

Proyecto de comités de bioética en el primer nivel de atención en la Ciudad de México

Primary level of health care bioethics committees in Mexico City



Alan Irving Vicenteño León,* Carolina Consejo y Chapela**



RESUMEN

Los problemas éticos en la práctica cotidiana del primer nivel de atención (PNA) han sido insuficientemente explorados por la bioética. Aunque de forma general impera un consenso teórico que reconoce la necesidad de dicha reflexión, no se ha determinado cómo ponerla en práctica, ocasionando una ausencia de medios de soporte ético y falta de reconocimiento de conflictos tanto por profesionales de atención a la salud como de usuarios en dicho nivel, lo que genera que se resuelvan de forma intuitiva según las capacidades personales. Algunos países, entre ellos España, Chile y Noruega, han establecido comités de bioética exclusivos del PNA y la práctica comunitaria. México cuenta con comités de bioética en los tres niveles de administración pública, no obstante, los comités en el PNA representan menos de 5 % del total y los que existen parten de un enfoque hospitalario-asistencial. Este trabajo presenta el proyecto “Comités de Bioética en el Primer Nivel de Atención” (CBPNA), desarrollado por la Comisión de Bioética de la Ciudad de México con el fin de impulsar comités de soporte ético que puedan integrar las particularidades del PNA al análisis bioético y se puedan añadir al ámbito local de la infraestructura institucional. Los CBPNA parten del enfoque de la atención primaria de la salud para integrar en la reflexión aspectos de ética clínica, de la salud pública y organizacional con el fin de construir una red local con los Comités Hospitalarios de Bioética y Comités de Ética en Investigación correspondientes y promover una cultura bioética de ciudadanía activa en la toma de decisiones en materia de salud.

Palabras clave

Atención primaria de la salud, comité de bioética, primer nivel de atención

Recibido: 06 de agosto de 2024
Aceptado: 20 de noviembre de 2024
Publicado: 13 de diciembre de 2024

* Universidad Nacional Autónoma de México, Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud, Doctorado en Bioética, Ciudad de México, México. <https://orcid.org/0000-0002-7217-796X>. Correo electrónico difropal@gmail.com.

** Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina, Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina, Ciudad de México, México. <https://orcid.org/0000-0001-5155-1679>. Correo electrónico caronline99@hotmail.com. Autora de correspondencia.

DOI: <https://doi.org/10.22201/pub.bioeticaunam.2024.1.18> Licencia CC BY-NC-ND

ABSTRACT

Ethical issues in primary care (PC) have been largely overlooked by bioethics. While there's a general theoretical consensus on the need for such reflection, practical implementation remains elusive. This gap leads to a lack of ethical support and recognition of conflicts among both healthcare professionals and users at this level, often resulting in intuitive, ad-hoc solutions. Few countries, like Spain, Chile, and Norway, have established dedicated bioethics committees for PC and community practice. In Mexico, while bioethics committees exist at all three levels of public administration, those at the PC level represent less than 5 % of the total and often adopt a clinical-hospital approach. This paper presents the "Primary Level of Health Care Bioethics Committees" (PLHBC) project, initiated by the Bioethics Commission of Mexico City. The goal is to promote ethical support committees that can integrate the unique characteristics of PC into bioethical analyses and be incorporated into the local institutional infrastructure. PLHBC are based on the primary health care (PHC) approach to integrate clinical, public health, and organizational ethics into reflection. They aim to build a local network with Hospital Bioethics Committees and Research Ethics Committees to foster a bioethical culture of active citizenship in health-related decision-making.

Keywords

bioethics committees, primary level of health care, primary health care

INTRODUCCIÓN

BIOÉTICA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

A partir de la Declaración de Alma-Ata (Organización Mundial de la Salud 1978) en 1978 se expandió el concepto de atención primaria de la salud (APS). A pesar de ello y debido a que no se desarrolló una definición universal y uniforme aceptada, han surgido interpretaciones y redefiniciones que confunden su uso teórico y alcances prácticos (Muldoon, Hogg y Levitt 2006). Vuöri (1984) refiere al menos cuatro abordajes aún vigentes que se dan al concepto APS: como un conjunto de actividades, como una estrategia para la atención a la salud, como una filosofía y como un nivel de asistencia. Tanto en la literatura biomédica como en la bioética, la confusión más común del concepto APS ha surgido cuando se ha interpretado como un nivel de asistencia y se ha convertido en sinónimo del primer nivel de atención (PNA).¹ Por lo tanto, no es de extrañar que en países como México, la ambigüedad teórica e intercambio sinonímico de ambas categorías se traduzca erróneamente en una práctica de la APS limitada a actividades preventivas (Molina Leza et al. 2021).

En 2018, para conmemorar los cuarenta años de la Declaración de Alma-Ata, la Declaración de Astaná reafirmó la importancia de la APS para alcanzar la cobertura universal en salud y las metas de la Agen-

¹En inglés ocurre algo similar con los términos *Primary Care* y *Primary Health Care*. Tomando como ejemplo el contexto canadiense, el primero es equiparable a *Family doctor-type*, que corresponde a la categoría PNA, mientras que *Primary Health Care* alude a la estrategia APS (Muldoon, Hogg y Levitt 2006).

da 2030 para el Desarrollo Sostenible. Asimismo, propuso un concepto de APS adaptado a las nuevas circunstancias de la época, de forma que la APS se entiende como una estrategia de atención que persigue asegurar el máximo nivel posible de salud y bienestar mediante una distribución equitativa de servicios que cubran las necesidades y preferencias de individuos, familias y comunidades en todo el continuo de atención a la salud, desde la promoción hasta la curación, rehabilitación o cuidados paliativos, en un ambiente cercano a la población y que involucre a todos los sectores de la sociedad (WHO y Unicef, 2018). Como puede notarse, por definición, la APS involucra todos los niveles de atención a la salud² y no solo al PNA.³ Motivo por el cual Muldoon, Hogg y Levitt (2006) resaltan la necesidad de eliminar el uso intercambiable de términos y diferenciar explícitamente entre APS y PNA.

La estrategia APS se distingue por virar el abordaje biomédico de atención centrada en el paciente a uno holista y biopsicosocial centrado en la persona, para lo cual es necesario incorporar particularidades culturales, históricas y ecocomunitarias. Para ello, las características de la APS es que sea: integral, integrada, continua y permanente, activa, accesible, interdisciplinaria, comunitaria y participativa, programada y evaluable, docente e investigadora (Vignolo et al. 2011). Por otro lado, el PNA es el contacto más cercano con la población en el cual se pueden resolver hasta 85 % de las necesidades y problemas de salud básicos y más frecuentes,⁴ motivo por el cual se considera el pilar de la estrategia APS para adaptarse a las características, actividades y necesidades de la comunidad en la

que se implementa. Sin embargo, debe recordarse que es necesario un engranaje óptimo con el resto de los niveles de atención, de forma que los hospitales han de considerarse como parte indispensable de la atención a la salud, no como “enemigos” de la estrategia APS (WHO y Unicef 2018).

La desvinculación errónea entre APS y los hospitales ha sido consecuencia de una visión hospitalocéntrica de la medicina moderna que, desde la década de 1950, promovió los hospitales como medios de ordenamiento social y disciplinario consecuentes con un paradigma anatomopatológico que desligó, ilusoriamente, a los pacientes de su realidad social (Ávila Curiel 2023). De esta forma se promovió que en los hospitales reside el verdadero conocimiento biomédico en el cual se atiende en un ambiente estéril a un paciente extraído y separado de su comunidad y vínculos sociales. En ese sentido, la APS no minimiza la importancia de los hospitales en la atención sanitaria, pero sí reorienta el sistema de salud para reconocer la importancia y roles de los diferentes niveles de atención para optimizar recursos y alcanzar la cobertura universal (WHO y Unicef 2018).

Expuesta la diferencia entre APS y PNA, corresponde hablar de su relación con la bioética. El desarrollo de la bioética como disciplina académica se ha asociado a múltiples eventos derivados del impacto de las tecnologías médicas sobre el ser humano, por lo que, desde su institucionalización y expansión en la década de 1970, su popularidad se orientó, casi exclusivamente, a analizar la aplicación del desarrollo tecnocientífico en hospitales de segundo y

² Vignolo et al. (2011) refieren que los niveles de atención a la salud corresponden a una organización de los recursos para satisfacer las necesidades de una población. Comúnmente se consideran tres estratos de acuerdo con los problemas resueltos y los servicios prestados: el primero conformado por unidades de “baja complejidad” tecnológica que realizan actividades de atención de la enfermedad, promoción de la salud y prevención; el segundo por hospitales generales; y, el tercero por hospitales de alta especialidad. Adicionalmente existen consideraciones en torno a un cuarto nivel de atención que podría corresponder a la prestación de servicios extensivos del tercer nivel aplicados a usuarios/pacientes que requieren aún mayor especialización.

³ México cuenta con un Sistema de Salud mixto: público y privado. El sector público se divide en seguridad social, protección social y programas focalizados. La seguridad social cubre los servicios de atención a la salud de las personas trabajadoras asalariadas, sus familiares y personas jubiladas, mientras que la protección social brinda atención a la población que no cuenta con seguridad social. Cada subsistema de salud cuenta con sus propias unidades en los tres niveles de atención. El primer nivel incluye Unidades/Clínicas de Medicina Familiar (seguridad social), Centros de Salud (protección social), Centros de Atención Médica de Programas Focalizados (protección social), Clínicas Especializadas (protección social y privadas), consultorios privados, de asociaciones civiles y atención comunitaria; cada modelo con características particulares en la incorporación de diferentes actividades del PNA.

⁴ El segundo nivel resuelve aproximadamente 10% y el tercer nivel el restante 5%.

tercer nivel de atención (Did Núñez 2000; Slowther 2009; Sorokin, Actis y Outomuro 2016). De forma que los conflictos bioéticos comúnmente se vinculan sólo con la toma de decisiones clínicas *rápidas/extraordinarias* en escenarios apremiantes y urgentes.

En este sentido, la primera asociación que se tiene al referir el concepto “bioética” suele restringirse a situaciones cánones como la limitación del esfuerzo terapéutico, sedación paliativa, trasplante y donación de órganos, entre otros problemas que la reducen a una práctica clínica-hospitalaria que se ha encauzado al estudio de nociones y categorías individuales como responsabilidad, autonomía o autodeterminación en el ámbito de la salud. No obstante, autores como Gracia (2001), Braunack Mayer (2007) y Moon, Hughes y Sugarman (2008) enfatizan la importancia de incluir el abordaje bioético de los problemas en el PNA, los cuales, a pesar de ser frecuentes, por el número de servicios prestados, suelen pasar desapercibidos porque no se consideran de consecuencias graves comparados con servicios como, por ejemplo, una unidad de cuidados intensivos (Clark-Grill 2016).

Solari y Escobar-Koch (2010) y Papanikitas et al. (2011) destacan que la bioética no ha sido explorada lo suficiente en el PNA, mientras que Muñoz Alonso (2014) refiere que la falta de enlace entre bioética y PNA ha impedido reconocer la existencia de problemas (bio)éticos en la práctica cotidiana, lo que ha llevado a abordarlos de forma instintiva según las capacidades y herramientas personales. Por otro lado, Gracia (2001) plantea que el PNA funciona a un ritmo y con una mentalidad propia que merecen un abordaje bioético específico, por lo que propone que, así como se distingue entre niveles de asistencia sanitaria, podría ser pertinente discernir entre niveles de bioética clínica.⁵

De acuerdo con Did Núñez (2000), Gracia (2001) y Altisent (2006), entre las características propias del PNA destacan la continuidad en la atención a lo

largo de la historia de vida de los usuarios; la perspectiva global de las circunstancias familiares y socioculturales de la población blanco; la intersectorialidad; la orientación familiar; la atención integral; la importancia del carácter preventivo y educador de la comunidad; modificación de estilos de vida; manejo del paciente difícil, etcétera. Así, la medicina del PNA maneja tanto cuestiones clínicas distintas a los otros niveles como también un mundo de valores morales de mayor amplitud y complejidad: determinantes sociales, culturales, ambientales, entre otros (Ramos R. de Viesca y Viesca Treviño 2020).

Por lo tanto, los conflictos éticos en el PNA son el resultado de una interacción bio-psico-social compleja y continua entre prestadores de servicio-usuarios y equipo de salud-comunidad (Solari y Escobar-Koch 2010). De forma que, como señala Braunack Mayer (2007), los retos (bio)éticos del PNA no pueden definirse como la suma de los desafíos que enfrentan individualmente los usuarios y profesionales, sino que resultan de la relación de los intereses y valores de los individuos, la familia, el equipo médico, la comunidad y el Estado. Como ejemplos podemos referir los juicios de valor sobre los hábitos alimenticios o las conductas de riesgo en la medicina preventiva, los criterios de bienestar y el acompañamiento de cuidados paliativos, entre otros, los cuales han dado pauta a la culpabilización moral de individuos y comunidades por su estado de salud.

En el PNA, el papel de la comunidad es esencial, pero el balance entre las responsabilidades individuales y sociales puede ser difícil de abordar. Braunack Mayer (2007) refiere que, para entender el efecto de la participación comunitaria en el binomio salud-enfermedad, es preciso interpretar al individuo dentro de sus circunstancias, pues, por ejemplo, aquellos que estén en menor capacidad de controlar su estilo de vida están en mayor desventaja aun frente a cambios estructurales. Conceptos específicos como equidad, justicia y solidaridad son

⁵ Gracia (2001) define el concepto “bioética clínica” como la aplicación de la bioética al campo general de la clínica humana.

mayoritariamente importantes en el PNA, pero, así como la estrategia APS remarca la importancia de la integración de todos los niveles de atención a la

salud, la reflexión bioética no debe descuidar el vaivén entre lo individual y lo colectivo durante el análisis de los problemas.

INSTITUCIONALIDAD BIOÉTICA EN MÉXICO

Paralelo al desarrollo teórico en bioética, su aplicación en la práctica biomédica se tradujo en la creación de comités reconocidos como los medios formales para abordar sistemáticamente problemas éticos surgidos en las ciencias de la salud, las ciencias biológicas y las políticas de salud (Unesco 2005). Cada Estado es libre de establecerlos en los diferentes niveles de administración pública dependiendo de sus necesidades, capacidades y objetivos (Unesco 2005). México cuenta con comités de bioética en los tres niveles de gobierno, la figura 1 muestra su distribución.

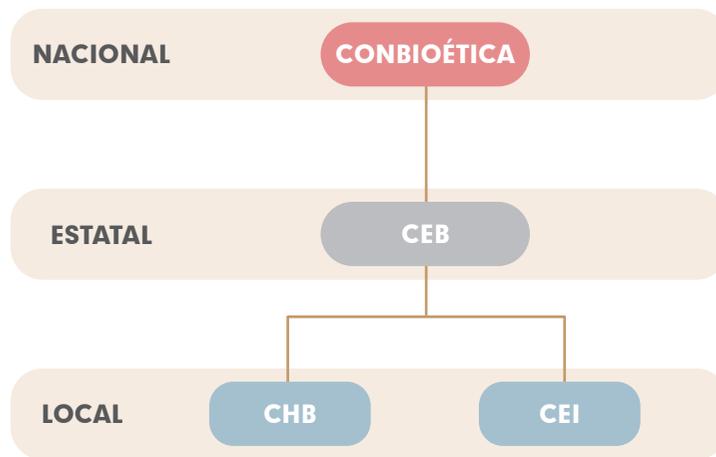


Figura 1. Institucionalidad de los Comités de Bioética en México de acuerdo con el nivel de acción de la administración pública. Elaboración propia.

La Comisión Nacional de Bioética (Conbioética) es el órgano desconcentrado y autónomo que tiene como principal objetivo promover la cultura bioética en el país, a través del análisis, deliberación y discusión multidisciplinaria y multisectorial de temas relacionados con la salud humana, incluida la atención, la investigación y la docencia en salud (DOF 07/09/2005). Para poder alcanzar dicho objetivo, desde la década de los 2000, la Conbioética impulsó la creación obligatoria de Comisiones Estatales de Bioética (CEB) a manera de enlace entre los tres niveles institucionales, tomando en consideración las especificidades históricas, sociales, económicas, culturales y ambientales que intervienen en la promoción y mantenimiento de la salud individual y colectiva de cada estado de la República (Pineda Hernández 2024).

Respecto al nivel local, a partir de la publicación del decreto por el que se adicionó el artículo 41 Bis y se reformó el artículo 98 de la Ley General de Salud, publicados en el *Diario Oficial de la Federación* el 14 de diciembre de 2011, se ordenó la creación obligatoria de Comités Hospitalarios de Bioética (CHB) en toda institución de salud pública, social y privada del Sistema Nacional de Salud para apoyar el análisis de conflictos bioéticos en la atención y docencia en salud; y de Comités de Ética en Investigación (CEI) en toda institución para la salud que realice investigación en seres humanos.

De acuerdo con Ruiz de Chávez y del Valle Muñoz (2013), los CHB y CEI tienen como propósito general asegurar que se alcance una atención a la salud efectiva y de calidad a partir del trinomio

ética-técnica-ciencia por medio de la bioética. Por ello, la Conbioética impulsó la integración y registro de los CHB y CEI desde el año 2013, y publicó las Guías Nacionales de Integración y Funcionamiento de ambos comités. Como resultado, de 2013 a mayo de 2024, hay 1 340 CHB (Conbioética 2024a) y 476 CEI (Conbioética 2024b) registrados en todo el país.

A pesar de que la Ley General de Salud (DOF 03/01/2024), el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica (DOF 17/07/2018) y la Guía Nacional para la Integración y Funcionamiento de los CHB (Conbioética 2015) no los limita a funcionar en el segundo y tercer nivel de atención, con los datos expuestos en la página de la Conbioética se infiere que, del total de CHB, un máximo de 4.77 % (64) corresponde al PNA.

Como refiere Garza Ramos (2024), la escasez de comités de bioética en el PNA puede ser una

consecuencia de la primera etapa de la Conbioética, la cual partió de una perspectiva clínica por su origen en la Secretaría de Salud, específicamente hospitalaria-terapéutica, por lo que la creación de los CHB respondió a la necesidad de analizar los conflictos derivados de la aplicación del desarrollo tecnológico en la atención médica hospitalaria (Brena Sesma 2024).

No obstante, considerando que relegar la bioética a los hospitales no sólo impide al PNA el desarrollo teórico sino también el práctico, la Comisión de Bioética de la Ciudad de México, con apoyo de la Secretaría de Salud y los Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México implementó el proyecto de Comités de Bioética en el Primer Nivel de Atención (CBPNA), los cuales tienen el reto de abordar las problemáticas morales en dicho nivel a la luz de valores y principios éticos desde una perspectiva laica y plural. La intención es insertar los CBPNA en la institucionalidad bioética local a largo plazo (ver fig. 2A).

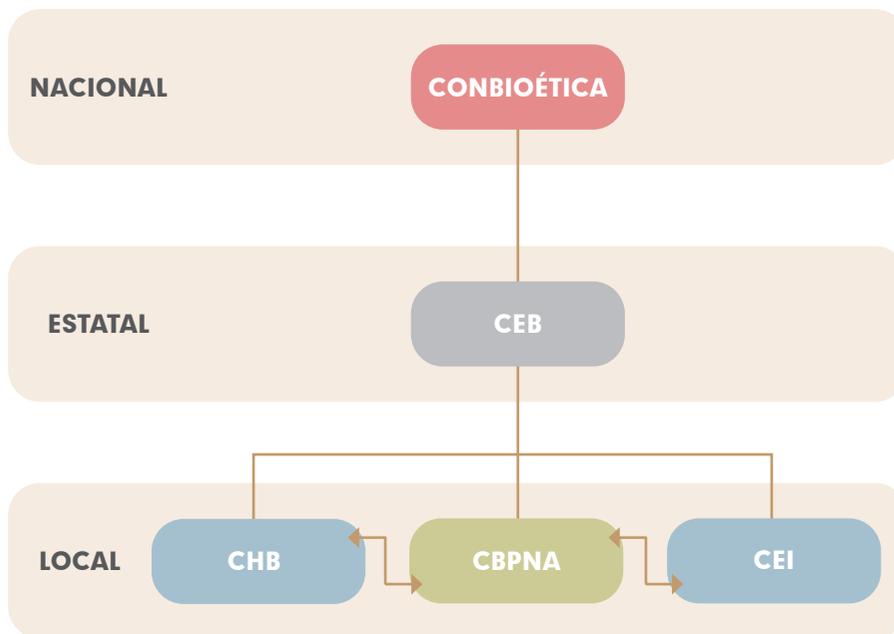


Figura 2A.

(A) Los CBPNA se podrían integrar a la infraestructura en bioética y fortalecer la red institucional local, a través del engrane con los CHB y CEI correspondientes. (B) En adición, si los CBPNA quieren transitar de un análisis bioético meramente clínico a uno institucional y social, es necesario que incorporen aspectos de ética de la salud pública y organizacional. Elaboración propia.

COMITÉS DE BIOÉTICA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN LA CIUDAD DE MÉXICO

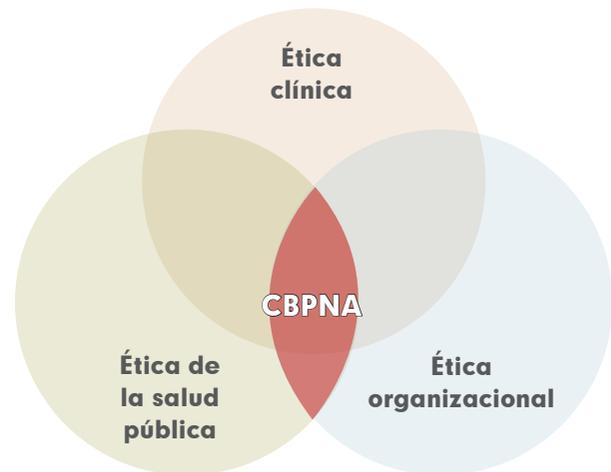
Figura 2B.

En la Ciudad de México se enlistan 158 CHB, de los cuales sólo seis (3.7 %) se asocian al PNA (Conbioética 2024a). Aunque no hay datos estimados sobre la prevalencia de conflictos éticos en el PNA (Moon, Hughes y Sugarman 2008), si consideramos que dicho nivel es la puerta de entrada al sistema de salud de una población, el cual resuelve hasta 85 % de las necesidades sanitarias, sería factible decir que los problemas son frecuentes.

En la literatura podemos encontrar posturas que resaltan la exigencia de intervenciones de soporte bioético propio en el PNA y la práctica comunitaria (Slowther 2007). Autores como León, Araya y Niveló (2010) demandan la necesidad de contar con comités de ética propios del PNA que pudieran abordar los conflictos morales generados en esta “puerta de entrada” al sistema de atención en salud, realizar protocolos de intervención acordes con las necesidades institucionales desde una lente bioética, promover la docencia en el área y ser un nexo con los comités hospitalarios.

En dicho contexto, la propuesta de crear los CBPNA no sólo implica tomar distancia del pensamiento biomédico y bioético hospitalocéntrico, sino también determinar las particularidades que los CBPNA deberían integrar en su práctica y el modelo de engranaje con los CHB y CEI a través de la estrategia APS. De forma que, como propone León Correa (2008, 2009), para que los CBPNA puedan expandir el ámbito de la bioética de la clínica a la esfera institucional y social, es necesario que incorporen aspectos éticos organizacionales y de salud pública (fig. 2B).

Por otro lado, existen planteamientos que refieren que no es posible concluir si deben existir comités específicos del PNA diferentes de los hospitalarios, pues estos podrían abordar también los conflictos del PNA (Muñoz Alonso 2018). Aunado a esto, otro argumento en contra de crear un nuevo tipo de comité diferente



al CHB en nuestro medio podría ser, como postula Cerón Sánchez (2022), que la existencia de múltiples estructuras fragmenta el proceso de atención, lo complejiza y puede hacerlo ver como meramente burocrático, además de que en la conciencia colectiva las instituciones de salud han perdido credibilidad. Sin embargo, como sugieren Ruiz de Chávez y del Valle Muñoz (2011), si la idea de institucionalizar la bioética es insertar en el imaginario social y en la práctica cotidiana la reflexión, entonces, integrar CBPNA podría despertar en los trabajadores y usuarios el reconocimiento de conflictos morales en dicho nivel. En adición, la institucionalización también promovería la responsabilidad del Estado para fomentar la cultura bioética a través de estructuras formales, estables y con un proyecto de trabajo continuo.

Aplicado a la Ciudad de México, Benítez Valladares (2022) realizó una revisión sistemática de la literatura en la que identificó la necesidad y la posibilidad teórica de desarrollar comités institucionales que pudieran apoyar a trabajadores y usuarios en el abordaje de problemas éticos propios del PNA. Como resultado se crearon nueve CBPNA. El proyecto inició a finales de 2019, pero, debido a la pandemia por COVID-19, estuvo detenido en 2020 hasta reestablecerse en 2021, cuando se volvió a trabajar con el personal de PNA. Originalmente sólo se consideró la creación de seis CBPNA en las siguientes alcaldías de la Ciudad de México: Cuauhtémoc, Gustavo A. Ma-

dero, Iztapalapa, Miguel Hidalgo, Tlalpan y Venustiano Carranza, con quienes se realizaron sesiones informativas y capacitación a partir del 2022. En 2023 se detuvo el proyecto por la transición de los servicios Sedesa-IMSS Bienestar en la ciudad, pero se restableció la interacción a final del año. Se trabajó con ellos la creación de un plan de trabajo y el desarrollo de actividades de capacitación para el personal de las jurisdicciones. En 2024, Magdalena Contreras, Tláhuac y Xochimilco se sumaron por iniciativa propia al proyecto. El 01 de agosto de 2024, los nueve CBPNA fueron registrados por la Secretaría de Salud de la Ciudad de México (Secretaría de Salud de la Ciudad de México 2024). En esta fase del proyecto los CBPNA sólo interactúan con instituciones de protección social (centros de salud), pero será crucial considerar cómo se conectarán con el resto de las unidades del PNA en la Ciudad.

Un aspecto importante del proyecto es que los CBPNA no son una imposición hacia las jurisdicciones sanitarias, sino una construcción comparti-

da con los servidores públicos del PNA a partir de las necesidades teóricas y prácticas que enfrentan en su trabajo diario. Las alcaldías participantes se han sumado por convicción a la propuesta de que los comités puedan apoyar a trabajadores y usuarios del PNA. Están pendientes las visitas a cuatro alcaldías interesadas en conocer el proyecto: Benito Juárez, Cuajimalpa, Iztacalco y Milpa Alta.

Siguiendo las pautas de la Guía 1 de la Unesco (2005), el artículo 19 de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (Unesco 2006) y la Guía Nacional de Integración y Funcionamiento de los CHB (Conbioética 2015), los CBPNA persiguen las funciones de asesoría/consulta de casos, orientación y educación; y fueron conformados con base en las recomendaciones de ambas guías: estar integrados por al menos seis personas de diferentes disciplinas, procurar equilibrio de género e intergeneracional e incluir al menos a un representante de los usuarios. La tabla 1 describe las características de integración de los CBPNA.

Tabla 1. Características de los integrantes de los CBPNA

CBPNA	Integrantes	Género	Edad	Profesión
Cuauhtémoc	Siete	Mujeres = 4 Hombres = 3	31-40 años = 1 41-50 años = 3 51-60 años = 2 ≥61 años = 1	2 médicos 1 enfermera 1 trabajadora social 1 psicólogo 1 abogado 1 representante de los usuarios con escolaridad bachillerato
Gustavo A. Madero	Nueve	Mujeres = 5 Hombres = 4	31-40 años = 2 41-50 años = 6 51-60 años = 1	3 médicos 1 enfermera 1 trabajadora social 2 psicólogos 1 abogada 1 representante de los usuarios con escolaridad preparatoria
Iztapalapa	Siete	Mujeres = 5 Hombres = 2	31-40 años = 1 41-50 años = 3 51-60 años = 2 ≥61 años = 1	3 médicos 2 enfermeros 1 trabajadora social 1 psicóloga (representante de los usuarios)

Tabla 1. Características de los integrantes de los CBPNA

CBPNA	Integrantes	Género	Edad	Profesión
Magdalena Contreras	Nueve	Mujeres = 6 Hombres = 3	≤30 años = 1 31-40 años = 3 41-50 años = 3 51-60 años = 1 ≥61 años = 1	3 médicos 1 enfermera 1 trabajadora social 1 psicóloga 1 dentista 1 abogada 1 licenciada en administración (representante de los usuarios)
Miguel Hidalgo	Doce	Mujeres = 8 Hombres = 4	31-40 años = 5 41-50 años = 3 51-60 años = 1 ≥61 años = 3	6 médicos 1 trabajadora social 2 psicólogos 2 dentistas 1 carrera técnica industrial (representante de los usuarios)
Tláhuac	Seis	Mujeres = 5 Hombres = 1	31-40 años = 2 41-50 años = 3 51-60 años = 1	5 médicos 1 psicóloga (representante de los usuarios)
Tlalpan	Seis	Mujeres = 3 Hombres = 3	≤30 años = 1 41-50 años = 3 51-60 años = 2	1 médico 1 enfermera 1 trabajadora social 1 promotor de la salud 1 psicóloga 1 representante de los usuarios con escolaridad preparatoria
Venustiano Carranza	Once	Mujeres = 8 Hombres = 3	31-40 años = 5 41-50 años = 5 51-60 años = 1	5 médicos 1 abogada 2 psicólogos 1 dentista 1 ingeniera 1 representante de los usuarios con escolaridad preparatoria
Xochimilco	Catorce	Mujeres = 11 Hombres = 3	≤30 años = 1 31-40 años = 6 41-50 años = 2 51-60 años = 4 ≥61 años = 1	5 médicos 2 enfermeras 1 trabajadora social 3 abogados 1 dentista 1 comunicóloga 1 representante de los usuarios con escolaridad secundaria

Para la conformación se convocó a trabajadores del PNA en las jurisdicciones sanitarias seleccionadas y se expuso el proyecto a los interesados; se aclararon dudas en torno a la organización y funciones de los comités. La tabla 2 muestra los principales motivos expresados para querer pertenecer a los CBPNA.

Por su origen y desarrollo, los CHB suelen considerarse como órganos cuya función primordial es la consulta de casos con un conflicto ético, sin embargo, en el PNA se ha cuestionado la centralidad de dicha actividad. Perinchery-Herman (2021) reconoce que importar el modelo consultivo de los comités hospitalarios al PNA puede ser infructífero y casi imposible si no se adapta a las condiciones en que los trabajadores y usuarios se desenvuelven. En el estudio de Clark-Grill (2016) los profesionales del PNA reconocieron la necesidad de contar con soporte ético, pero, debido al escaso tiempo entre las consultas y actividades que realizan diariamente, consideraron inviable acudir con un órgano colegiado para asesoría.

Hasta el momento, dos de los CBPNA ya han recibido consultas de casos de problemas ético-clínicos y organizacionales, por lo que se realizó una sesión a la que asistieron todos los integrantes de los comités para hablar sobre posibles metodologías para la deliberación en bioética, tomando como base las guías de la Unesco y la Conbioética. En dicha capacitación también se expuso que esta función de los CBPNA tiene que considerar posibles consultas éticas de salud pública.

La función educativa inició con los integrantes de los CBPNA, directivos y tra-

<p>Tabla 2. Principales motivos de las personas interesadas para formar parte de los CBPNA</p>	<p>Promover una atención médica de calidad y con respeto a los derechos y dignidad humanas.</p>
	<p>Participar en el análisis y solución de problemas bioéticos generados durante los procesos de atención médica.</p>
	<p>Coadyuvar en las unidades para fortalecer una cultura ética entre los servidores públicos.</p>
	<p>Concientizar a las personas sobre la importancia de la laicidad, la interculturalidad y la pluralidad en la toma de decisiones asociadas con la salud.</p>
	<p>Desarrollar acciones para que se respeten las decisiones de los usuarios sobre su atención a la salud, principalmente población vulnerable o al final de la vida.</p>
	<p>Promover acciones de difusión para que el personal conozca y respete los principios bioéticos en los procesos de atención médica.</p>

bajadores de los Servicios de Salud Pública de las alcaldías participantes. La capacitación inicial se dividió en dos ámbitos: un curso de seis semanas de duración sobre bioética aplicada al PNA, mediante el cual se ha capacitado a 16 participantes, y el Diplomado en Ética de la Salud de la Ciudad de México, con duración de 10 meses, que contiene tres unidades específicas de reflexión centrada en el PNA, que ya ha capacitado a 23 personas y cuenta con 40 miembros inscritos en la actual generación, ambos organizados por la Comisión de Bioética de la Ciudad de México con la intención de que los temas sean aplicables y reproducibles en el trabajo de los comités. El objetivo es que los CBPNA se cimienten desde un marco teórico enfocado en el PNA y la estrategia APS, pues, como refiere

Clark-Grill (2016), aunque algunos profesionales han tenido educación bioética en pregrado o posgrado, usualmente se limitan a la atención hospitalaria.

Por último, la función orientadora brinda a los CBPNA la capacidad de elaborar guías, protocolos o instrumentos que promuevan una cultura bioética institucional y social, que, junto con la función educativa, incite a un debate plural del papel de la ética en sociedades democráticas (León Correa 2008). Considerando que una de las dificultades prácticas que pueden enfrentar los CBPNA es la dispersión geográfica de la población que atienden y los servicios que ofrecen los establecimientos del PNA (Slowther, 2009), cada CBPNA trabaja en identificar cómo coordinarse con los diferentes Centros de Salud y con la Jurisdicción Sanitaria de la alcaldía (próximo Distrito de Salud); así como identificar cómo interactuar con los personajes clave que son el vínculo con los trabajadores de salud, los usuarios y la comunidad.

Para que un comité sintonice con los problemas de mayor relevancia entre la población, es necesario estudiar los aspectos más prevalentes y que plantean mayor dificultad en la toma de decisiones (Altisent, Fernández-Letamendi y Delgado-Marroquín 2019). Por lo tanto, el programa de trabajo inicial de cada CBPNA partió de las necesidades en bioética que percibían prioritarias en su jurisdicción. La tabla 3 muestra los temas de interés de los CBPNA, los

<p>Tabla 3. Temas prioritarios para los CBPNA</p>	Interrupción del embarazo
	Embarazo adolescente
	Interculturalidad
	Medicina tradicional, complementaria y alternativa
	Ética del profesional de atención a la salud
	Ética de los servidores públicos
	Rechazo al tratamiento en pacientes con enfermedades crónicas
	Ética de la promoción de la salud
	Atención a población en marginación social

cuales coincidieron con ejemplos reportados en la literatura: confidencialidad, relación profesional con colegas, burocratización de la atención, adherencia y rechazo a los tratamientos, distribución de recursos y acceso a los servicios de atención a la salud (Slowther 2009; Clark-Grill 2016).

El siguiente movimiento es consolidar los CBPNA mediante la capacitación total de los miembros, la promoción de réplicas de la información en los Centros de Salud tanto para trabajadores como para usuarios; la difusión de los comités; la integración y promoción de su posición dentro de la institución; y el paso clave para anclarlos en la infraestructura bioética de la ciudad es determinar cómo se relacionarán con el resto de las instituciones de seguridad social y privadas del PNA, con los CHB y CEI locales y con los servicios de salud pública.

PROSPECTIVA DE LA INSTITUCIONALIDAD BIOÉTICA EN LA CIUDAD DE MÉXICO

La creación de comités de bioética en los hospitales ha llegado a ser obligatorio por ley o al menos son una recomendación gubernamental en diversos países del mundo. México no es la excepción, sin embargo, no se ha dado el mismo ímpetu para de-

sarrollar soporte ético en el PNA (Slowther 2009; Doyal, Doyal y Sokol 2009).

Aún persiste la idea de que los conflictos éticos del PNA son cuestiones *ordinarias* que no necesitan atención prioritaria en comparación con la atención mediática que llegan a captar los dilemas hospitalarios relacionados con decisiones *de vida o muerte* (Slowther 2009). No obstante, autores como Papanikitas y Toon (2011) refieren que el impacto acumulado de los problemas éticos en el PNA podría ser mayor que en los niveles superiores porque son más frecuentes.

Por otro lado, aunque teóricamente se reconoce la necesidad de implementar el análisis bioético en las actividades del PNA (Benítez 2022), todavía no se dilucida cómo es que puede o debe hacerse. Las dos posturas dominantes exponen en primer lugar que las particularidades del PNA ameritan el desarrollo teórico y práctico de una bioética *sui generis* y en segundo, que el PNA puede importar los medios hospitalarios de soporte ético (Perinchery-Herman 2021). Trabajos como el de Perinchery-Herman (2021) han concluido que las particularidades del PNA frente al ambiente hospitalario merecen consideración especial, pero que los medios de soporte ético pueden adaptarse a tales circunstancias.

En la literatura podemos encontrar ejemplos de comités de bioética exclusivos del PNA y la atención comunitaria. En Chile, Nadal Agost y Campillay Campillay (2024) refieren que 13 % de los 135 Comités de Ética Asistencial (CEA) del país pertenecen al PNA, a pesar de que la legislación no los considera obligatorios en dicho nivel. Entre ellos podemos encontrar la experiencia del Comité de Ética en Atención Primaria de Rancagua, integrado en 2015 en la región de O'Higgins (Nadal Agost 2021, 8), el cual recibió 70 consultas y realizó 36 dictámenes de cuestiones bioéticas durante siete años de trabajo donde los principales temas de consulta involucraron aspectos de autonomía de los pacientes/usuarios y confidencialidad (Nadal Agost y Campillay Campillay 2024).

En España, similar al panorama mexicano, en la regulación de los comités en las comunidades autónomas de Cataluña (1993), País Vasco (1995), Galicia (2000) y Navarra (2001) no se delimitó la creación exclusiva de comités en hospitales, abriendo la posibilidad de establecerlos en gerencias de atención primaria. Para 1997 se creó el Comité Asesor de Bioética de Atención Primaria en Zaragoza que funcionó por dos años (Instituto de Bioética 2024), (Altisent Trota y Martín Espíldora 2001). A finales de la década de 1990 también se creó el Comité de Bioética de Atención Primaria de la Fundación Cristo Vive en Chile (Fundación Cristo Vive 2024), con el objetivo de desarrollar un abordaje institucional centrado en los conflictos en el PNA mediante consultoría, orientación de políticas institucionales y educación en bioética (Solari y Escobar-Koch 2010). Un aspecto importante sobre dicho comité es que ejemplifica cómo la influencia religiosa en el origen de la bioética (López Baroni 2016) también estuvo presente en el surgimiento de los comités del PNA; ante lo cual es imperante referir que los CBPNA en la Ciudad de México deben promover una visión bioética laica en las instituciones públicas.

Tanto la experiencia española como la chilena podrían representar los primeros comités de bioética del PNA en el mundo, pero no hay más información de su trabajo o destino (Instituto de Bioética 2024). Por otro lado, Noruega implementó entre 2007 y 2015 el Proyecto de Ética, durante el cual se integraron sistemáticamente Comités de Soporte Ético en instituciones de salud comunitaria en 241 de los 248 municipios del país (Magelssen et al. 2018). La experiencia concluyó con un relativo suceso de los comités en las actividades de los profesionales, pues la mayoría de los participantes respondió que mejoraron el abordaje de conflictos éticos y la calidad de los servicios; además, se expuso la sostenibilidad de implementar comités a gran escala (Magelssen et al. 2018).

Siguiendo estas líneas de trabajo, los nueve CBPNA pioneros en la Ciudad de México, como medios de soporte ético para trabajadores y usuarios, buscan

incidir en el análisis bioético de los conflictos propios en dicho nivel y servir como medio institucional para integrar, a través de la estrategia APS, la difusión de una cultura bioética en la sociedad mexicana. Para lograr sus objetivos, los CBPNA deberán servir de engranaje entre los CHB, los CEI y las actividades comunitarias locales de atención y promoción de la salud, bajo la consigna de impulsar una ciudadanía activa desde la bioética para la toma de decisiones en materia de salud.

En este punto es importante destacar que la designación de los comités mexicanos CBPNA hace una distinción explícita entre APS y PNA, a diferencia de las experiencias de Chile y España, lo que busca posicionar particularidades en su configuración, propósitos y alcances frente a los Comités Hospitalarios. De igual manera, la denominación CBPNA *vs.* Comités de Ética Asistencial del PNA implica que la reflexión bioética no se termina en la asistencia sanitaria, sino que también considera posibles conflictos morales en actividades de promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la salud comunitaria y la medicina social, aspectos fundamentales del primer nivel. En dicho sentido, será trascendental reflexionar si a través de los CBPNA será posible atender y resolver problemas de bioética que quedan fuera de los alcances de los CHB en la Ciudad de México.

Con base en lo anterior, a diferencia de los CHB que se conciben como órganos cuya función emblema es la consulta de casos con conflictos morales, los CBPNA podrían vislumbrarse como medios primordiales para empoderar a las personas y comunidades a través de las funciones de orientación y educación. En el ámbito educativo, los CBPNA se centrarían en impulsar las capacidades básicas para que trabajadores de la salud, pacientes, usuarios y miembros de la comunidad identifiquen, reflexionen y deliberen sobre problemas bioéticos que atañen a la salud

personal y comunitaria local; es decir, promover la democracia y ciudadanía con enfoque en las necesidades de atención a la salud desde la educación en bioética (Carvajal y Haywer 2016; Cárdenas Cepero, Ribot Guzmán y Osorio Abad 2020).

Al respecto, Cortina (2005) refiere que los comités de bioética son medios óptimos para el ejercicio de una ciudadanía activa tanto de profesionales de atención a la salud como de usuarios y ciudadanos legos. No obstante, para que esto pueda lograrse es necesario capacitarse desde una bioética laica, plural y crítica que considere cuestiones ético-clínicas, de ética organizacional y de salud pública; cuestión que no es sencilla, pero sí indispensable. El CEA de O'Higgins es prueba de que se puede incorporar en el comité el abordaje de aspectos de ética clínica y organizacional (Nadal Agost y Campillay Campillay 2024).

Adicionalmente, otro reto para los CBPNA es definir cómo y en qué cantidad integrarán representantes de los servicios de atención a la salud, personas clave para garantizar un modelo deliberativo y dialógico horizontal que satisfaga las necesidades de todos los actores y que no ponga en riesgo el respeto a los Derechos Humanos de las minorías. En conjunto con la función educativa, y dentro de la función orientadora, los comités de bioética pueden ser medios para promover prácticas de gobernanza a través de la bioética de acuerdo con Montgomery (2016). Entonces, los CBPNA podrían facilitar un consenso de decisiones públicas encaminadas a mejorar la salud de la población en la que se insertan. Entendiendo la gobernanza como un modelo de gestión compartido entre el gobierno y las instituciones (Gómez Rojas et al. 2022), en este caso, los CBPNA. De esta forma, estos comités servirían como espacios de participación y reflexión ética para incidir sobre procesos individuales y colectivos de prácticas de atención a la salud.

CONCLUSIONES

Las experiencias de comités de bioética exclusivos del PNA alrededor del mundo son limitadas, a pesar de ello hay una anuencia teórica que insta a desarrollarlos. Aunque en México existen comités de bioética en los tres niveles de la administración pública, su desarrollo en el PNA ha sido insuficiente y bajo una lente asistencial hospitalocéntrica. Por este motivo, la Comisión de Bioética de la Ciudad de México creó nueve CBPNA con el propósito de que sean instalados en el nivel institucional local, a fin de que el Estado impulse y garantice la difusión de una cultura bioética. De forma aislada, la creación de los CBPNA puede interpretarse como réplica de los CHB que sólo burocratizan la atención en salud, pero es necesario entenderlos en conexión con los CHB, CEI y actividades comunitarias locales de salud pública, para impulsar en los trabajadores y usuarios una

ciudadanía activa que procure mejorar la atención en salud a través de la reflexión bioética. En dicho sentido, los CBPNA podrían ser espacios sensibles a la realidad contextual para analizar los problemas éticos desde un enfoque de APS; impulsar un mayor grado de autosuficiencia de las personas para la toma de decisiones en salud; promover una cultura bioética mediante la educación y el análisis de políticas públicas en contextos específicos (geográficos, sociales e históricos) y fungir como vías de gobernanza a través de la bioética. Sin embargo, para lograrlo, la Comisión de Bioética de la Ciudad de México deberá establecer los mecanismos de evaluación necesarios para justificar el valor de los CBPNA como medios de soporte ético para el beneficio de trabajadores, usuarios y la comunidad donde se insertan.

Agradecimientos:

Al Conahcyt por la beca de doctorado CVU 663746.

Conflicto de intereses:

Alan Irving Vicenteño León funge como Coordinador de Comités Hospitalarios de Bioética de la Comisión de Bioética de la Ciudad de México. El contenido expuesto es personal y no refleja necesariamente la postura de la Institución.

REFERENCIAS

- Abel, F. 2006. "Comités de ética asistencial". *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* 29 (3): 75-83.
- Altisent, R. 2006. "Bioética y atención primaria: una relación de mutuas aportaciones". *Archivos en Medicina Familiar* 8 (1): 63-73. Recuperado el 26 de noviembre 2024. <https://www.redalyc.org/pdf/507/50780203.pdf>
- Altisent, R., Teresa Fernández-Letamendi y María Teresa Delgado-Marroquín. 2019. "Una nueva vitalidad para el futuro de los Comités de Ética Asistencial". *Folia Humanista* (13): 19-33. <https://doi.org/10.30860/0057>
- Altisent, R. y M. N. Martín Espíldora. 2001. "Comités de Ética en Atención Primaria". *Atención Primaria* 28 (8): 550-553. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(01\)70446-5](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(01)70446-5)
- Ávila Curiel, A. 2023. *La construcción social del sistema nacional de salud en México*. Editorial Itaca.
- Benítez Valladares, D. 2022. "Analysis of theoretical bioethical arguments on the convenience of installing bioethics committees at the first level of care in Mexico City". Tesis para optar por el grado de Maestro en Bioética. Clarkson University/Icahn School of Medicine at Mount Sinai.
- Braunack Mayer, A. J. 2007. "The ethics of primary health care". En *Principles of health care ethics* editado por Ashcroft, R. E., Angus Dawson, Heather Draper y John McMillan. Wiley, 2da. ed. pp. 357-364.
- Brena Sesma, I. 2024. "Los aportes de la Bioética al Derecho en nuestro país". En *Perspectivas CONBIOÉTICA en su 30º Aniversario 1992-2022*, editado por Santillán Doherty, P. y Jiménez Piña, R. Secretaría de Salud-Comisión Nacional de Bioética. Recuperado el 26 de noviembre 2024. pp. 45-53 https://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/2024/libro_30_aniversario_CNB.pdf
- Cárdenas Cepero, Y. L., Eduardo Ribot Guzmán y Amparo Osorio Abad. 2020. "La educación bioética en la formación ciudadana: su fundamentación". *VARONA, Revista Científico-Methodológica* 70: 52-56. Recuperado el 26 de

- noviembre 2024. <http://scielo.sld.cu/pdf/vrcm/n70/1992-8238-vrcm-70-52.pdf>
- Carvajal, A. y Alexander Haywer. 2016. "Educación en bioética y la formación para la ciudadanía". *Praxis & Saber* 7 (13): 223-237. Recuperado el 26 de noviembre 2024. <https://www.redalyc.org/journal/4772/477248173010/477248173010.pdf>
- Cerón Sánchez, A. 2022. "Los Comités Hospitalarios de Bioética como catalizadores de una atención médica humanizada". *Gaceta CONBIOÉTICA. 30 aniversario. Tres décadas de compromiso con el desarrollo de la bioética en México* XI (43): 42-45. Recuperado el 26 de noviembre 2024. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/914128/Gaceta_Num._43_30_Aniversario._Tres_decadas_de_compromiso_con_el_desarrollo_de_la_bioetica_en_Mexico.pdf
- Clark-Grill, M. 2016. "Ethics support for GPs: what should it look like?". *Journal of Primary Health Care* 8 (1): 75-81. Recuperado el 26 de noviembre 2024. <https://www.publish.csiro.au/HC/pdf/HC14999>
- Conbioética. 2015. "Guía nacional para la integración y el funcionamiento de los Comités Hospitalarios de Bioética". Recuperada el 27 de febrero 2024. https://conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/registrocomites/Guia_CHB_Final_Paginada_con_forros.pdf
- Conbioética. 2024a. "Comités Hospitalarios de Bioética. Registros emitidos. Comités Hospitalarios de Bioética. 31 de mayo de 2024". Recuperado el 06 de junio 2024. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/921693/Listado_de_registros_Emitidos_CHB__31_de_mayo_2024.pdf
- Conbioética. 2024b. "Comités de Ética en investigación. Registros emitidos. 31 de mayo de 2024". Recuperado el 06 de junio 2024. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/920824/Registros_CEL.310524.pdf
- Cortina, A. 2005. "Bioética: un impulso para la ciudadanía activa". *Revista Brasileira de Bioética* 1 (4): 337-349. <https://doi.org/10.26512/rbb.v1i4.8090>
- Couceiro, A. 1999. "Los comités de ética asistencial: origen, composición y método de trabajo". En *Bioética para clínicos*, editado por Couceiro, A. Madrid. Triacastela. pp. 269-281.
- Decreto por el que se crea el órgano desconcentrado denominado Comisión Nacional de Bioética (DOF 07/09/2005). 2005. Recuperado el 26 de noviembre 2024. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=2091200&fecha=07/09/2005#gsc.tab=0
- Did Núñez, J. P. 2000. "Principios bioéticos en la atención primaria de salud". *Revista Cubana de Medicina General Integral* 16 (4): 384-89. Recuperado el 26 de noviembre 2024. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252000000400014
- Doyal, L., Lesley Doyal y Daniel Sokol. 2009. "General practitioners face ethico-legal problems too!". *Postgraduate Medical Journal* 85 (1006): 393-94. <https://doi.org/10.1136/pgmj.2008.076604>
- Fundación Cristo Vive. Recuperado el 26 de noviembre 2024. <https://www.fundacioncristovive.cl/>
- Instituto de Bioética. Recuperado el 26 de noviembre 2024. <https://www.institutodebioetica.org/cab.htm>
- Garza Ramos, J. 2024. "Incorporación de la bioética en la formulación y análisis de políticas públicas en salud como atribución de la Comisión Nacional de Bioética". En *Perspectivas CONBIOÉTICA en su 30º Aniversario 1992-2022*, editado por Santillán Doherty, P. y Jiménez Piña, R. Secretaría de Salud-Comisión Nacional de Bioética. pp. 27-33. Recuperado el 26 de noviembre 2024. https://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/2024/libro_30_aniversario_CNB.pdf
- Gómez Rojas, E., Ángel Salazar Tostado, Vida Salazar Tostado y Tania Babun Castilleja. 2022. "Gobernanza y Ética en las instituciones de salud". *Medicina y Ética* 33 (4): 1005-21. <https://doi.org/10.36105/mye.2022v33n4.02>
- Gracia, D. 2001. "La bioética en atención primaria". En *Bioética Clínica*. Editorial El Búho, Bogotá. pp. 99-102.
- León Correa, F. J. 2008. "De los principios de la bioética clínica a una bioética social para Chile". *Revista Médica de Chile* 136: 1078-82. Recuperado el 26 de noviembre 2024. <https://www.scielo.cl/pdf/rmc/v136n8/art18.pdf>
- León Correa, F. J. 2009. "De la bioética clínica a una bioética institucional y social". *Revista Latinoamericana de Bioética* 9 (1): 56-63. Recuperado el 26 de noviembre 2024. <https://www.redalyc.org/pdf/1270/127020308005.pdf>
- León, Francisco J., Jorge Araya y Mónica Niveló. 2010. "Propuesta de Comités de Bioética en la Atención Primaria de Salud en Chile". *Revista Medicina y Humanidades* II (1): 29-40. Recuperado el 26 de noviembre 2024. http://www.rlillo.educsalud.cl/Capac_Etica_BecadosFOREAPS/Etica%20Atencion%20Primaria/Propuesta%20Comites%20APS.pdf
- Ley General de Salud. 1984. México. Cámara de Diputados. *Diario Oficial de la Federación*. Última reforma publicada DOF 07-06-2024. Recuperada el 26 de noviembre 2024. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf>
- López Baroni, M. J. 2016. *El origen de la bioética como problema*. Universitat de Barcelona.
- Magelssen, M., Elisabeth Gjerberg, Lillian Lillemoen, Reidun Førde y Reidar Pedersen. 2018. "Ethics support in community care makes a difference for practice". *Nursing Ethics* 25 (2): 165-73. <https://doi.org/10.1177/0969733016667774>
- Molina Leza J. y José Arturo Ruiz Larios, Erika Zamora Ramos, Rocío Bejarano Medellín. 2021. "Desafíos de la Atención Primaria de Salud en México. Coordinación de

- Análisis Estratégico y Evaluación”. INSABI. Recuperada el 28 de agosto 2024. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/651873/Informe_Desaf_os_APS_ENERO_2021_final.pdf
- Moon, Margaret, Mark Hughes y Jeremy Sugarman. 2008. “Primary care ethics”. En *The Cambridge textbook of bioethics*, editado por Singer, P. y Viens, A. Cambridge University Press. pp. 475-480.
- Montgomery J. 2016. “Bioethics as a Governance Practice”. *Health Care Anal* 24: 3-23. <https://doi.org/10.1007/s10728-015-0310-2>
- Muldoon, L. K., William E. Hogg y Miriam Levitt. 2006. “Primary care (PC) and primary health care (PHC). What is the difference?”. *Canadian Journal of Public Health* 97 (5): 409-11. <https://doi.org/10.1007/BF03405354>
- Muñoz Alonso, Y. 2014. ¿Necesitamos un comité de ética asistencial en atención primaria? Tesis para obtener el grado de enfermera. Universitat de les Illes Balears. Recuperado el 26 de noviembre 2024. https://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/4344/Munoz_Alonso_Yolanda.pdf?sequence=1
- Nadal Agost, C. 2021. *Bioética Aplicada en Atención Primaria*. Lion Eds. Spa. Sociedad Chilena de Medicina Familiar.
- Nadal Agost, C. y Maggie Campillay Campillay. 2024. “Trayectoria de un comité de ética en la atención primaria”. *Revista Bioética* 32: 1-12. <https://doi.org/10.1590/1983-803420243645PT>
- Organización Mundial de la Salud. 1978. “Declaración de Alma-Ata”. Recuperado el 26 de noviembre 2024. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/39244/9243541358.pdf>
- Papanikitas, A. y Peter Toon. 2011. “Primary care ethics: a body of literature and a community of scholars?”. *Journal of the Royal Society of Medicine* 104 (3): 94-96. <https://doi.org/10.1258/jrsm.2010.100353>
- Papanikitas, A., Paquita de Zulueta, John Spicer, Rhona Knight, Peter Toon y David Misselbrook. 2011. “Ethics of the ordinary: a meeting run by the Royal Society of Medicine with the Royal College of General Practitioners”. *London Journal of Primary Care* 4 (1): 69-71. Recuperado el 26 de noviembre 2024. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3960673/>
- Perinchery-Herman, S. 2021. “Primary Care Ethics Is Just Medical Ethics: A Philosophical Argument for the Feasibility of Transitioning Acute Care Ethics to the Primary Care Setting”. *HEC Forum*. 35: 73-94. <https://doi.org/10.1007/s10730-021-09451-x>
- Pineda Hernández, G. 2024. “Comisiones Estatales de Bioética. Un modelo innovador en México”. En *Perspectivas CONBIOÉTICA en su 30º Aniversario 1992-2022*, editado por Santillán Doherty, P. y Jiménez Piña, R. Secretaría de Salud-Comisión Nacional de Bioética. pp. 68-78. Recuperado el 26 de noviembre 2024. https://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/2024/libro_30_aniversario_CNb.pdf
- Ramos R. de Viesca, M. y Carlos Viesca Treviño. 2020. “Bioética y atención primaria de la salud”. *Gaceta CONBIOÉTICA: La bioética en la atención primaria de la salud*, IX (35); 3-7. Recuperado el 26 de noviembre 2024. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/615885/Gaceta_35_-_La_bioetica_en_la_Atencion Primaria de Salud.pdf
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. 1986. México. Cámara de Diputados. *Diario Oficial de la Federación*. Última reforma publicada DOF 17-07-2018. Recuperado el 27 de febrero 2024. https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MPSAM_170718.pdf
- Ruiz de Chávez, M. H. y Alejandro del Valle Muñoz. 2011. “Hacia la institucionalización de la bioética en México: algunas reflexiones y pautas de acción”. *Gaceta CONBIOÉTICA: Infraestructura Bioética en México I* (2); 4-7. Recuperado el 26 de noviembre 2024. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/912783/Gaceta_Num_2_Infraestructura_bioetica_en_Mexico.pdf
- Secretaría de Salud de la Ciudad de México. 2024. “Hoy registramos oficialmente los primeros 9 Comités de Bioética en las Jurisdicciones Sanitarias [...]”. Facebook, 1 de agosto, 2024. <https://www.facebook.com/SSaludCdMx/posts/hoy-registramos-oficialmente-los-primeros-9-comit%C3%A9s-de-bio%C3%A9tica-en-las-jurisdicc/906033981556797/>
- Slowther A. 2007. “Ethics Consultation and Ethics Committees”. En *Principles of health care ethics*, editado por Ashcroft, R. E., Angus Dawson, Heather Draper y John McMillan. Wiley, 2da. ed. pp. 527-534.
- Slowther A. 2009. “Ethics Case Consultation in Primary Care: Contextual Challenges for Clinical Ethicists”. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 18: 397-405. <https://doi.org/10.1017/S0963180109090598>
- Solari, M., y Tatiana Escobar-Koch. 2010. “Relevance of primary care bioethics committees in public health ethical practice in the community: an experience in an area of extreme poverty in Santiago, Chile”. En *Public health ethics and practice*, editado por Peckham S. y Alisson Hann. Policy Press. Gran Bretaña. pp.83-100.
- Sorokin, P., Andrea Mariel Actis y Delia Outomuro. 2016. “Comités de ética asistencial: de los grandes dilemas a los nuevos desafíos”. *Revista Bioética* 24 (1): 91-97. Recuperado el 26 de noviembre 2024. https://www.redalyc.org/pdf/3615/361544715011_5.pdf
- Unesco. 2005. “Guía No. 1. Creación de comités de bioética”. Unesco, París, Francia. Recuperado el 26 de noviembre 2024. https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000139309_spa

- Unesco. 2006. “Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos”. Unesco, París, Francia. Recuperado el 26 de noviembre 2024. https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_spa
- Vignolo, J., Mariela Vacarezza, Cecilia Álvarez y Alicia Sosa. 2011. “Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud”. *Archivos de Medicina Interna* 33 (1): 7-11. Recuperado el 26 de noviembre 2024. <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v33n1/v33n1a03.pdf>
- Vuöri, H. 1984. “¿Qué es la Atención Primaria de Salud?”. *Atención Primaria* 1: 3-4.
- WHO y Unicef. 2018. A vision for primary health care in the 21st century. Towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. Geneva: World Health Organization and the United Nations Children’s Fund. Recuperado el 26 de noviembre 2024. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/328065/WHO-HIS-SDS-2018.15-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

