affirms the centrality of the human person as an end in itself. It also considers the contributions of Pope Francis and Pope Leo XIV.

Keywords: Latin America; personalist bioethics; health policy; human dignity; health innovation.

1. INTRODUCCIÓN

América Latina vive un momento decisivo en materia de salud. En toda la región, los sistemas sanitarios se encuentran sometidos a presiones crecientes: transformaciones demográficas aceleradas, cargas epidemiológicas convergentes, desigualdades persistentes, deterioro ambiental, crisis políticas recurrentes y un aumento significativo de problemas de salud mental. Y, sin embargo, este panorama complejo convive con una energía creativa notable: prácticas innovadoras, avances tecnológicos y nuevas formas de cooperación regional que anuncian posibilidades reales de transformación. La salud latinoamericana, por tanto, se mueve entre la vulnerabilidad estructural y un impulso innovador que no debe ser subestimado.

La innovación en salud es hoy un elemento clave para comprender hacia dónde puede dirigirse el futuro sanitario de la región. Esta innovación no se reduce a tecnologías clínicas de punta —aunque estas sean importantes—, sino que incluye soluciones comunitarias, modelos de atención centrados en la persona, tecnologías digitales adaptadas a contextos locales, sistemas de información mejorados y formas novedosas de articulación entre el sector público, privado y social. En varios países están surgiendo experiencias valiosas de telemedicina, monitoreo remoto de pacientes, inteligencia artificial aplicada al diagnóstico temprano, redes de atención primaria fortalecidas mediante herramientas digitales y estrategias de vigilancia epidemiológica basadas en datos abiertos. Estas innovaciones, si están éticamente orientadas, pueden reducir inequidades, mejorar accesibilidad y hacer más resilientes los sistemas de salud.

Pero la innovación no es neutral. Los avances tecnológicos pueden fortalecer la dignidad y autonomía de las personas, o pueden, por el contrario, profundizar desigualdades y deshumanizar la atención si se aplican sin sensibilidad ética. La región enfrenta el riesgo de que la introducción apresurada de tecnologías —desde la inteligencia artificial hasta los sistemas de gestión automatizada— termine alejando a los profesionales de la relación con el paciente o generando nuevos sesgos en la administración de recursos. Por eso, cualquier impulso innovador debe estar guiado por una brújula antropológica sólida. En este sentido, desde mi punto de vista, el personalismo ontológico y fenomenológicamente fundado de autores como Karol Wojtyła y su escuela, ofrece un criterio fundamental: *toda persona humana debe ser tratada como un fin en sí misma, nunca como un medio* (Guerra López, R. 2003). Este principio, aplicado al ámbito de la salud, implica que cada tecnología, cada política pública y cada innovación debe preguntarse si sirve verdaderamente a la dignidad del paciente o si corre el riesgo de instrumentalizarlo.

América Latina presenta, además, una situación singular: sus sistemas sanitarios no solo necesitan innovaciones tecnológicas, sino innovaciones *institucionales, comunitarias y solidarias*. Innovaciones que permitan reorganizar la atención primaria, ampliar la cobertura real, integrar servicios fragmentados y reducir el gasto de los usuarios, que sigue siendo una de las principales fuentes de empobrecimiento de millones de hogares. Innovaciones que reconozcan la importancia de la familia como primer espacio de cuidado, especialmente en el envejecimiento acelerado que vive la región. Innovaciones que fortalezcan la salud mental mediante redes comunitarias, atención continua y acompañamiento humano. Innovaciones que respondan al cambio climático con políticas de ecología integral, capaces de proteger tanto a la casa común como a las poblaciones más vulnerables.

En este contexto, la enseñanza reciente de la Iglesia católica, particularmente del Papa Francisco y del Papa León XIV, aporta una perspectiva profundamente humanizadora. Francisco insistía en la "cultura del cuidado" como respuesta al paradigma tecnocrático, recordando que el encuentro con el que sufre es siempre un acto de fraternidad. León XIV, por su parte, subraya la necesidad de discernir éticamente las innovaciones tecnológicas, especialmente la inteligencia artificial, para evitar que se imponga una mirada utilitarista o despersonalizante de la vida humana. Ambos pontífices coinciden en que la salud es un ámbito privilegiado para vivir la solidaridad y construir una sociedad centrada en la dignidad de cada persona, especialmente de quienes se encuentran en situaciones de fragilidad.

Por ello, el análisis de los principales desafíos sanitarios de América Latina no debe limitarse a describir carencias o señalar fallas institucionales. Debe incluir el reconocimiento del potencial innovador ya existente en múltiples países, comunidades y organizaciones; potencial que, integrado a una visión ética fuerte, puede transformar los sistemas de salud de la región. La innovación, cuando nace del encuentro humano y se orienta al bien común, se convierte en un camino concreto hacia la justicia social.

El propósito de este documento es, precisamente, ofrecer una lectura de los desafíos sanitarios actuales en América Latina —estructurales, epidemiológicos, sociales, ambientales y tecnológicos— e iluminar cómo la bioética personalista, la política pública y la enseñanza social de la Iglesia pueden contribuir a una respuesta renovada (Guerra López, R. 2007). La salud es un espacio donde se decide el tipo de sociedad que queremos construir. En un continente marcado por contrastes profundos, la innovación centrada en la dignidad humana puede ser el puente entre la fragilidad presente y el futuro posible.

1. LA ARQUITECTURA DE LOS SISTEMAS DE SALUD

En las últimas décadas, América Latina se ha convertido en un espacio donde conviven la innovación y la fragilidad, la alta tecnología y la precariedad estructural. Este contraste, tan característico de la región, se refleja de manera especialmente dramática en los sistemas de salud. A pesar de avances relevantes —como el aumento de la cobertura nominal, reformas institucionales y mejoras en ciertos indicadores clave—, persisten desigualdades profundas en el acceso, la calidad y la continuidad del cuidado.

Los sistemas latinoamericanos suelen estar segmentados entre un sector público insuficiente, servicios de seguridad social focalizados en trabajadores formales y un sector privado de alta especialización. Este mosaico no ofrece una complementariedad virtuosa, sino una *reproducción de desigualdades históricas*. Como muestran algunas investigaciones, la región arrastra una "agenda inconclusa" en su camino hacia la cobertura universal, marcada por brechas territoriales, estratificación social y problemas de sostenibilidad financiera (Atun et al., 2015, p. 1231).

A esta segmentación institucional se suma un problema crónico: *el gasto público en salud sigue siendo insuficiente*. El informe CEPAL–OPS subraya que la inversión estatal es incapaz de responder a las necesidades reales de la población, obligando a millones de familias a depender de sus magros ingresos económicos, una de las principales fuentes de empobrecimiento sanitario en la región (CEPAL/OPS, 2024, pp. 2–3).

El resultado es un entorno donde la experiencia del paciente depende con frecuencia de su lugar de residencia, su nivel socioeconómico o su inserción laboral. En zonas rurales o periurbanas, las personas encuentran hospitales saturados, falta de especialistas, listas de espera prolongadas y escasez de medicamentos. En contraste, quienes pueden costear seguros privados acceden a servicios de mayor calidad.

Aquí es necesario que miremos esta realidad a la luz de una clave antropológica fundamental. Toda persona humana tiene derecho a ser incomercializable. Dicho de una manera más filosófica *toda persona debe ser tratada como fin, nunca como mero medio*. Aplicado a la salud, esto significa que los sistemas sanitarios deben diseñarse pensando en la dignidad concreta del paciente, no en la eficiencia estadística ni en la lógica del descarte.

En América Latina, donde las instituciones sanitarias tienden a deshumanizar por exceso de carga o por falta de recursos, esta perspectiva personalista funciona como un examen de conciencia. La arquitectura del sistema no puede justificarse

por sí misma: debe orientarse al servicio del rostro humano que espera (Guerra López, R. 2002).

En síntesis, la región necesita un rediseño integral que articule financiamiento sostenible, atención primaria robusta, integración público–privada transparente y prioridad para los territorios excluidos. Mientras no se supere la fragmentación, la dignidad del enfermo seguirá siendo vulnerada, es decir, la urgencia de colocar a la persona realmente al centro de la cuestión, se tornará una vez más pospuesta.

2. LA DOBLE CARGA DE ENFERMEDAD: CRÓNICAS E INFECCIOSAS

La particularidad epidemiológica de América Latina se expresa en la coexistencia simultánea de *enfermedades transmisibles* –vinculadas a pobreza, falta de saneamiento y desigualdad ambiental– y *enfermedades no transmisibles (ENT)* –propias de sociedades urbanizadas y con cambios profundos en estilo de vida–. Esta “doble carga” es uno de los desafíos más complejos para los sistemas sanitarios de la región.

Las enfermedades transmisibles, que deberían estar controladas desde hace décadas, continúan golpeando a las poblaciones más vulnerables. La tuberculosis sigue afectando de manera desproporcionada a países como Haití, Guyana y Bolivia, donde las tasas superan los 10 fallecimientos por cada 100,000 habitantes (OECD/The World Bank, 2023, p. 103). El dengue y otras enfermedades transmitidas por vectores –muy sensibles al cambio climático– se expanden con fuerza en territorios urbanos densos, donde el saneamiento es precario.

Al mismo tiempo, las ENT se han convertido en la principal causa de mortalidad en América Latina. Diabetes, hipertensión arterial, cáncer y enfermedades cardiovasculares representan cerca del 75% de las muertes anuales en la región (OPS, *NCDs at a Glance*, 2025, pp. 9–11). El progreso en la reducción de mortalidad prematura se ha estancado desde 2011 (Luciani et al., 2023, e13), revelando una crisis silenciosa pero profunda.

El aspecto ético aparece con claridad cuando consideramos que los grupos de menor ingreso sufren *ambos tipos de enfermedades*: las asociadas a la pobreza extrema y las vinculadas a la urbanización desigual. Este doble peso evidencia que la desigualdad sanitaria no es solo un problema epidemiológico, sino una injusticia estructural. Como se diagnosticó desde hace más de dos décadas, la salud en América Latina está fuertemente condicionada por los determinantes

sociales, un fenómeno que persiste e incluso se ha amplificado (Dachs et al., 2002, pp. 336–338).

La perspectiva personalista ilumina este escenario al recordarnos que el enfermo nunca puede convertirse en un dato anónimo. La persona concreta, con su historia y su sufrimiento, debe ser el centro del análisis epidemiológico y de las decisiones políticas. Si la doble carga se concentra en los pobres, la respuesta pública debe priorizarlos como sujetos de dignidad, no como meras variables.

La doble carga de enfermedad plantea, por tanto, una exigencia ética: fortalecer la prevención, garantizar acceso efectivo al diagnóstico temprano, mejorar las condiciones ambientales y promover políticas intersectoriales. Evidentemente, ninguna estrategia será suficiente si no se coloca a la persona —especialmente a la más vulnerable— como fundamento de toda acción.

3. SALUD MENTAL, VIOLENCIA Y ADICCIONES

Pocas áreas revelan de manera tan directa el estado moral de una sociedad como su atención a la *salud mental*. En América Latina, los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias, junto con el suicidio, representan casi una quinta parte de la carga total de enfermedad, según un importante estudio publicado en 2018 (Vigo y col. 2018, p. 17). A pesar de ello, la inversión pública en salud mental es muy limitada y suele concentrarse en grandes hospitales psiquiátricos, dejando desatendidos los servicios comunitarios.

La región enfrenta, además, la influencia corrosiva de la *violencia estructural*, el crimen organizado, los desplazamientos forzados y la inseguridad cotidiana. Estos factores generan estrés postraumático, depresión, ansiedad y trastornos por consumo de sustancias, especialmente entre jóvenes y mujeres. La *New Agenda for Mental Health in the Americas* muestra que la distribución de estos problemas no es uniforme: afecta con mayor intensidad a pueblos indígenas, afrodescendientes, habitantes de periferias y migrantes forzados (PAHO, 2023, pp. 94–98).

La pandemia agravó el panorama, aumentando síntomas de ansiedad y depresión, así como el consumo problemático de alcohol y drogas. Además, los servicios de apoyo emocional quedaron interrumpidos en muchos países.

Frente a esta realidad, la bioética personalista —que subraya el valor irreductible de cada persona— ofrece una luz indispensable. En salud mental, más que en ningún otro ámbito, es fácil caer en la despersonalización: reducir al paciente a un diagnóstico, a un expediente o a un “caso”. La norma personalista de la acción nos

recuerda que *siempre tratamos con un "alguien", nunca con un "algo"*. Por eso, la intervención debe incluir escucha, acompañamiento, redes de apoyo y políticas que aborden las causas sociales del sufrimiento.

Las adicciones, lejos de ser simples "conductas de riesgo", suelen ser expresiones de heridas profundas: soledad, violencia, precariedad, falta de sentido. Una política pública personalista no busca solo controlar la conducta, sino sanar las causas. Salud mental, violencia y adicciones constituyen así *un espejo que muestra cuánto nos humanizamos* —o deshumanizamos— como sociedad. La región necesita invertir más, pero sobre todo necesita *cuidar más*.

4. SALUD MATERNA, INFANTIL Y REPRODUCTIVA

Entre los indicadores más sensibles para evaluar la justicia de un sistema de salud, pocos son tan reveladores como la *mortalidad materna e infantil*. Cuando una mujer muere durante el embarazo o el parto, o cuando un recién nacido fallece por causas prevenibles, no solo falla el sistema sanitario: *fallamos todos como sociedad*.

Si bien América Latina ha logrado avances importantes desde los años 90, los niveles actuales siguen siendo preocupantes. En 2020, la razón de mortalidad materna fue de *97 muertes por cada 100,000 nacidos vivos*, casi diez veces más que el promedio de la OCDE (OECD/The World Bank, 2023, p. 91). Estas muertes se concentran entre mujeres pobres, rurales, indígenas, afrodescendientes y migrantes, quienes a menudo enfrentan barreras geográficas, económicas y culturales para recibir atención oportuna.

La salud infantil presenta una dinámica similar. Aunque la mortalidad de menores de cinco años ha disminuido significativamente, persisten enormes brechas territoriales y sociales. La pandemia interrumpió servicios esenciales —vacunación, tamizaje, control neonatal— y muchos países han tenido dificultades para recuperar las coberturas perdidas (CEPAL/OPS, 2024, p. 3).

La dimensión reproductiva también revela desigualdades profundas. El embarazo adolescente continúa siendo elevado en numerosos países, reflejo de pobreza, violencia sexual, falta de oportunidades educativas y ausencia de servicios de educación integral. Además, muchas mujeres viven situaciones de **violencia obstétrica**, incluyendo tratos degradantes, procedimientos no consentidos o negligencia institucional.

Aquí, la bioética personalista nos regala un enfoque privilegiado. La “norma personalista de la acción” exige considerar simultáneamente la dignidad de la mujer y la dignidad del hijo por nacer, sin instrumentalizar a ninguno. La maternidad no puede ser reducida a un evento biológico ni la mujer a un “riesgo obstétrico”; ambas son personas que merecen cuidado, respeto y protección.

Por ello, esta mirada inspirada en el personalismo implica:

- Atención prenatal accesible y respetuosa;
- Acompañamiento psicológico y social durante el embarazo;
- Atención culturalmente pertinente para mujeres indígenas;
- Prevención de la violencia sexual;
- Condiciones dignas para el parto y el puerperio;
- Y políticas que apoyen la maternidad y la crianza en contextos de vulnerabilidad.

La salud materna e infantil no es un indicador técnico: es la prueba ética de si nuestras sociedades tratan a las personas como verdaderos fines en sí mismos.

5. ENVEJECIMIENTO, MULTIMORBILIDAD Y CUIDADOS DE LARGO PLAZO

América Latina envejece a una velocidad sin precedentes. En pocas décadas, la región tendrá una proporción de personas mayores comparable a Europa, pero sin contar con los sistemas de cuidados que Europa ha desarrollado durante décadas. En otras palabras, en América Latina el envejecimiento es acelerado, pero *sin redes suficientes* que soporten este incremento.

El aumento de la longevidad —aunque afectado temporalmente por la pandemia— ha generado un fuerte crecimiento de personas con *multimorbilidad*: hipertensión, diabetes, cáncer, enfermedades respiratorias, deterioro cognitivo y discapacidades que requieren cuidados continuos. Sin embargo, la región carece casi por completo de *sistemas formales de cuidados de largo plazo*. La responsabilidad recae en las familias, especialmente sobre las mujeres, quienes realizan labores de cuidado no remunerado que pueden representar entre 30 y 50 horas semanales.

El informe CEPAL–OPS alerta que los países latinoamericanos no han adaptado sus sistemas sociales y sanitarios al ritmo del envejecimiento, y que la resiliencia

futura dependerá del fortalecimiento de servicios de rehabilitación, cuidados paliativos y apoyo comunitario (CEPAL/OPS, 2024).

La vulnerabilidad de las personas mayores se agrava por factores estructurales: pensiones insuficientes, precariedad laboral, vivienda inadecuada, barreras de movilidad y un fuerte aumento de la soledad no deseada. En muchos países, la vejez puede convertirse en sinónimo de abandono.

Aquí la mirada personalista vuelve a ser clave. Necesitamos ser plenamente conscientes que la dignidad no depende de la productividad o la autonomía. Una persona mayor con dependencia parcial o total sigue siendo *alguien con valor intrínseco*, no un "costo" que deba minimizarse. Por eso, un sistema de salud verdaderamente humano debe garantizar cuidados dignos, acompañamiento emocional y acceso a servicios integrales que permitan envejecer con calidad de vida.

Esto exige políticas de largo plazo centradas en:

- Atención primaria coordinada para multimorbilidad;
- Programas de cuidados domiciliarios;
- Centros de día y redes comunitarias;
- Apoyo a cuidadores informales;
- Infraestructura accesible;
- Y cuidados paliativos universales.

Una sociedad que cuida bien a sus mayores cultiva una ética de *gratitud* y *reciprocidad*. Una que los abandona pierde su *memoria moral*.

6. DETERMINANTES AMBIENTALES Y CAMBIO CLIMÁTICO

La salud humana depende profundamente del entorno donde vivimos. Por eso, los *determinantes ambientales* —aire, agua, vivienda, saneamiento, clima, ecosistemas— constituyen uno de los desafíos más urgentes para América Latina.

La *Agenda de las Américas sobre salud, medio ambiente y cambio climático 2021–2030* señala que más de *un millón de muertes prematuras al año* en la región se deben a riesgos ambientales evitables (PAHO, 2021, p. 1). Estas incluyen contaminación del aire, agua insegura, falta de saneamiento, desechos tóxicos, deforestación, incendios forestales y exposición laboral a sustancias peligrosas.

América Latina y el Caribe todavía cuentan con *19 millones de personas sin acceso a agua potable segura y 84 millones sin saneamiento adecuado*, incluyendo 13 millones que realizan defecación al aire libre (PAHO, 2021, p. 1). Estas condiciones facilitan enfermedades diarreicas, parasitarias y brotes de dengue y zika.

El cambio climático agrava todos estos problemas. El aumento de las temperaturas expande el territorio de mosquitos transmisores, intensifica incendios, provoca olas de calor, altera patrones de lluvia y afecta la seguridad alimentaria. Las poblaciones pobres son las más expuestas a estos riesgos.

Desde la perspectiva personalista, la degradación ambiental no es un asunto técnico, sino una *injusticia contra la persona humana*. Cuando la naturaleza es tratada como un mero recurso explotable, quienes más sufren son los vulnerables. Es importante insistir: dañar el entorno medioambiental donde vive una persona es dañar a la persona misma.

En este punto, converge el enfoque del Papa Francisco en *Laudato si'*, para quien la crisis ecológica y la crisis social son dos dimensiones de una misma realidad interconectada. El cuidado ambiental se convierte, entonces, en condición del cuidado sanitario.

De esta manera, una respuesta integral exige:

- Políticas de vivienda digna;
- Acceso universal a agua y saneamiento;
- Regulación ambiental robusta;
- Transición energética justa;
- Protección de bosques y territorios indígenas;
- Prevención de riesgos climáticos;
- Y urbanismo humano.

La salud en América Latina no será sostenible mientras la casa común permanezca herida.

7. DATOS, GOBERNANZA Y CONFIANZA SOCIAL

Además de los problemas epidemiológicos, estructurales y ambientales, América Latina enfrenta un desafío menos visible, pero decisivo: *la falta de datos confiables, la debilidad institucional y la erosión de la confianza social*. Estos

factores, casi invisibles para el diagnóstico público, condicionan profundamente la eficacia de cualquier política sanitaria.

La *New Agenda for Mental Health in the Americas* destaca que muchos países carecen de sistemas de información robustos, interoperables y transparentes, lo que impide evaluar adecuadamente las desigualdades y diseñar políticas basadas en evidencia (PAHO, 2023, pp. 97–98). La pandemia de COVID-19 mostró que cuando los datos son incompletos o fragmentados, la toma de decisiones se vuelve improvisada y reactiva.

A esto se suma la fragilidad de la *gobernanza sanitaria*. Cambios políticos constantes, tensiones entre niveles de gobierno, falta de coordinación intersectorial, presiones presupuestarias y, en algunos contextos, corrupción, comprometen la estabilidad de políticas públicas. Algunos investigadores advierten que la construcción de sistemas de salud sólidos en América Latina ha dependido excesivamente de dinámicas políticas coyunturales, dificultando la continuidad de reformas estructurales (Atun et al., 2015, pp. 1232–1234).

Pero quizá el desafío más profundo es la *pérdida de confianza* entre ciudadanos, instituciones y profesionales de la salud. La confianza —ese intangible sin el cual no funciona la salud pública— se erosiona cuando las personas perciben inequidad, desinterés, falta de transparencia o tratos deshumanizados.

Aquí la perspectiva personalista nuevamente ofrece una clave decisiva: la confianza surge cuando las personas experimentan que son tratadas como fines en sí mismos, no como medios para objetivos políticos, económicos o estadísticos. En salud, esto significa escuchar a las comunidades, respetar la dignidad del paciente, garantizar transparencia en la gestión y asegurar equidad en la distribución de recursos.

Sin confianza, incluso las mejores políticas fracasan. Con confianza, sistemas frágiles pueden sostener avances significativos. Reconstruirla es, pues, una prioridad ética y política.

8. HACIA UNA RESPUESTA INTEGRAL

Los desafíos sanitarios de América Latina —fragmentación institucional, doble carga de enfermedad, crisis de salud mental, envejecimiento acelerado, daños ambientales, debilidad institucional— no pueden abordarse con intervenciones aisladas. Requieren una *respuesta integral*, interdisciplinaria, ética y profundamente humana.

Esta respuesta debe incluir:

- Un fortalecimiento radical de la atención primaria: la atención primaria es la base sobre la cual se construye cualquier sistema de salud exitoso. Donde la atención primaria es débil, las inequidades se amplían.
- Prevención y promoción de la salud: las ENT, las enfermedades infecciosas y los problemas de salud mental requieren políticas que trasciendan el ámbito médico e involucren educación, urbanismo, transporte y alimentación.
- Cuidados dignos para mujeres, niños y mayores: la salud materna, infantil y geriátrica constituye un termómetro moral. Políticas centradas en la mujer, el niño y la persona mayor revelan el grado de humanización del Estado.
- Ética ecológica y justicia ambiental: cuidar la salud exige cuidar la tierra, el agua, el aire y la casa común. Sin ecología integral no hay salud integral.
- Gobernanza ética y datos confiables: la planificación sanitaria requiere instituciones estables, responsables y transparentes, así como sistemas de información sólidos.
- Una cultura del cuidado: la región necesita pasar de modelos tecnocráticos y fragmentados a una cultura donde el cuidado —personal, comunitario, espiritual— sea el centro.

En todo esto, es preciso subrayar que *toda política sanitaria debe reconocer que la persona humana es un ser ininstrumentalizable*.

9. LA IGLESIA TIENE UNA PALABRA: FRANCISCO Y LEÓN XIV ANTE LOS DESAFÍOS DE LA SALUD EN AMÉRICA LATINA

La Iglesia no aborda la salud desde una perspectiva técnica, sino desde su misión pastoral y su comprensión de la dignidad humana. Tanto el Papa Francisco como el Papa León XIV han articulado una visión profundamente humanizadora del cuidado, particularmente relevante para América Latina.

- La dignidad como fundamento: Francisco, en *Fratelli tutti*, subraya que cada persona tiene un valor incondicional, independientemente de su utilidad o situación sanitaria (FT 107). Su mensaje para la Jornada Mundial del Enfermo 2025 recuerda que el cuidado es ante todo encuentro, don

y fraternidad. León XIV retoma esta línea, insistiendo en sus discursos de 2025 en que el enfermo no puede ser reducido a un “caso clínico” ni a un dato administrativo. Critica el riesgo de que la tecnología —especialmente la IA— desplace la mirada humana y favorezca un enfoque instrumental de la vida frágil.

- La cultura del cuidado: El Papa Francisco propuso que el mundo necesita una verdadera “cultura del cuidado”, inspirada en el Buen Samaritano: cuidar las heridas, restaurar vínculos, acompañar en el sufrimiento. León XIV, dirigiéndose a los profesionales de la salud (CONFEMEL, 2 octubre 2025), subraya que la medicina requiere ternura, compasión, presencia y respeto profundo por el enfermo.
- Tecnología con alma: el documento *Antiqua et nova* (2025), aprobado por León XIV, aborda con lucidez el uso ético de la IA. Reconoce su potencial, pero advierte sus peligros: despersonalización, algoritmos sesgados y pérdida de control moral. Francisco, en *Laudato si'*, ya había criticado el “paradigma tecnocrático” que convierte todo —incluidas las personas— en objetos de manipulación (LS 106–114). Ambos pontífices coinciden: la tecnología debe servir al encuentro humano, a la cooperación y a la fraternidad. La tecnología no debe constituirse en un reemplazo o en un sucedáneo de estas experiencias humanas fundamentales.
- Familia y comunidad como núcleo del cuidado: Francisco y León XIV subrayan que la familia es el primer espacio de cuidado. De hecho, en el reciente encuentro con el CELAM (19 septiembre 2025), León XIV enfatiza que la crisis social —pobreza, violencia, migración forzada— socava la vida familiar y debilita la red primaria de apoyo emocional y sanitario.
- Ecología integral y justicia sanitaria: en *Laudato si'*, Francisco recuerda que la salud humana depende del equilibrio ecológico. León XIV complementa este enfoque al insistir en la responsabilidad ética de los Estados y empresas para evitar daños ambientales que hieren la salud de los más pobres.
- La Iglesia como hospital de campaña: para Francisco, la Iglesia es un “hospital de campaña” que se acerca a quienes sufren. León XIV retoma esta imagen y recuerda que la caricia, la escucha y la presencia son actos terapéuticos en sí mismos.
- La síntesis personalista: en el fondo de todo lo anteriormente expuesto, se manifiesta la continuidad del carácter personalista de la enseñanza de la

Iglesia y su oportunidad para atender los desafíos del presente. Que todo ser humano es persona, posee dignidad y merece respeto y promoción, es un principio innegociable no sólo para las políticas de salud sino para toda la compleja vida social de nuestros pueblos.

De estas convicciones surgen criterios prácticos:

- La salud como derecho humano;
- La prioridad por los más pobres;
- La centralidad del cuidado;
- La ética en el uso de tecnologías;
- La protección de la familia;
- Y la ecología integral.

No quisieramos terminar estas líneas sin citar al Papa León XIV en el mensaje que dirigió a todos los participantes de este encuentro, hace unos días: es preciso "cambiar nuestra mirada, en percibir el valor del bien con una visión amplia, de mirar, si me permiten, como mira Dios". Esta última expresión, me parece, no es parte de una retórica pía, sino la convicción profunda de que el ser humano no sólo necesita de ciencia y tecnología sino de una mirada sapiencial que permita realizar el "ordo amoris" que necesitamos para no transformarnos en una sociedad suicida. Un mirada sapiencial que reubique nuestras capacidades intelectuales y prácticas en su justa dimensión al momento de entender y atender los desafíos que la salud presenta actualmente en la región latinoamericana y en el mundo entero.

BIBLIOGRAFÍA

Atun, R., et al. "Health systems reform and universal health coverage in Latin America." *The Lancet*, vol. 385, 2015, pp. 1230–1247.

CEPAL/OPS. *La inversión en salud en América Latina y el Caribe: un llamado urgente a la acción*. Santiago de Chile, 2024.

Dachs, J., et al. "Inequalities in health in Latin America and the Caribbean." *Pan American Journal of Public Health*, vol. 11, no. 5/6, 2002, pp. 335–346.

Guerra López, R. *Volver a la persona. El método filosófico de Karol Wojtyła*, Caparros, Madrid 2002.

Guerra López, R. Afirmar a la persona por sí misma. La dignidad como fundamento de los derechos de la persona, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, México 2003.

Guerra López, R. "La persona es fin y no medio. El fundamento normativo de la Bioética personalista", en G. Tomás-E. Postigo (Coords.), Bioética personalista: ciencia y controversias, Eunsa, Pamplona 2007, p.p. 39-69.

León XIV. Discurso al Seminario de Ética en el Gerenciamiento de la Salud. 17 noviembre 2025.

León XIV. Discurso a la CONFEMEL. 2 octubre 2025.

León XIV. Discurso al CELAM y Pontificia Academia para la Vida. 19 septiembre 2025.

OECD / The World Bank. Health at a Glance: Latin America and the Caribbean 2023. OECD Publishing, 2023.

OPS. NCDs at a Glance 2025. Organización Panamericana de la Salud, 2025.

PAHO. New Agenda for Mental Health in the Americas. Organización Panamericana de la Salud, 2023.

PAHO. Agenda de las Américas sobre salud, medio ambiente y cambio climático 2021–2030. Organización Panamericana de la Salud, 2021.

Vigo, D., et al. "Estimating the burden of mental disorders in the Americas." The Lancet Psychiatry, 2018, p. 17.