

Incretinomiméticos bajo mirada bioética: entre terapéutica, estética y justicia sanitaria

Bruno Leandro de Souza^{1,2,3}, Caio Chaves de Holanda Limeira², Heloísa Calegari Borges², Nariane Chaves Pereira de Holanda^{1,3}

1. Conselho Federal de Medicina, Brasília/DF, Brasil. 2. Faculdade de Medicina Nova Esperança, João Pessoa/PB, Brasil. 3. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa/PB, Brasil.

Resumen

Los incretinomiméticos agonistas del receptor de GLP-1 y agonistas duales GIP/GLP-1 han redefinido el tratamiento de la diabetes tipo 2 y la obesidad, asociando control glucémico, pérdida de peso y beneficios cardiovasculares en contextos seleccionados. Esta revisión narrativa sistematizada analizó fundamentos farmacológicos, eficacia, seguridad y desafíos regulatorios, económicos y distributivos de estas terapias, articulando el principalismo bioético con perspectivas críticas contemporáneas, incluyendo bioética de intervención, justicia sanitaria, medicalización y mercantilización del cuidado. Se discuten las tensiones entre uso terapéutico y estético, el riesgo de medicalización del adelgazamiento, las barreras de acceso y los impactos sobre la sostenibilidad de los sistemas de salud. Se concluye que la incorporación éticamente defendible de los incretinomiméticos exige prudencia clínica, consentimiento informado, seguimiento longitudinal, criterios transparentes de priorización y compromiso con equidad, continuidad del cuidado y protección frente a desigualdades globales de acceso a innovaciones farmacológicas.

Palabras clave: Incretinas. Obesidad. Diabetes mellitus tipo 2. Bioética. Medicalización. Equidad en salud.

Resumo

Incretinomiméticos sob olhar bioético: entre terapêutica, estética e justiça sanitária

Os incretinomiméticos agonistas do receptor de GLP-1 e agonistas duais GIP/GLP-1 redefiniram o tratamento do diabetes tipo 2 e da obesidade por associarem controle glicêmico, perda ponderal e benefícios cardiovasculares em contextos selecionados. Articulando o principalismo bioético a perspectivas críticas contemporâneas, incluindo bioética de intervenção, justiça sanitária, medicalização e mercantilização do cuidado, esta revisão narrativa sistematizada analisou fundamentos farmacológicos, eficácia, segurança e desafios regulatórios, econômicos e distributivos dessas terapias. Discutem-se as tensões entre uso terapêutico e estético, risco de medicalização do emagrecimento, barreiras de acesso e impactos sobre a sustentabilidade dos sistemas de saúde. Conclui-se que a incorporação eticamente defensável dos incretinomiméticos exige prudência clínica, consentimento esclarecido, acompanhamento longitudinal, critérios transparentes de priorização e compromisso com equidade, continuidade do cuidado e proteção contra desigualdades globais de acesso a inovações farmacológicas.

Palavras-chave: Incretinas. Obesidade. Diabetes mellitus tipo 2. Bioética. Medicalização. Equidade em saúde.

Abstract

Incretinomimetics under a bioethical lens: between therapeutics, aesthetics and health justice

GLP-1 receptor agonists and dual GIP/GLP-1 incretinomimetics have redefined the treatment of type 2 diabetes and obesity by combining glycemic control, weight loss, and cardiovascular benefits in selected settings. This systematized narrative review analyzed pharmacological foundations, efficacy, safety, and regulatory, economic, and distributive challenges of these therapies, articulating bioethical principlism with contemporary critical perspectives, including intervention bioethics, health justice, medicalization, and commodification of care. The review discusses tensions between therapeutic and aesthetic use, the risk of medicalizing weight loss, barriers to access, and impacts on health system sustainability. It concludes that the ethically defensible incorporation of incretinomimetics requires clinical prudence, informed consent, longitudinal follow-up, transparent prioritization criteria, and a commitment to equity, continuity of care, and protection against global inequalities in access to pharmacological innovations.

Keywords: Incretins. Obesity. Diabetes mellitus, type 2. Bioethics. Medicalization. Health equity.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

La historia de la terapéutica en endocrinología está marcada por ciclos de innovación que han transformado radicalmente la práctica clínica. El descubrimiento de la insulina en 1921 marcó el comienzo de la era del reemplazo hormonal y permitió que millones de personas con diabetes sobrevivieran¹. Décadas más tarde, las sulfonilureas y la metformina ampliaron el arsenal farmacológico, lo que permitió una mayor flexibilidad y eficacia en el manejo de la glucemia². Aunque el efecto incretínico ya se conocía, fue a finales del siglo XX cuando las hormonas incretinas, especialmente el *glucagon-like peptide-1* (GLP-1) y el *glucose-dependent insulinotropic polypeptide* (GIP), comenzaron a recibir mayor atención terapéutica^{3,4}.

El GLP-1, identificado en la década de 1980, demostró ser un potente modulador de la secreción de insulina dependiente de la glucosa, a la vez que reduce la secreción de glucagón, retrasa el vaciamiento gástrico y promueve una sensación de saciedad^{3,4}. Estas propiedades despertaron un interés inmediato, pero su corta vida media limitaba su aplicación clínica. La superación de este obstáculo se logró con el desarrollo de agonistas del receptor GLP-1 con mayor estabilidad y resistencia a la degradación enzimática, inaugurando una clase que hoy incluye fármacos como liraglutida, semaglutida y dulaglutida⁴.

Más recientemente, la farmacología ha avanzado con la introducción de agonistas duales de GIP/GLP-1, capaces de activar simultáneamente dos receptores de incretina^{5,6}. Esta doble acción produjo resultados clínicamente relevantes, especialmente reducción del peso corporal y control glucémico^{5,6}. La tirzepatida, el primer fármaco de su clase en lograr una amplia proyección clínica, se convirtió rápidamente en uno de los medicamentos más comentados tanto por la comunidad científica como por los medios de comunicación. Desde una perspectiva bioética, reconocer esta trayectoria de innovación impone a los profesionales el deber de ofrecer el mejor tratamiento disponible sin perder de vista la distribución justa de los recursos⁷.

Este artículo tiene como objetivo analizar, desde la perspectiva del principialismo bioético, los fundamentos farmacológicos, la eficacia clínica, los riesgos y las incertidumbres de los incretinomiméticos, así como los desafíos regulatorios, económicos y distributivos que marcan su incorporación a los

sistemas de salud. En concreto, busca examinar las tensiones entre el uso terapéutico y el estético, los riesgos de medicalizar el adelgazamiento y las barreras de acceso, así como ofrecer al médico directrices bioéticas para la toma de decisiones responsables en el uso de estas terapias.

Método

Este artículo está estructurado como una revisión narrativa sistemática de la literatura, con un enfoque teórico-reflexivo en bioética. La adopción de este formato —en lugar de una revisión sistemática *stricto sensu*— se justifica por la naturaleza reflexiva e interpretativa del objeto, que combina fundamentos farmacológicos, evidencia clínica, contexto regulatorio y deliberación bioética. El recorrido metodológico se diseñó para asegurar la transparencia en la selección, organización e interpretación de las fuentes, con descripción explícita de las bases de datos consultadas, de los descriptores utilizados, de los criterios de elegibilidad y de los pasos de selección.

La búsqueda se realizó entre enero y marzo del 2026 en las bases de datos PubMed/MEDLINE, Scopus, Web of Science, Cochrane Library, LILACS y SciELO, y se complementó consultando la colección de la Bioethics Research Library (Kennedy Institute of Ethics) y buscando manualmente en las listas de referencias de los trabajos seleccionados, en revistas especializadas en bioética (*Hastings Center Report*, *Bioethics* y *Revista Bioética*) y en los sitios web oficiales de agencias reguladoras (Anvisa, FDA y EMA) y organizaciones internacionales (OMS y OPS). Se priorizaron los ensayos clínicos pivotaes y los estudios de resultados cardiovasculares asociados con los incretinomiméticos, así como los documentos regulatorios oficiales más recientes. Se utilizaron descriptores controlados (MeSH/DeCS) y términos libres combinados con operadores booleanos, entre los que se incluyen: “GLP-1 receptor agonists”, “glucagon-like peptide-1”, “tirzepatide”, “semaglutide”, “obesity”, “type 2 diabetes”, “bioethics”, “principism”, “medicalization”, “weight loss”, “health equity”, “resource allocation” y sus equivalentes en portugués y español.

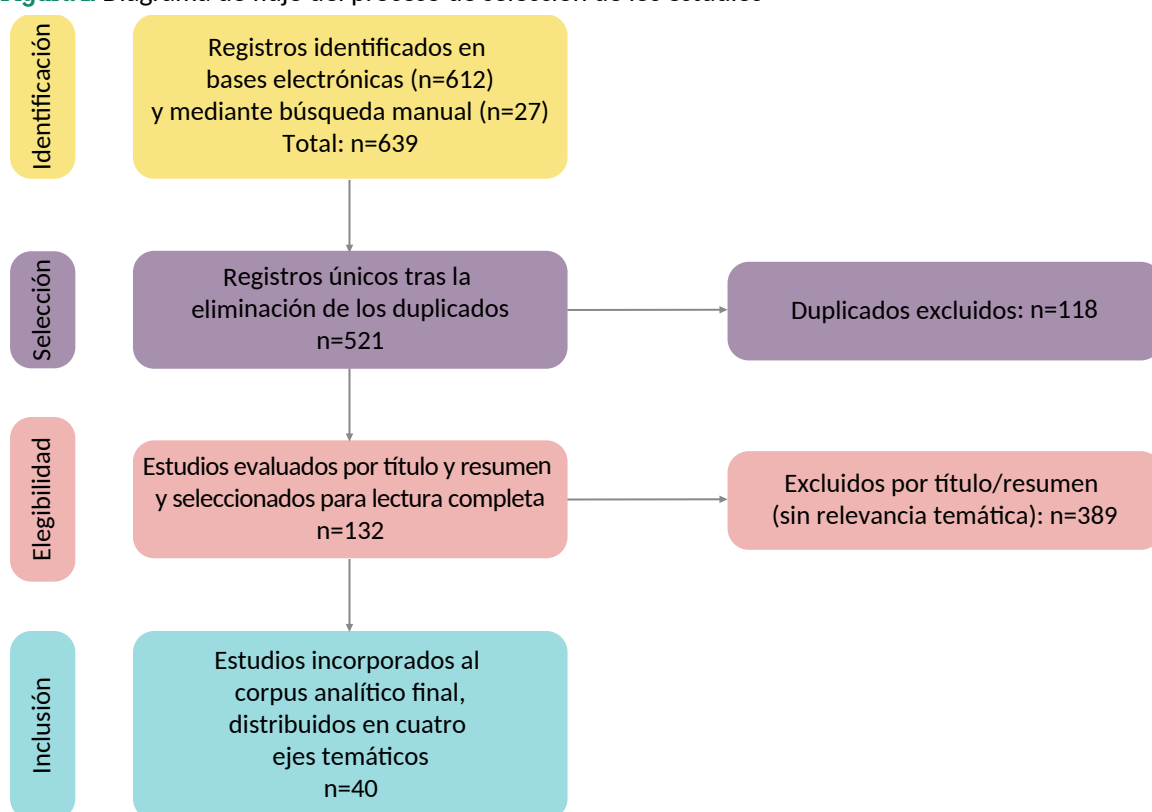
Se adoptaron los siguientes criterios de inclusión: 1) publicaciones originales, revisiones sistemáticas, metaanálisis, directrices clínicas,

documentos regulatorios oficiales, ensayos teóricos en bioética y libros de referencia conceptual; 2) textos en portugués, inglés o español; 3) período de publicación entre el 2015 y marzo del 2026 para evidencia clínica, regulatoria y epidemiológica, incluyendo obras clásicas en bioética, sociología de la salud y filosofía política, así como obras fundamentales en la farmacología de los incretinomiméticos y de la historia de la terapéutica en endocrinología, publicadas con anterioridad, cuando sean indispensables para la contextualización histórica, conceptual o regulatoria; 4) adherencia temática a al menos uno de los cuatro ejes analíticos previstos. Se excluyeron los editoriales que carecían de respaldo empírico o conceptual, las cartas al editor, los resúmenes

de congresos sin publicación completa y los materiales promocionales sin revisión por pares.

El proceso de selección siguió cuatro pasos secuenciales, representados en el diagrama de flujo de la Figura 1: 1) identificación inicial de registros en bases de datos electrónicas (n=612) y mediante búsqueda manual (n=27), lo que da un total de 639 registros; 2) eliminación de duplicados (n=118), lo que deja 521 registros únicos; 3) selección por título y resumen, excluyendo 389 trabajos sin relevancia temática, lo que da como resultado 132 estudios; 4) lectura completa de los 132 estudios restantes y selección de 40 trabajos para su incorporación al corpus analítico final, según criterios de calidad metodológica, actualidad, representatividad y relevancia bioética.

Figura 1. Diagrama de flujo del proceso de selección de los estudios



Los estudios incluidos se clasificaron posteriormente en cuatro bloques temáticos, que corresponden a los ejes analíticos definidos a priori: 1) fundamentos farmacológicos y magnitud de los beneficios clínicos; 2) eventos adversos, seguridad

y limitaciones de la evidencia; 3) uso terapéutico, uso cosmético, medicalización y autonomía; y 4) acceso, costo, regulación y justicia distributiva. En el cuerpo del artículo, estos cuatro ejes se desarrollaron en las secciones “Mecanismos de

acción, eficacia y límites” (eje 1), “Riesgos, seguridad e incertidumbres” (eje 2), “Bioética del uso terapéutico y estético” (eje 3) y “Acceso, mercado y justicia distributiva” (eje 4), complementados por las secciones transversales “Análisis bioético: principios en tensión” e “Implicaciones prácticas de la bioética para la clínica”, que articulan los cuatro ejes mediante la clave interpretativa bioética. Esta categorización permitió una triangulación sistemática entre la evidencia clínica, la evidencia regulatoria y la literatura bioética.

En cuanto a la interpretación, el análisis se guió por el principalismo de Beauchamp y Childress —beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia—, combinados con marcos complementarios de la bioética contemporánea: bioética de la intervención (Garrafa), bioética de la protección (Schramm), justicia sanitaria (Daniels), ética de la asignación de recursos escasos (Emanuel), crítica de la medicalización (Conrad), biopolítica de la salud (Rose) y análisis de la mercantilización del cuidado (Sandel). Dicha triangulación tuvo como objetivo superar una interpretación estrictamente principalista, combinándola con preocupaciones de salud pública, sostenibilidad y equidad.

Se reconoce, como limitación, que este trabajo no cumple plenamente con las listas de verificación del protocolo PRISMA (destinadas a las revisiones sistemáticas), ya que solo se ha adaptado su diagrama de flujo de selección para brindar transparencia metodológica a esta revisión narrativa-reflexiva. Dado que se trata de una revisión de literatura científica disponible públicamente, el estudio está exento de la revisión por parte de un comité de ética de la investigación (CEI).

Mecanismos de acción, eficacia y limitaciones

La terapia con incretinomiméticos se basa en dos mecanismos principales, que distinguen funcionalmente las subclases disponibles. Los agonistas del receptor GLP-1, como la liraglutida, la semaglutida y la dulaglutida, mimetizan la acción de la hormona endógena, promoviendo la secreción de insulina dependiente de la glucosa, reduciendo la secreción de glucagón, retrasando el vaciamiento gástrico y modulando el apetito por medio de vías centrales⁴. Los agonistas duales

de GIP/GLP-1, representados por la tirzepatida, amplían este espectro al activar simultáneamente el receptor del *glucose-dependent insulintropic polypeptide*, una hormona intestinal que estimula la secreción de insulina y ejerce un efecto sinérgico con el GLP-1 sobre el metabolismo adipocitario^{5,6}. La activación simultánea de dos receptores de incretina no representa una mera suma de efectos: constituye una redefinición cualitativa del potencial terapéutico, con implicaciones clínicas, regulatorias y bioéticas que este artículo se propone examinar.

Comprender estos mecanismos tiene implicaciones bioéticas directas: a medida que la farmacología avanza desde el control glucémico hasta la reconfiguración metabólica amplia, el medicamento deja de ser simplemente un instrumento terapéutico y se convierte en un objeto moral, económico y cultural. El principio de beneficencia requiere que este poder vaya acompañado de rigor en la evaluación de los beneficios reales, mientras que la incertidumbre residual exige no maleficencia y una comunicación clara para el ejercicio de una autonomía verdaderamente informada⁷.

Los estudios pivotaes han consolidado la eficacia clínica de estas terapias en tres dimensiones medibles. En el control glucémico, los agonistas del receptor GLP-1 reducen la hemoglobina glicosilada en aproximadamente un 1% a un 1,5%, mientras que los agonistas duales pueden lograr reducciones cercanas al 2%⁸. En la pérdida de peso, la semaglutida demostró reducciones superiores al 15% en individuos sin diabetes en el STEP 1, un resultado que superó al de cualquier otra farmacoterapia contra la obesidad; la tirzepatida avanzó aún más, con SURMOUNT-1 registrando reducciones medias superiores al 20%, comparables a las de algunos enfoques quirúrgicos⁵.

En los resultados cardiovasculares, LEADER documentó una reducción de eventos mayores con liraglutida en pacientes diabéticos de alto riesgo⁹, SUSTAIN-6 replicó este hallazgo con semaglutida¹⁰, y SELECT extendió el beneficio cardiovascular de semaglutida 2,4 mg a adultos con enfermedad cardiovascular establecida y obesidad sin diabetes¹¹. En el caso de la tirzepatida, SURPASS-CVOT demostró no inferioridad en comparación con dulaglutida con respecto al compuesto de muerte cardiovascular, infarto de miocardio o accidente cerebrovascular en pacientes con diabetes tipo 2 y aterosclerosis establecida¹².

Sin embargo, estos resultados no deben interpretarse como absolutos ni generalizables a todos los contextos clínicos. Los efectos adversos gastrointestinales (náuseas, vómitos, diarrea y estreñimiento) son frecuentes y representan una de las principales causas de interrupción¹³. Parte de la pérdida de peso se produce a expensas de la masa magra, con repercusiones que aún no están completamente definidas a largo plazo, como la sarcopenia, el mayor riesgo de caídas y la fragilidad en adultos mayores^{14,15}. El mantenimiento de los beneficios depende de la terapia continua: la interrupción del tratamiento se asocia con la recuperación del peso y el empeoramiento de los parámetros cardiometabólicos¹⁶. La asociación con pancreatitis aguda o neoplasia pancreática sigue siendo un tema de debate, ya que no se ha demostrado un aumento constante en los estudios observacionales, pero se recomienda una interpretación cautelosa^{17,18}.

La dimensión psicosocial también produce áreas relevantes de incertidumbre: hay relatos de dependencia psicológica del medicamento como condición para mantener la autoestima, lo que plantea una reflexión sobre la medicalización de la imagen corporal y la responsabilidad médica de no reforzar estándares de salud centrados exclusivamente en el peso o en la apariencia¹⁹⁻²¹.

La eficacia clínica de los incretinomiméticos es, por lo tanto, inequívoca, pero debe interpretarse de manera realista y ética: como parte de un arsenal terapéutico integrado, y no como una panacea aislada; como un instrumento para promover la salud, y no como una promesa de transformación estética inmediata⁷. La bioética desempeña un papel esencial a la hora de integrar el entusiasmo científico con la responsabilidad social, recordándonos que toda innovación debe ir acompañada de una reflexión crítica sobre los límites, los riesgos y las posibilidades de un acceso equitativo.

Riesgos, seguridad e incertidumbres

Ningún avance terapéutico está exento de riesgos, y los incretinomiméticos no son una excepción. Los eventos adversos notificados con mayor frecuencia son de naturaleza gastrointestinal, como náuseas, vómitos, diarrea y estreñimiento^{6,13}. Si bien en la mayoría de los casos estos síntomas son transitorios y manejables,

representan una de las principales causas de interrupción del tratamiento en los estudios clínicos y en la práctica diaria.

Además de los efectos previsibles, persisten las incertidumbres en campos de gran relevancia clínica. La relación entre los agonistas del receptor GLP-1 y el riesgo de pancreatitis aguda o neoplasia pancreática sigue siendo objeto de debate. Estudios observacionales y revisiones de síntesis no han demostrado un aumento constante de estos eventos, pero el tema aún justifica una cautela interpretativa^{17,18}.

Otro punto emergente se refiere al impacto en la composición corporal. Parte de la pérdida de peso inducida por los incretinomiméticos no solo se debe a una reducción de la grasa, sino también a una pérdida de masa muscular magra. La magnitud de este efecto y sus repercusiones a largo plazo, como la sarcopenia, el mayor riesgo de caídas y la fragilidad en los adultos mayores, aún no están completamente definidas^{14,15}. Este hallazgo refuerza la necesidad de un seguimiento multidisciplinario, con estrategias centradas en la preservación muscular, que incluyan ejercicio físico y una ingesta adecuada de proteínas.

En lo que respecta a los resultados cardiovasculares, la interpretación de las evidencias requiere una mayor precisión. Para algunos agonistas del receptor GLP-1, la evidencia ya demuestra beneficios en los principales resultados cardiovasculares, como se revela en estudios como LEADER, SUSTAIN-6 y SELECT⁹⁻¹¹. En el caso de los agonistas duales, el escenario ya no es meramente especulativo: en SURPASS-CVOT, se demostró que la tirzepatida no era inferior a la dulaglutida con respecto al compuesto de muerte cardiovascular, infarto de miocardio o accidente cerebrovascular en pacientes con diabetes tipo 2 y enfermedad cardiovascular aterosclerótica¹². No obstante, una interpretación comparativa de la magnitud de este efecto, así como su generalización a diferentes contextos clínicos, requiere prudencia.

Por último, la dimensión psicosocial del uso de incretinomiméticos también produce zonas de incertidumbre. Hay relatos de dependencia psicológica del medicamento como condición para mantener la autoestima y reforzar estándares corporales excluyentes, lo que plantea una reflexión sobre la medicalización de la imagen corporal¹⁹⁻²¹. Si bien este fenómeno es menos tangible desde

un punto de vista farmacológico, es fundamental para la bioética, una vez que se relaciona con la responsabilidad médica de no reforzar estándares de salud centrados exclusivamente en el peso o la apariencia.

Acceso, mercado y justicia distributiva

El impacto de los incretinomiméticos no puede evaluarse únicamente desde una perspectiva biomédica. Los agonistas del receptor de GLP-1, y, sobre todo, los agonistas duales, son medicamentos de alto costo producidos por unas pocas empresas mundiales, una realidad que concentra el poder de negociación en la industria farmacéutica y reduce la autonomía de los Estados para fijar precios, cobertura e incorporación tecnológica. Informes corporativos recientes muestran que los productos basados en semaglutida y tirzepatida ya generan cifras multimillonarias, impulsadas no solo por la prevalencia de la diabetes tipo 2 y la obesidad, sino también por el fenómeno cultural por el cual estos fármacos se han convertido en símbolos de la modernidad terapéutica^{22,23}.

Esta popularización, si bien aumenta la concienciación sobre la obesidad como una enfermedad crónica y no como un fracaso individual, ha traído consigo el riesgo de mercantilización del tratamiento: cuando los medicamentos se tratan como productos de consumo aspiracional, desplazando el interés de la salud a la estética, distorsionando el propósito original de la innovación científica^{20,21}.

Esta tensión entre innovación y acceso se refleja en las políticas sanitarias. La Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó, el 1 de diciembre del 2025, su primera directriz mundial sobre el uso de terapias con GLP-1 en el tratamiento de la obesidad, en la que reconoce su relevancia terapéutica, pero resalta que estos fármacos deben incluir un cuidado integral y que la accesibilidad sigue siendo un obstáculo mundial significativo²⁴. En Brasil, la reciente trayectoria regulatoria ilustra claramente este dilema. La Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (Anvisa) aprobó, en junio del 2025, una nueva indicación terapéutica para tirzepatida para el control crónico del peso en adultos con obesidad o sobrepeso asociado con comorbilidades²⁵, y, en febrero del 2026, una nueva indicación para semaglutida destinada a reducir

el riesgo de eventos cardiovasculares mayores en adultos con enfermedad cardiovascular establecida y obesidad o sobrepeso²⁶. Sin embargo, la aprobación regulatoria es solo el primer paso: el acceso de la población también depende de la regulación de precios, de la capacidad de financiación pública y de las decisiones relativas a la incorporación al Sistema Único de Salud (SUS) y a la salud suplementaria.

En este plano, los resultados han sido restrictivos. La semaglutida y la liraglutida han sido evaluadas por la Comisión Nacional para la Incorporación de Tecnologías en el SUS (Conitec) y no se incorporaron al SUS para la obesidad en los escenarios analizados por la comisión^{27,28}, y estos medicamentos siguen estando fuera del alcance de la mayoría de los pacientes brasileños que dependen del sistema público. En la salud suplementaria, la Agencia Nacional de Salud Suplementaria (ANS) se enfrenta a un dilema similar: incluir o no en su lista obligatoria los medicamentos con un alto impacto financiero. La falta de cobertura fomenta las disputas judiciales y el acceso individualizado, sin resolver el problema estructural de la equidad^{29,30}, produciendo lo que puede caracterizarse, según la discusión de Chieffi y Barata³⁰, como una forma de “equidad por medio de litigios”.

Los países de altos ingresos tienden a absorber los incretinomiméticos en sus sistemas más rápidamente, aunque con criterios de elegibilidad restrictivos; en los países de ingresos medios y bajos, como Brasil, el alto costo, la dependencia tecnológica y las limitaciones presupuestarias crean barreras significativas^{22,23,27}. Desde una perspectiva bioética, esta disparidad constituye una forma de injusticia mundial.

Por lo tanto, el principio de justicia distributiva debería guiar activamente las políticas públicas. No basta con reconocer la eficacia de los incretinomiméticos: es necesario dirigirse a quienes más se benefician, distribuir los escasos recursos de manera equitativa y mantener el cuidado a lo largo del tiempo. Esto requiere transparencia en los criterios de inclusión, un diálogo social cualificado, una reevaluación periódica de las evidencias y un seguimiento posterior a la inclusión más exhaustivo.

También requiere que la incorporación de estas terapias no reemplace las estrategias basadas en la población dirigidas a la alimentación saludable, el fomento de la actividad física y el abordaje

del entorno obesogénico³¹: sin esta integración, la obesidad se medicaliza sin abordar sus causas fundamentales, reproduciendo así un ciclo de dependencia de medicamentos con un alto costo social^{20,31}. La respuesta al problema de la concentración del mercado, a su vez, requiere la coordinación entre las organizaciones multilaterales, los gobiernos y la industria, buscando modelos de precificación diferenciada, una mayor transparencia en las negociaciones y el fortalecimiento de la producción local.

Un eje ético transversal a todos estos desafíos es la continuidad del cuidado. Dado que la eficacia de estas terapias depende de un mantenimiento prolongado y un apoyo multidisciplinario, no basta con asegurar el inicio puntual del tratamiento: es necesario considerar el seguimiento, la adherencia, el monitoreo de eventos adversos, la revisión de la respuesta y, cuando sea necesario, la interrupción segura. Una prescripción éticamente defendible no se limita al momento inicial de la indicación, sino que presupone, desde el principio, una evaluación realista de las condiciones concretas para mantener el tratamiento a lo largo del tiempo¹⁶.

Análisis bioético: principios en tensión

Beneficencia y no maleficencia

El principio de beneficencia sustenta la obligación de promover el bienestar del paciente ofreciendo tratamientos cuya eficacia esté comprobada. Los incretinomiméticos cumplen este criterio en la medida en que reducen las complicaciones asociadas con la diabetes tipo 2 y la obesidad^{5,9}. Sin embargo, la beneficencia no actúa de forma aislada: debe equilibrarse continuamente con la no maleficencia, es decir, con el deber de evitar o minimizar el daño. Los eventos adversos conocidos, las incertidumbres restantes con respecto a los riesgos a largo plazo y la posibilidad de un uso inapropiado o fuera de contexto muestran que el beneficio terapéutico no elimina la necesidad de prudencia clínica⁷.

Autonomía

La autonomía del paciente se invoca con frecuencia en este debate, especialmente dada la creciente demanda de incretinomiméticos no solo para el tratamiento de enfermedades crónicas,

sino también con fines estéticos, a menudo influenciados por la presión social, las expectativas sobre el rendimiento corporal y la idealización de un cuerpo delgado. Respetar la autonomía, en este contexto, no significa adherirse automáticamente a la demanda del paciente, sino asegurar una decisión libre, informada y éticamente contextualizada, sin tolerar prácticas que refuercen estigmas o medicalicen excesivamente la vida cotidiana^{7,20,21}.

Justicia

Quizá el principio más desafiador, en este contexto, sea el de la justicia. ¿Cómo asegurar un acceso equitativo a terapias de alto coste en sociedades marcadas por profundas desigualdades? La bioética exige considerar no solo el beneficio individual, sino también el impacto colectivo de las decisiones terapéuticas y regulatorias. La incorporación generalizada de incretinomiméticos puede implicar la desviación de recursos de otras áreas de salud igualmente prioritarias, lo que requiere criterios de priorización transparentes^{27,29}.

Por lo tanto, la deliberación clínica y sanitaria debe integrar de forma coherente la beneficencia, la no maleficencia, la autonomía y la justicia, guiando las decisiones que trasciendan el caso individual y tengan en cuenta la responsabilidad profesional, la sostenibilidad y la equidad.

Perspectivas críticas bioéticas complementarias

La interpretación principal, si bien está ampliamente legitimada en el campo biomédico, ha sido objeto de críticas productivas por parte de corrientes contemporáneas de la bioética, cuya movilización resulta especialmente fructífera para analizar el fenómeno de los incretinomiméticos. La bioética de la intervención, formulada por Garrafa y Porto³² basada en la realidad sanitaria latinoamericana, sostiene que el énfasis en la autonomía individual, cuando se desvincula de los determinantes sociales y de asimetrías estructurales, tiende a reproducir desigualdades que el propio principio de justicia debería abordar.

Cuando se aplica a los incretinomiméticos, esta crítica cobra especial relevancia: la idea de la elección "autónoma" de fármacos de alto coste se vuelve problemática cuando se da en un contexto de presión estética, vulnerabilidad socioeconómica

y asimetría informativa en relación con la industria farmacéutica. En una dirección complementaria, la bioética de la protección, propuesta por Schramm³³, cambió el eje de la deliberación del sujeto moralmente autónomo al cuidado de los más vulnerables, proponiendo que el Estado y los sistemas de salud tienen un deber moral positivo de proteger a las personas en situaciones de mayor vulnerabilidad. En el caso del SUS y de la salud suplementaria, esta perspectiva proporciona una base para las políticas de priorización que protegen a los grupos con mayor riesgo cardiometabólico antes de ceder a la presión para la incorporación universal de medicamentos de alto coste que aún están en evaluación de coste-efectividad.

La sociología y la filosofía de la salud ofrecen herramientas analíticas igualmente indispensables. El concepto de medicalización, desarrollado por Conrad³⁴, describe el proceso por el cual las condiciones que no son estrictamente patológicas llegan a definirse y tratarse en términos médicos, con implicaciones para la identidad, la autonomía y los trastornos de la experiencia corporal. Los incretinomiméticos ejemplifican este movimiento quizá más que cualquier otra clase farmacológica reciente: la obesidad deja de ser simplemente un factor de riesgo o una comorbilidad y se convierte en un objeto sistemático de intervención farmacológica continua, con repercusiones éticas en la corporeidad, la dependencia terapéutica y la autopercepción.

En una dirección convergente, Rose³⁵ analizó cómo la biomedicina contemporánea transforma la subjetividad en un campo de intervención y optimización, al expandir los límites de lo normal y de lo patológico y convertir el “autocuidado” en una demanda farmacológica permanente. En la práctica clínica, esta interpretación exige una vigilancia crítica ante la expansión indefinida de las indicaciones y el riesgo de que el medicamento ocupe el lugar que debería corresponder a las transformaciones estructurales del entorno obesogénico.

En el ámbito de la justicia, Daniels³⁶ proporciona una base sólida para la tesis de que la salud es una condición especial porque protege el “rango normal de oportunidades” de los individuos, lo que implica una obligación positiva por parte de los Estados de promover el acceso equitativo a intervenciones eficaces. Aplicada a los incretinomiméticos, esta perspectiva refuerza la idea de que la

negativa absoluta a incorporarlos, sin alternativas estructuradas, puede constituir una violación de la justicia sanitaria al tratar con pacientes con enfermedad cardiovascular establecida u obesidad severa con una indicación clínica bien definida.

Emanuel y colaboradores³⁷, al sistematizar los principios éticos para la asignación de recursos escasos, propusieron criterios que combinan la maximización del beneficio, el trato equitativo, la priorización de los casos más graves y el reconocimiento del valor instrumental e intrínseco de las personas; criterios cuya transposición a terapias de alto coste sigue estando infraexplorada en la literatura brasileña y que pueden respaldar futuros protocolos de priorización en el SUS.

Finalmente, la crítica de Sandel³⁸ a la mercantilización de los bienes sociales ofrece una perspectiva valiosa para interpretar el fenómeno cultural relacionado con los análogos de GLP-1. Cuando los medicamentos con beneficio clínico demostrado empiezan a circular como bienes de consumo aspiracional, promocionados en las redes sociales y asociados a ideales corporales, existe el riesgo de corromper el significado del cuidado: la medicina deja de responder a las necesidades y empieza a alimentar deseos socialmente fabricados, produciendo una demanda artificial que profundiza las iniquidades en el acceso.

Articular estas críticas al principialismo clásico no implica sugerir su sustitución, sino ampliar su capacidad analítica para responder al desafío de una bioética densa, socialmente situada y atenta a las asimetrías de poder que impregnan la innovación farmacológica contemporánea.

Bioética del uso terapéutico y estético

La frontera entre el uso terapéutico y el uso estético de los incretinomiméticos es uno de los puntos más sensibles del debate contemporáneo. Desde un punto de vista regulatorio y clínico, las indicaciones formales para el control del peso, generalmente, cubren a los adultos con un índice de masa corporal igual o superior a 30 kg/m², o igual o superior a 27 kg/m² en presencia de comorbilidades relacionadas con el peso³⁹. En estas condiciones, su uso está justificado porque los beneficios esperados, generalmente, superan los riesgos conocidos, siempre que la prescripción forme parte de

un seguimiento clínico adecuado y esté asociada a medidas no farmacológicas.

El problema bioético surge cuando esta lógica terapéutica se ve desvirtuada por exigencias que no se basan en una necesidad clínica bien caracterizada, sino en expectativas de un rápido adelgazamiento, un ajuste estético o una mejora corporal. En estos casos, la medicalización de la apariencia tiende a desviar el medicamento de su propósito original y a convertirlo en un bien de consumo aspiracional. La autonomía del paciente, si bien es relevante, no es suficiente para legitimar toda demanda de prescripción: debe entenderse como autonomía informada, situada críticamente y ejercida en un entorno libre de presiones mercadológicas, estigmas corporales y promesas poco realistas^{17,20,21}.

Las repercusiones éticas de esta expansión son múltiples. En primer lugar, esto tiene un impacto en la disponibilidad. Cuando los medicamentos con alto valor terapéutico se demandan ampliamente fuera de los contextos clínicos prioritarios, aumenta el riesgo de escasez y de dificultades de acceso para los pacientes que dependen de ellos para indicaciones bien establecidas. En segundo lugar, existen repercusiones económicas: el uso no terapéutico aumenta la presión sobre el mercado, contribuye a mantener precios altos y profundiza la exclusión de los grupos más vulnerables socialmente^{22,23}. En tercer lugar, refuerza el riesgo de patologizar la diversidad corporal, como si los cuerpos que se desvían del ideal de delgadez debieran corregirse farmacológicamente.

Desde esta perspectiva, el problema deja de ser meramente clínico y comienza a implicar justicia distributiva, la integridad de la práctica médica y una crítica a la mercantilización del cuidado de salud. El uso estético de los incretinomiméticos no es simplemente una cuestión de autonomía individual, sino que implica un impacto colectivo en la justicia distributiva, la disponibilidad, el coste y la equidad^{7,20}.

El papel del médico es fundamental en este escenario. Respetar la autonomía no significa acceder automáticamente a la petición del paciente, sino tomar decisiones basadas en evidencias, proporcionalidad y responsabilidad profesional. La prescripción de incretinomiméticos no puede reducirse a una respuesta de mercado a demandas estéticas fabricadas socialmente. Cuando el uso se

produce fuera de contextos de beneficio clínico demostrable, aumenta el riesgo de trivialización terapéutica, exposición indebida a efectos adversos y una menor equidad en el acceso.

Por lo tanto, la ética médica recomienda que la indicación permanezca vinculada a criterios clínicos consistentes, con el fin de conciliar la beneficencia, la no maleficencia, la autonomía responsable y la justicia distributiva^{7,21}.

Implicaciones prácticas de la bioética para la práctica clínica

El debate bioético sobre los incretinomiméticos no se limita al plano teórico: tiene consecuencias concretas para la práctica clínica diaria. Hay cuatro aspectos que merecen especial atención por parte del médico que prescribe o evalúa estas terapias.

El primero se refiere a los criterios de indicación. La prescripción éticamente justificable debe basarse en una necesidad clínica bien caracterizada, un índice de masa corporal dentro de los umbrales reglamentarios, la presencia de comorbilidades relevantes o un riesgo cardiovascular documentado, y no en una demanda estética, la presión de los medios o la expectativa de un rápido adelgazamiento sin base clínica^{7,25,26}. Esto no significa rigidez burocrática, sino responsabilidad técnica: un médico que amplía la indicación más allá de las evidencias disponibles compromete simultáneamente la seguridad del paciente, la equidad en el acceso y la integridad de la práctica médica.

El segundo eje es la calidad de la comunicación con el paciente. En este contexto, el consentimiento informado va más allá de simplemente firmar un formulario. Consiste en explicar de forma accesible los beneficios reales esperados, los efectos adversos más frecuentes, la necesidad de continuar la terapia y las consecuencias de la interrupción, incluida la recuperación de peso y el deterioro cardiometabólico, documentados en la literatura¹⁶. También implica nombrar abiertamente las incertidumbres que aún existen acerca de los efectos a largo plazo, como la pérdida de masa magra y sus repercusiones funcionales^{14,15}. Un paciente bien informado está en mejores condiciones para tomar decisiones con verdadera autonomía, y no bajo la influencia de promesas poco realistas amplificadas por las redes sociales.

El tercer eje es la resistencia activa a las presiones estéticas y del mercado. El médico ocupa una posición única en este campo: es simultáneamente el guardián de la indicación clínica y el principal filtro entre la demanda social de adelgazamiento y el acceso al medicamento. Cuando la consulta se convierte en un mostrador de recetas únicamente, sin evaluación crítica, compromete no solo la ética individual, sino también la sostenibilidad colectiva del acceso, porque el uso no terapéutico contribuye a la escasez, al aumento de precios y a la exclusión de los pacientes que más necesitan estas terapias^{20,21,23}. Reconocer y comunicar esta presión al paciente, explicándole por qué la indicación no está justificada en un caso determinado, es un acto clínico y ético de igual importancia.

El cuarto eje consiste en planificar la continuidad del cuidado incluso antes de iniciar el tratamiento. Dada la dependencia terapéutica de estos medicamentos para mantener los resultados, el médico debe evaluar, desde la primera consulta, si el paciente tendrá los medios reales para sostener el tratamiento a lo largo del tiempo desde el punto de vista económico, logístico y desde el punto de vista del apoyo multidisciplinario necesario. Iniciar una terapia sin una perspectiva realista de continuidad puede conllevar beneficios transitorios seguidos de una recaída abrupta, frustración y daños psicosociales. Por lo tanto, la prescripción responsable comienza con la honestidad acerca de las condiciones específicas de cada paciente⁴⁰.

Estos cuatro ejes no agotan la complejidad de la práctica clínica con incretinomiméticos, pero ofrecen un marco operativo para que la beneficencia, la no maleficencia, la autonomía y la justicia dejen de ser meros principios declarados y comiencen a guiar las decisiones reales en las consultas, en el sistema de salud y en la relación con cada paciente.

Consideraciones finales

Este artículo presenta limitaciones inherentes a una revisión narrativa: no pretende agotar la literatura disponible ni reemplazar las evaluaciones sistemáticas de la incorporación de tecnología. Además, se trata de un campo en rápida evolución, con datos regulatorios, clínicos y de farmacovigilancia que se actualizan continuamente. No obstante, el enfoque adoptado demuestra que los dilemas éticos centrales ya están suficientemente delineados:

la medicalización del adelgazamiento, la tensión entre la necesidad clínica y el deseo estético, el riesgo de profundizar las desigualdades y los desafíos para su sostenibilidad en los sistemas de salud.

Los incretinomiméticos representan un hito importante en el tratamiento de la diabetes tipo 2 y de la obesidad. Su impacto clínico, demostrado en ensayos a gran escala, va más allá de la reducción de la glucosa en sangre y el peso corporal, alcanzando resultados cardiovasculares, metabólicos y psicosociales.

Desde una perspectiva bioética, la incorporación de estas terapias requiere una reflexión prudente sobre los principios de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia. La beneficencia recomienda ofrecer tratamientos eficaces a las personas que pueden beneficiarse sustancialmente de ellos. El principio de no maleficencia exige reconocer los efectos adversos, las limitaciones de la evidencia, la necesidad de un seguimiento longitudinal y los riesgos asociados con el uso sin la indicación clínica adecuada. La autonomía requiere información clara, toma de decisiones compartida y resistencia crítica a las presiones estéticas y de mercado que pueden distorsionar la libertad de decisión. La justicia, a su vez, exige debates sobre financiación, criterios de priorización, regulación de precios y protección contra las desigualdades en el acceso, especialmente en países como Brasil, donde las inequidades en materia de salud siguen siendo profundas.

El desafío de incorporar estos servicios al SUS y a la salud suplementaria es significativo. El elevado coste y el impacto presupuestario constituyen barreras reales, pero la denegación total del acceso tampoco es éticamente satisfactoria. El enfoque más defendible parece residir en estrategias de incorporación progresiva, priorizando a los grupos de mayor riesgo y con mayor potencial de beneficio, junto con la negociación de precios, el fortalecimiento de la capacidad productiva y el mantenimiento de políticas estructurales para la prevención y la promoción de la salud.

Por otra parte, el uso estético indiscriminado, motivado por presiones sociales o de mercado, debe abordarse con claridad ética y normativa. En este contexto, el papel del médico es crucial: no se limita a prescribir medicamentos eficaces, sino que abarca ejercer la responsabilidad profesional, resistir la mercantilización de la salud y defender los criterios técnicos y bioéticos en la práctica clínica.

En este contexto, la continuidad del cuidado de salud constituye un eje ético transversal que con frecuencia se subestima. La efectividad de estas terapias depende de un mantenimiento prolongado: una vez que se interrumpe el tratamiento, los beneficios se disipan con una rapidez documentada¹⁶. Esto significa que una prescripción éticamente responsable no termina con la indicación inicial, sino que presupone una evaluación previa y honesta de las condiciones reales para mantener el tratamiento a lo largo del tiempo, teniendo en cuenta la capacidad económica, el apoyo multidisciplinario y el vínculo institucional. Iniciar una terapia sin una perspectiva realista de continuidad puede generar beneficios transitorios seguidos de recuperación de peso, frustración y daños psicosociales, convirtiendo así la innovación terapéutica en una nueva fuente de desigualdad. Por lo tanto, la responsabilidad del

médico no termina con la prescripción: se extiende a la planificación longitudinal del cuidado y a la honestidad sobre los límites de lo que el sistema —y el paciente— pueden de hecho sostener.

En resumen, los incretinomiméticos demuestran el poder de la ciencia biomédica contemporánea, pero también revelan sus límites y contradicciones. Son, a la vez, una promesa terapéutica y una fuente de nuevos conflictos morales. La bioética, al ofrecer herramientas críticas para evaluar sus repercusiones, desempeña un papel esencial: recordarnos que la medicina no se limita a la innovación tecnológica, sino que sigue siendo un compromiso humano con la justicia, la responsabilidad y el cuidado. Es en esta convergencia donde se hace posible integrar la innovación y la equidad sin perder de vista la importancia fundamental del cuidado y la integridad de los sistemas de salud.

Referencias

1. Bliss M. The discovery of insulin. Chicago: University of Chicago Press; 1982.
2. Bailey CJ, Day C. Metformin: its botanical background. *Pract Diabetes Int* [Internet]. 2004 [acceso 12 mar 2026];21(3):115-7. DOI: 10.1002/pdi.606
3. Holst JJ, Rosenkilde MM. GIP as a therapeutic target in diabetes and obesity: insight from incretin co-agonists. *J Clin Endocrinol Metab* [Internet]. 2020 [acceso 18 dez 2025];105(12):2710-6. DOI: 10.1210/clinem/dgaa327
4. Drucker DJ. Mechanisms of action and therapeutic application of glucagon-like peptide-1. *Cell Metab* [Internet]. 2018 [acceso 12 jan 2026];27(4):740-56. DOI: 10.1016/j.cmet.2018.03.001
5. Jastreboff AM, Aronne LJ, Ahmad NN, Wharton S, Pharm D, Connery L *et al*. Tirzepatide once weekly for the treatment of obesity. *N Engl J Med* [Internet]. 2022 [acceso 2 abr 2026];387:205-16. DOI: 10.1056/NEJMoa2206038
6. Frías JP, Davies MJ, Rosenstock J, Manghi FCP, Landó LF, Bergman BK *et al*. Tirzepatide versus Semaglutide once weekly in patients with type 2 diabetes. *N Engl J Med* [Internet]. 2021 [acceso 12 jan 2026];385:503-15. DOI: 10.1056/NEJMoa2107519
7. Klitzman R, Greenberg H. Anti-obesity medications: ethical, policy, and public health concerns. *Hastings Cent Rep* [Internet]. 2024 [acceso 17 mar 2026];54(3):6-10. DOI: 10.1002/hast.1588
8. Wilding JPH, Batterham RL, Calanna S, Davies M, Gaal LFF, Lingvay I *et al*. Once-weekly semaglutide in adults with overweight or obesity. *N Engl J Med* [Internet]. 2021 [acceso 17 mar 2026];384:989-1002. DOI: 10.1056/NEJMoa2032183
9. Marso SP, Daniels GH, Brown-Frandsen K, Kristensen P, Mann JFE, Nauck MA *et al*. Liraglutide and cardiovascular outcomes in type 2 diabetes. *N Engl J Med* [Internet]. 2016 [acceso 15 nov 2025];375:311-22. DOI: 10.1056/NEJMoa1603827
10. Marso SP, Bain SC, Consoli A, Eliaschewitz FG, Jódar E, Leiter LA *et al*. Semaglutide and cardiovascular outcomes in patients with type 2 diabetes. *N Engl J Med* [Internet]. 2016 [acceso 16 nov 2025];375:1834-44. DOI: 10.1056/NEJMoa1607141
11. Lincoff AM, Brown-Frandsen K, Colhoun HM, Deanfield J, Scott SE, Esbjerg S *et al*. Semaglutide and cardiovascular outcomes in obesity without diabetes. *N Engl J Med* [Internet]. 2023 [acceso 2 abr 2026];389:2221-32. DOI: 10.1056/NEJMoa2307563

12. Nicholls SJ, Zoungas S, Basile J, Buse JB, Del Prato S, Kahn SE *et al.* Cardiovascular outcomes with tirzepatide versus dulaglutide in type 2 diabetes. *N Engl J Med* [Internet]. 2025 [acesso 2 abr 2026];393:2409-20. DOI: 10.1056/NEJMoa2505928
13. Smits MM, Van Raalte DH. Safety of semaglutide. *Front Endocrinol (Lausanne)* [Internet]. 2021 [acesso 2 abr 2026];12:645563. DOI: 10.3389/fendo.2021.645563
14. Wilding JPH, Batterham RL, Calanna S, Van Gaal LF, McGowan BM, Rosenstock J *et al.* Impact of semaglutine on body composition in adults with overweight or obesity: exploratory analysis of the STEP 1 study. *J Endocr Soc* [Internet]. 2021 [acesso 2 abr 2026];5(Suppl 1):A16-7. DOI: 10.1210/jendso/bvab048.030
15. Look M, Dunn JP, Kushner RF, Cao D, Harris C, Gibble TH *et al.* Body composition changes during weight reduction with tirzepatide in the SURMOUNT-1 study of adults with obesity or overweight. *Diabetes Obes Metab* [Internet]. 2025 [acesso 2 abr 2026];27(5):2720-9. DOI: 10.1111/dom.16275
16. Wilding JPH, Batterham RL, Davies MJ, Van Gaal LF, Kandler K, Konakli K *et al.* Weight regain and cardiometabolic effects after withdrawal of semaglutide: the STEP 1 trial extension. *Diabetes Obes Metab* [Internet]. 2022 [acesso 2 abr 2026];24(8):1553-64. DOI: 10.1111/dom.14725
17. Ayoub M, Chela H, Amin N, Hunter R, Anwar J, Tahan V, Daglilar E. Pancreatitis risk associated with GLP-1 receptor agonists in comorbidity-free patients with type 2 diabetes mellitus in the United States: a propensity score-matched analysis. *J Clin Med* [Internet]. 2025 [acesso 2 abr 2026];14(3):944. DOI: 10.3390/jcm14030944
18. Figlioli G, Piovani D, Peppas S, Pugliese N, Hassan C, Repici A *et al.* Glucagon-like peptide-1 receptor agonists and risk of gastrointestinal cancers: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Pharmacol Res* [Internet]. 2024 [acesso 2 abr 2026];208:107401. DOI: 10.1016/j.phrs.2024.107401
19. Han SH, Safeek R, Ockerman K, Trieu N, Mars P, Klenke A *et al.* Public interest in the off-label use of glucagon-like peptide 1 agonists (Ozempic) for cosmetic weight loss: a Google Trends analysis. *Aesthet Surg J* [Internet]. 2023 [acesso 2 abr 2026];44(1):60-7. DOI: 10.1093/asj/sjad211
20. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. 8th ed. New York: Oxford University Press; 2019.
21. Minerva F. Ethical issues related to the use of GLP-1 receptor agonists such as Ozempic and Mounjaro: impact on individuals and society at large. *Bioethics* [Internet]. 2026 [acesso 2 abr 2026];40(5):505-18. DOI: 10.1111/bioe.70068
22. Novo Nordisk. Annual Report 2025 [Internet]. Bagsværd: Novo Nordisk; 2026 [acesso 2 abr 2026]. Disponível: <https://bit.ly/4wGwVg4>
23. United States. Securities and Exchange Commission. Eli Lilly and Company. Form 10-K for 2025 filed in 2026 [Internet]. Washington: Securities and Exchange Commission; 2026 [acesso 2 abr 2026]. Disponível: <https://bit.ly/4q1PJUO>
24. WHO issues global guideline on the use of GLP-1 medicines in treating obesity [Internet]. Geneva: WHO; 2025 [acesso 2 abr 2026]. Disponível: <https://bit.ly/4yZjnOr>
25. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Mounjaro® (tirzepatida): nova indicação [Internet]. Brasília: Anvisa; 2025 [acesso 2 abr 2026]. Disponível: <https://bit.ly/4q5cEP2>
26. Anvisa aprova novas indicações para semaglutida e tezepelumabe [Internet]. Brasília: Anvisa; 2026 [acesso 2 abr 2026]. Disponível: <https://bit.ly/4hP9Ses>
27. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação e do Complexo Econômico-Industrial da Saúde. Portaria Sectics/MS nº 65, de 15 de setembro de 2025. Torna pública a decisão de não incorporar, no âmbito do SUS, a semaglutida para o tratamento de pacientes com obesidade graus II e III, sem diabetes, com idade a partir de 45 anos e com doença cardiovascular estabelecida. *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília, nº 176, 16 set 2025 [acesso 2 abr 2026]. Seção 1. Disponível: <https://bit.ly/4hf8cLg>
28. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação e do Complexo Econômico-Industrial da Saúde. Portaria Sectics/MS nº 67, de 15 de setembro de 2025. Torna pública a decisão de não incorporar, no âmbito do SUS, a liraglutida para o tratamento de pacientes com obesidade e diabetes mellitus tipo 2. *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília, nº 176, 16 set 2025 [acesso 2 abr 2026]. Seção 1. Disponível: <https://bit.ly/4fMYsFp>
29. O rol de procedimentos e eventos em saúde [Internet]. Rio de Janeiro: ANS; 2026 [acesso 2 abr 2026]. Disponível: <https://bit.ly/4fZLC78>

30. Martins AS, Campos MLR. Judicialização da saúde no Brasil: Impactos nas políticas públicas e sua relação com os objetivos de desenvolvimento sustentável. *Rev Polít Públicas Cid* [Internet]. 2025 [acesso 17 abr 2026];14(2):e1743. DOI: 10.23900/2359-1552v14n2-30-2025
31. Swinburn BA, Kraak VI, Allender S, Atkins VJ, Baker FI, Bogard JR *et al.* The global syndemic of obesity, undernutrition, and climate change: the Lancet Commission report. *Lancet* [Internet]. 2019 [acesso 2 abr 2026];393(10173):791-846. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)32822-8
32. Garrafa V, Porto D. Intervention bioethics: a proposal for peripheral countries in a context of power and injustice. *Bioethics* [Internet]. 2003 [acesso 17 abr 2026];17(5-6):399-416. DOI: 10.1111/1467-8519.00356
33. Schramm FR. Bioética da proteção: ferramenta válida para enfrentar problemas morais na era da globalização. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2008 [acesso 17 abr 2026];16(1):11-23. Disponível: <https://bit.ly/4fX4TWN>
34. Conrad P. The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 2007.
35. Rose N. The politics of life itself: biomedicine, power, and subjectivity in the twenty-first century. Princeton: Princeton University Press; 2007.
36. Daniels N. Just health: meeting health needs fairly. Cambridge: Cambridge University Press; 2008.
37. Emanuel EJ, Persad G, Upshur R, Thome B, Parker M, Glickman A *et al.* Fair allocation of scarce medical resources in the time of Covid-19. *N Engl J Med* [Internet]. 2020 [acesso 17 abr 2026];382(21):2049-55. DOI: 10.1056/NEJMs2005114
38. Sandel MJ. What money can't buy: the moral limits of markets. New York: Farrar, Straus and Giroux; 2012.
39. Garvey WT, Mechanick JL, Brett EM, Garber AJ, Hurley DL, Jastreboff AM *et al.* American Association of Clinical Endocrinologists and American College of Endocrinology comprehensive clinical practice guidelines for medical care of patients with obesity. *Endocr Pract* [Internet]. 2016 [acesso 2 abr 2026];22(supl 3):1-203. DOI: 10.4158/EP161365.GL
40. Hofmann B. Obesity as a socially defined disease: philosophical considerations and implications for policy and care. *Health Care Anal* [Internet]. 2016 [acesso 18 abr 2026];24(1):86-100. DOI: 10.1007/s10728-015-0291-1

Bruno Leandro Souza – Estudante de doutorado – bruno.souza@portalmedico.org.br

 0000-0002-1699-2986

Narriane Holanda – Doutora – narrichaves@gmail.com

 0000-0002-5724-8096

Caio Chaves de Holanda Limeira – Residente – presidencia@crmpb.org.br

 0000-0002-9365-6820

Heloísa Calegari Borges – Residente – presidencia@crmpb.org.br

 0000-0002-8026-262X

Correspondencia

Bruno Leandro Souza. Av. Dom Pedro II, 1335, Centro. CEP 58040-440. João Pessoa/PB, Brasil.

Contribución de los autores

Bruno Leandro Souza: conceptualización; metodología; redacción – borrador original; supervisión.

Caio Chaves de Holanda Limeira: investigación; redacción del borrador original.

Heloísa Calegari Borges: investigación; redacción del borrador original.

Narriane Holanda: conceptualización; investigación; redacción – revisión y edición.

Disponibilidad de los datos: Todos los datos utilizados o generados en la investigación se describen y presentan íntegramente en el cuerpo del artículo.

Editora responsable: Dilza Teresinha Ambrós Ribeiro

Recibido: 7.09.2025

Revisado: 13.5.2026

Aprobado: 2.6.2026