

La bioética en la Atención Primaria de Salud

- **Perspectiva bioética en la Atención Primaria de Salud (APS)**
- **Dilemas bioéticos y atención a la salud en el modelo de APS**
- **Investigación en salud y protección de derechos humanos en la APS**



encuentro bioético

Conversación con Oliva López Arellano
Secretaria de Salud de la Ciudad de México



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



Bioética y Atención Primaria de Salud

A fin de fortalecer al equipo de **Atención Primaria de Salud (APS)**, la Comisión Nacional de Bioética formula un modelo enfocado a proteger la dignidad, la multiculturalidad, la calidad, seguridad y el respeto a los derechos humanos fundamentales para la población en estado de vulnerabilidad, bajo un ambiente de corresponsabilidad.



El modelo contempla:

- Bioética y gobernanza para el bienestar, bioética en la calidad de la atención e investigación en salud, desarrollo de conocimiento y capacidades en bioética, bioética para la comunidad y bioética y tecnologías de la información.
- El propósito es difundir, reflexionar y generar conciencia sobre la bioética en la atención de temas prioritarios como: Obesidad y diabetes, salud mental, cuidados paliativos, educación sexual y reproductiva, educación para la salud, atención al adulto mayor en el contexto de APS.



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



Secretaría de Salud

Secretario de Salud
Jorge Alcocer Varela

Comisión Nacional de Bioética

Comisionado Nacional
y Editor en Jefe
Manuel H Ruiz de Chávez

Consejeros

Mariana Dobernic Gago
Jorge Enrique Linares Salgado
María de Jesús Medina Arellano
Patricio Santillán Doherty
Rafaella Schiavon Ermani

Editor ejecutivo de este número
Raúl Jiménez Piña

Coeditora ejecutiva
de este número
Berenice Cruz Maya

Comité editorial
Arelí Cerón Sánchez
Raúl Jiménez Piña
Edén González Roldán
Berenice Cruz Maya

Revisión e integración
de contenidos
Alma Rosa Macedo de la Concha

Diseño gráfico
Alfonso Heredia Arriaga

Producción Digital
Comisión Nacional de Bioética
Centro del Conocimiento Bioético

Gaceta CONBIOÉTICA, Año 9 No. 35 (enero, febrero, marzo), es una publicación trimestral editada por Secretaría de Salud/Comisión Nacional de Bioética, ubicada en Arenal No. 134 esq. Xochimiltzin, Col. Arenal Tepepan, C.P. 14610, Delegación Tlalpan, Ciudad de México. Tel 5487 2760 /www.gob.mx/salud/conbioetica/gacetas.conbioetica@gmail.com/

Editor responsable: Manuel Hugo Ruiz de Chávez. Reservas de derechos al uso exclusivo No. en trámite. ISSN: 2448-5810, otorgado por el Instituto Nacional de Derechos de Autor.

Las opiniones expresadas por los autores no necesariamente reflejan la postura de la Comisión Nacional de Bioética. Queda estrictamente prohibida la reproducción total o parcial de los contenidos e imágenes de la publicación sin previa autorización de la Comisión Nacional de Bioética.

2 Editorial

Bioética en la Atención Primaria de Salud

3 A fondo

• *Bioética y Atención Primaria de la Salud*
Maryblanca Ramos R. de Viesca y Carlos A. Viesca T

8 • *Formación de Recursos Humanos para la Atención Primaria de Salud*
Berenice Cruz Maya

10 • *Modelo de la Atención Integral a la Salud desde la Perspectiva Bioética*
Jesús Ortega Rocha

18 • *Incidencias en Bioética y la Atención Primaria de Salud. Apuntes para la reflexión*
Gabriela Pineda Hernández

20 Escenario México

Atención Primaria de Salud, Panorama Nacional
Tzaraii I. Pérez-Islas, David F. Mares-Silva y Luis Martínez-Liévan

26 Encuentro bioético

Conversación con Oliva López Arellano.
Secretaria de Salud de la Ciudad de México (CDMX)

29 Cultura y bioética

La ciencia al servicio del bien común, un dilema bioético
Carlos Pérez López

31 Rincón bibliográfico

Sugerencias editoriales de la CONBIOÉTICA

33 Colaboradores de este número

Editorial

Esta edición de la Gaceta CONBIOÉTICA se enfoca en uno de los conceptos más importantes en el ámbito de la salud a nivel global, la Atención Primaria de Salud (APS), propuesta en el seno de la Conferencia Internacional de Alma-Ata en 1978, como la estrategia que vendría a minimizar el daño producido por la inequidad y la distribución desigual de los recursos. El evento mencionado, convocado por la Organización Mundial de la Salud, se llevó a cabo con el objetivo de proteger y promover la salud para toda la población, con un sentido de urgencia y responsabilidad.

A su vez, la bioética es particularmente importante en el abordaje de esta estrategia ya que la esencia del bien común, el enfoque al individuo, su comunidad, medio ambiente y las condiciones en las que se prestan los servicios de salud, como calidad y humanismo, se suman a los principios de corresponsabilidad y rol social, como determinantes del estado de salud-enfermedad, en un contexto heterogéneo y multicultural.

Mucho se ha dicho a nivel mundial de la APS, más necesaria que nunca, derivado de la reflexión de que hoy, 42 años después, las inequidades y la falta de acceso siguen existiendo, a lo que se suma el crecimiento y surgimiento de problemas en materia de salud pública. El entendimiento de lo que la Atención Primaria de Salud representa, su importancia en el proceso de atención, desde el nivel comunitario hasta los grandes hospitales de alta especialidad, invita a reflexionar y considerar los aspectos que pueden aplicarse al ámbito individual.

La bioética es una valiosa herramienta que ayuda a dirigir los esfuerzos con un espíritu de responsabilidad, humanismo, reflexión y respeto a los derechos humanos; a entender aspectos esenciales de la APS, como lo es la multiculturalidad, característica inherente de nuestro país, promoviendo mecanismos de justicia distributiva y toma de decisiones consciente e informada.

En la sección A fondo participan personalidades del ámbito de la bioética y la APS, como son el Dr. Viesca Treviño y la Dra. Maryblanca Ramos, académicos renombrados en el campo de la bioética, que hablan del contexto histórico en el que se ha desarrollado la atención de la salud en México, los principios bioéticos esenciales, el enfoque comunitario y la importancia de la prevención.

Otro tema de particular interés lo presenta la Dra. Berenice Cruz Maya, quien aborda lo relativo a la formación de recursos humanos y la pertinencia de la inclusión de la bioética desde el pregrado y de la formación de personal de salud comprometido con el humanismo y la atención con calidad, más allá de la adquisición exclusiva de conocimientos técnico-científicos.

Aunado a lo anterior, es fundamental aprender de las experiencias de las entidades federativas en materia de APS-Bioética; en los campos operativos y gerenciales, en el abordaje de este relevante desafío; para ello el Dr. Jesús Ortega Rocha, Director de la Comisión de Bioética del Estado de Tlaxcala (COBIET) desarrolla el artículo Modelo de atención integral a la salud desde la perspectiva bioética. Por su parte, la Mtra. Gabriela Pineda Hernández presenta el tema Incidencias en bioética y la Atención Primaria de Salud. Apuntes para la reflexión.

Como una actividad de vinculación, y con el espíritu colaborativo que este tema simboliza, la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud participa con el artículo Atención Primaria de Salud, Panorama Nacional, escrito por David Mares, Luis Martínez y Tzaraii Pérez; quienes presentan el modelo que se impulsa desde la Secretaría de Salud Federal.

En la sección Cultura y bioética, el Dr. Carlos Pérez invita a la reflexión sobre el desarrollo humano en el contexto de la bioética global y los avances estrepitosos de la ciencia y la tecnología, desde un enfoque humanista y responsable.

En Encuentro bioético se encuentra la interesante conversación de Gaceta CONBIOÉTICA con la Dra. Oliva López Arellano, Secretaria de Salud de la CDMX, experta en los ámbitos académico y operativo, quien habla sobre la importancia del factor bioético en la implementación de los modelos de atención, formación de recursos y participación social. Para finalizar, Rincón bibliográfico presenta las sugerencias editoriales de la CONBIOÉTICA.

El contenido de esta publicación reitera el compromiso de la Comisión Nacional de Bioética de sumar esfuerzos en pro de la atención a la salud y el desarrollo humano integral para todas las personas, de esta manera, lo invitamos a la lectura de las diferentes secciones de este número.

Bioética y Atención Primaria de la Salud

Maryblanca Ramos R. de Viesca y Carlos A. Viesca T.

*Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina, Facultad de Medicina, UNAM;
Seminario Interinstitucional de Bioética; International Society for the History of Medicine*

El concepto de Atención Primaria de la Salud es algo que se ha venido desarrollando en el último medio siglo. Sin embargo, no es algo completamente nuevo y en el curso de dicho desenvolvimiento ha adquirido significados que no habían sido contemplados con anterioridad, en una palabra es polisémico.

Desde sus más remotos orígenes la medicina ha ido tomando medida de diferentes aproximaciones para buscar el manejo y solución de los problemas de salud, distinguiéndose de entrada aquellas situaciones que, resultando ser más complejas, requerían de acciones específicas para su solución que no estaban al alcance de cualquier miembro del grupo al que pertenecía el individuo en cuestión. Una primera distinción es la que separa la medicina doméstica de la que necesita de alguien con un conocimiento mayor especializado, es decir, un sanador. Ahora bien, esta diferenciación inicial, con el transcurso del tiempo, va dando lugar a una división más, esta vez al interior del quehacer médico, distinguiéndose diagnósticos y terapéuticos relativamente simples de aquellas que implican grados mayores de complejidad tanto en el conocimiento de los problemas de salud como en la capacidad para llevar a cabo los tratamientos.

La medicina hipocrática ofrece un buen ejemplo de esa diferenciación. Los diversos textos procedentes de los primeros tiempos de la tradición que se atribuye a Hipócrates, es decir, aquellos que se han fechado entre el último cuarto del siglo V ac y el primero del IV, entre los que se cuentan *De la Naturaleza del hombre*, *De aires, aguas y lugares*, los libros I y III de las *Epidemias* y buena parte de los *Aforismos*, hacen un llamado de atención a la existencia de medidas para conservar y mejorar las condiciones de salud, preventivas y la atención requerida para el manejo de enfermedades que no representan un riesgo importante para el individuo que las padece. Se destaca la prioridad que se da a la dieta y al ejercicio físico.

La medicina hospitalaria marca diferencias sustanciales, en especial a partir del siglo XIX. Es en esa época cuando se establece un creciente desarrollo de la actividad médica propiamente dicha, con la atención de casos problemáticos de pacientes graves. Incluso la diferenciación social de los pacientes que acuden al hospital se va borrando, de manera que se desarrollan, incluso en los establecimientos de beneficencia, áreas especiales para aquellos que no estaban dispuestos a acudir a un hospital de caridad; se establecen asimismo instituciones privadas que contemplan un cobro por los servicios allí prestados. Este hecho se traduce en la división de la atención en la que se otorga en el consultorio del médico o el domicilio del paciente y la que requiere de hospitalización.

A la larga, esta separación de actividades abre la pauta para la conceptualización de lo que hoy se entiende por Niveles de atención. La pregunta clave es planteada en relación con qué equipos y qué tipo de personal debe contar una institución hospitalaria para atender adecuadamente ciertos padecimientos previstos, de acuerdo con consideraciones epidemiológicas. De facto, se reconoce que una gran parte de los padecimientos pueden ser atendidos sin necesidad de recurrir a la asistencia hospitalaria, sumándose a estos aquellos que, atendidos en sus fases tempranas, no llegan a presentar complicaciones que la requieran.ⁱ A esto se agregan las medidas de higiene, privada y pública, y de medicina preventiva, en buena parte centrada en campañas de vacunación y de saneamiento. Es claro que se rescata la dimensión social, que es fundamental para comprender las condiciones epidemiológicas de toda comunidad humana, incluso a nivel global. Los determinantes sociales de la salud y su interrelación con los determinantes biológicos han sido la base para establecer panoramas complejos, con condiciones multifactoriales cuya interacción se traduce en alteración de las condiciones de salud, tanto individual como colectiva.

Ya desde los años cuarenta del siglo XX se venían estableciendo en diferentes países esquemas gubernamentales, es decir públicos, para ofrecer atención de la salud –entonces se decía, de las enfermedades– cuya característica principal era la búsqueda de que los servicios establecidos fueran accesibles a toda su población. La tan deseada meta de cobertura universal.

Tomando como ejemplo lo sucedido en México, es en esos años cuando se pone en marcha un plan nacional de hospitales, pero también se define la necesidad de clínicas rurales y urbanas que atiendan precisamente las necesidades de prevención y de atención de casos susceptibles de ser manejados sin necesidad de internamiento. Esto, más la incorporación a este esquema de los pasantes en servicio social, dependientes de las direcciones de los Servicios Coordinados de los Estados y asesorados por el personal médico tanto de ellos como de las instancias de Servicio Social en las Escuelas y Facultades de Medicina, lo cual se había iniciado desde 1936 con la creación de este servicio por el Dr. Gustavo Baz Prada, entonces director de la Escuela Nacional de Medicina de la UNAM, abrió de *facto* el campo de la atención primaria, todavía con una visión puramente medicalizada, aunque debe señalarse que buena parte de las actividades eran orientadas hacia saneamiento de las comunidades, comprendiendo iniciativas para la provisión de agua potable y la instalación de letrinas, campañas contra la desnutrición, de desparasitación y de lucha contra las endemias de mayor impacto, tales como la tuberculosis, la lepra, el paludismo, el bocio...ⁱⁱ

En septiembre de 1978, la OMS y la UNICEF convocaron a una Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud en Alma Ata, URSS, que cobró inmenso renombre por dicha razón. El planteamiento de la necesidad de un consenso en atención primaria y en la responsabilidad de los Estados para llevar a efecto las acciones necesarias para su exitosa y efectiva puesta en práctica se derivó de la consideración de que la

meta que se había propuesto en la OMS de ofrecer condiciones de atención de la salud “para todos en el año 2000”, se manifestaba absolutamente inaccesible debido al inmenso incremento de los costos de los insumos, equipos e instalaciones necesarias para ello, dado que se pensaba de inicio en la multiplicación de servicios hospitalarios. Considerando esta realidad, se optó por establecer un límite: sí atención para todos en el año 2000, pero atención primaria, y ya no de la enfermedad sino de la salud, incorporando también su promoción, el lograr una vida con mejores condiciones de salud que se tradujera en cantidad y calidad de vida.ⁱⁱⁱ

Atención primaria tenía no solo antecedentes en los países del mundo occidental. China había asumido el problema y tras el fracaso económico de los primeros intentos de industrialización, la Revolución Cultural trajo a primer plano algunos problemas fundamentales, prioritarios, a resolver, entre ellos la nutrición y la atención de la salud. Conjuntamente se llevó a cabo una sólida campaña de control de la natalidad. En lo que corresponde a salud, el enfoque dado fue el reconocimiento de la actividad de los médicos que seguían los criterios epistémicos y terapéuticos de la antigua medicina China, la que venía desde los tiempos de Confucio y Lao Tsé y del Emperador Amarillo. El reconocimiento de estos médicos, actuando en las comunidades en toda la extensión del territorio Chino, permitió una aproximación más que efectiva a la cobertura universal, pero los métodos empleados por esta tradición no contemplaban el hospital como opción, sino la atención en casa de los pacientes por médicos reconocidos como tales socialmente. Reforzar esta situación de carácter milenario y legitimar la tradición dio como resultado un mejor control de las enfermedades, una disminución considerable de los costos de la atención dado el uso de recursos locales y a la vez mantuvo la posibilidad de la concentración en hospitales bien equipados al modo occidental de los enfermos cuyas patologías requerían de instalaciones dotadas de alta tecnología.

Resultado de esta implementación de atención primaria trajo en la OMS el establecimiento de una Oficina encargada de sumar las Medicinas Tradicionales a su visión y misión. De inicio fueron consideradas las medicinas china y ayurvédica (hindú) y posteriormente se sumaron las medicinas tradicionales africanas, mesoamericanas y andinas. Esto sucedió unos cuantos años antes de la conferencia de Alma Ata, la que de hecho consagró el papel primordial de las medicinas tradicionales y, por ende, del reconocimiento de los factores sociales y culturales en la génesis y atención de las enfermedades y, más allá, de las condiciones de salud.

Siendo así, la Atención Primaria de la Salud quedó establecida de una manera que, siendo esencialmente del tenor de la medicina, abría sus puertas a otras instancias y a otros campos del conocimiento que resultaron indispensables para su puesta en práctica. Es de gran importancia recalcar la integración a la visión de la salud la dimensión cultural así como la dimensión social que se han añadido a la visión meramente biomédica de los problemas de salud. En primer término, ya ha sido señalado, se modifica la visión de la atención yendo no a considerar la enfermedad como su meta, sino la salud^{iv} y esta no solo como lo que se pierde al enfermar, sino como algo que implica la prevención de las enfermedades y la promoción del estado de salud, no solo en términos precautorios, sino de incrementar el correcto funcionamiento a nivel bio, psico, social y cultural, a lo cual debe añadirse una dimensión existencial, de proyecto de vida, considerando al individuo de manera integral.^v Ahora bien, el siguiente paso, y éste es la lógica consecuencia de los avances de la salud pública y el saneamiento a todos los niveles, ha consistido en dar un papel de importancia capital a las dimensiones colectivas de la salud. Determinantes sociales, determinantes culturales, determinantes ambientales, constituyen un marco de referencia complejo, que requiere atención en todas y cada una de sus facetas.^{vi}

Es fundamental no perder de vista que las acciones no se limitan a hospitales, centros de salud y consultorios, sino deben de adquirir una dimensión verdaderamente comunitaria. Lo anterior implica el paso de la atención a nivel individual al de lo colectivo y obliga, por decirlo así, a la configuración de una visión de la clínica que la lleva de ejercerse, al lado de la cama del enfermo, a establecerse a todos los niveles de la vida en sociedad. Un ejemplo de sumo interés está dado en la implementación de medidas a nivel comunitario, de la reintegración del enfermo mental a su entorno familiar y el manejo de la atención en salud mental que esto implica.^{vii}

Dimensión bioética de la Atención Primaria de la Salud

Como ha dejado bien establecido Diego Gracia en su breve capítulo sobre atención primaria de la salud en su texto sobre *Bioética Clínica*, esta requiere de un enfoque aún más complejo que otras ramas de la Bioética.^{viii} En primer término, la estructura propia de la atención primaria de la salud obliga a considerar, en la mayoría de los casos, intervenciones cuyos efectos deben mirarse a mediano y largo plazo, quedando para lo inmediato solamente la atención de brotes epidémicos. Por otra parte, nunca centra su atención sobre el individuo aislado, sino tiene, como se ha señalado, que mirarlo como integrante de una comunidad que es por igual objeto de atención. El mismo autor insiste en que en este contexto, hablar solo de principios bioéticos resulta demasiado simple y tendiente a la abstracción, por lo que propone emplear una reflexión bioética que contemple la formación de hábitos, lo cual orienta más a pensar en la definición de virtudes y vicios no entendidos de manera filosófica, sino en la forma en que los entienden las personas involucradas tanto en la prestación de atención como en la recepción de ella. Consecuencia directa es la necesidad de aplicar una ética entendida como comunitarismo y la utilización de elementos que conduzcan a favorecer la imitación de lo que se conciba como conductas ejemplares.^{ix}

Un punto clave es la constatación de la existencia de tensiones entre las necesidades, deseos y acciones del individuo autónomo y las limitaciones que en la vida cotidiana le plantea y muchas veces le impone la moral social.^x En una palabra, una posición bioética razonablemente válida para la atención primaria de la salud debe ubicarse a medida de resolver conflictos y tensiones entre una visión de colectividad, que implica normatividad, y aquella de los individuos que reflejan posiciones de autonomía, autogestión y ejercicio de valores y aún de virtudes. Una posibilidad es la adopción de una bioética de negación, como lo sugiere Thiebaut, al insistir en la no intervención de las autoridades ni de los profesionales cuando lo que se intenta realizar va en contra de lo definido como correcto y valioso por los individuos; individuos en plural, lo que denota colectividad pero no la totalidad de una sociedad.^{xi} Pero es claro que a esto debe añadirse que los valores a destacar en los individuos son el deseo de reconocimiento y las acciones para lograrlo, la relación consigo mismo, la autorrealización y la intersubjetividad orientada a la socialización.^{xii} En última instancia, es fundamental transitar entre lo que significa libertad y las restricciones, en términos de lo social, que impone a la autonomía individual, dado que este último queda sujeto a que en el sujeto moral estén presentes las condiciones para ejercerla, siendo esta condición la única determinante al fin de cuentas. Individuo moralmente competente y contexto deben definir la pertinencia bioética de espacios y acciones en atención primaria de la salud.^{xiii}

Responsabilidad sería el principio y virtud rector de toda acción en este terreno. Es fundamental en todos los campos de la atención de la salud, pero en la atención primaria adquiere una dimensión peculiar: debe ser una responsabilidad compartida a todos los niveles. No puede serlo de otra manera, ya que están involucrados todos los niveles de autoridad en planeación y ejecución de acciones, todos los integrantes de los servicios de atención a la salud en toda su gama de

actividades y todos los miembros de la sociedad en cuestión en la medida de su participación como sujeto / objeto de dichas acciones.

Los principios de beneficencia, equidad justicia distributiva, encarnados en las virtudes de ser benéfico, equitativo y justo, corren pares para alcanzar la dimensión bioética en las acciones emprendidas, siempre buscando su correcto ejercicio tanto en el actor como en el receptor que, a su vez, debe ser actor y reproductor en otras acciones que impliquen la trasmisión de ellas a otros.

Hemos insistido en esta secuencia acción / recepción /reproducción y sus dimensiones morales y bioéticas dadas las modificaciones epistémicas que en las últimas décadas se ha dado al concepto de salud, principalmente en términos de la parte que le corresponde al bienestar de las personas y las sociedades.^{xiv} Es en este sentido en el que cobra una gran importancia el significado del compromiso bioético del ejercicio de la máxima responsabilidad, en este caso por parte de las autoridades gubernamentales correspondientes para la alocación de recursos destinados no solo a la atención, sino a la promoción de la salud, cuyas metas son menos tangibles y por ende más dejadas de lado.^{xv}

Desde la perspectiva de la Bioética es de gran importancia agregar al concepto de salud el criterio de bienestar. Salud no es solo carencia de enfermedad, ni el hecho de deambular a través de la vida sin molestias; no es el silencio de los órganos y partes del cuerpo ni de las inquietudes de nuestras emociones y pensamientos. Bienestar como herramienta para llegar a una idea, una idea valorativa y no simplemente evaluativa de lo que es la salud, marca una nueva dimensión empeñada en la búsqueda de una buena vida que sea a la vez una vida buena. De tal modo, las miras de la dimensión bioética de la atención primaria de la salud deben enfocarse en la prevención y cura de las enfermedades y la rehabilitación de las personas

afectadas en la medida que corresponde a este nivel de la atención, en la realización de diagnósticos tempranos –a nivel individual y comunitario– tanto de enfermedades como de riesgos, en la inclusión entre estos últimos de los determinantes sociales de la enfermedad y de los contextos culturales y las variables que implican, en el acompañamiento y los cuidados paliativos a los pacientes terminales a corto y mediano plazo, en la promoción de la salud en todos sus niveles... en la búsqueda de condiciones que faciliten el acceso a situaciones de bienestar, lo más duradero posible. Todo ello representa un esfuerzo que requiere de análisis científico – biológico, social y filosófico – de los problemas vigentes en los diversos contextos de atención primaria, del paso constante de la conceptualización a la acción y todo esto bajo las normas de una bioética de principios de beneficencia, de equidad, de justicia distributiva, con visión tanto individualista como comunitarista, guiada por la asunción de la protección de la vulnerabilidad de todos los individuos sujetos a las acciones emprendidas, de la responsabilidad de todos y cada uno de los actores.

Referencias

- 1 Rivero Serrano, Octavio, "Evolución del paradigma en la atención de la salud", en *Memoria del Congreso Internacional de Atención Primaria de la Salud*, México, 2014, México, Seminario sobre Medicina y Salud. UNAM, pp. 19-24.
- 2 Álvarez Amézquita, José, Bustamante, Miguel E., López Picaos, Antonio, Fernández del Castillo, Francisco, *Historia de la Salubridad y Asistencia en México*, 4 vols., México, Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1960, Vol. II, pp. 615 y ss.
- 3 www.alma-ata.es/declaraciondealmaata/declaraciondealmaata.html; WHO, *Report on the Alma Ata Conference in Primary Health Care*, Geneva, 1978; Jesús Armando Martínez Gómez, "Derecho a la asistencia médica", en J.C. Tealdi, director, *Diccionario latinoamericano de Bioética*, Unesco, Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia, 2008, p.249.
- 4 Nordenfelt, Lennart, *On the Nature of Health*, D. Reidel Publishing Company, Dordrecht / Boston / Lancaster / Tokyo, 1987, pp. 35 y ss.; Svenaeus, Fredrick, *The hermeneutics of Medicine and the Phenomenology of Health*, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht / Boston / London, 2000, 59-118.
- 5 Nordenfelt, Lennart, *Action, Ability and Health. Essays in the Philosophy of Action and Welfare*, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht / Boston / London, 2000, pp. 117 y ss.
- 6 Laurell, Asa Cristina, "Sobre la concepción biológica y social del proceso salud enfermedad", en Rodríguez, M.I., coord., *Lo biológico y lo social.*, Serie Desarrollo de recursos humanos, no. 101, OPS / OMS, Washington, D.C., 1994); López Arellano, Oliva, Blanco, J., "Caminos divergentes para la protección social en salud en México", *Salud Colectiva*, 4(3), 2008: 319-333; López Arellano, Oliva, Blanco, J., "Condiciones de vida y salud en la región rural – urbana del Distrito Federal", *Estudios en Antropología Biológica*, 13, 2007: 923 -937; León P., Beatriz, y Peña S., Florencia, coords. *Antropología física, salud y sociedad. Viejas tradiciones y nuevos retos*, México, SEP / INAH, 2007; (Ma del Consuelo Chapela y Adalberto Mosqueda, eds., *De la clínica a lo social. Luces y sombras a 35 años*, Depto. De Atención a la Salud, UAM Xochimilco, México, 2009, en particular Ma del Consuelo Chapela y Alejandro Cerda G., "Promoción de la salud", pp. 125 -153; José Blanco Gil, Oliva López Arellano, J.A.Rivera M., Victoria Delgado C., "Calidad de vida, salud y territorio", pp.177-196.)
- 7 Calderón Narváez, Guillermo, *Salud mental comunitaria. Un nuevo enfoque de la Psiquiatría*, México, Ed. Trillas,1981; Cano S., Leticia, Medina-Mora I., María Elena, Corona Vázquez, T., *Enfermedades neurológicas y psiquiátricas y sus determinantes sociales. Experiencias de Trabajo social*, México, UNAM / Escuela Nacional de Trabajo Social / Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz / Instituto Nacional de Neurología "Manuel Velasco Suárez".
- 8 Gracia, Diego, *Bioética Clínica*, Bogotá, Colombia, ed. el Buho, 1998) pp. 99-101.
- 9 Gracia, *Bioética Clínica*, p. 101.
- 10 Charlesworth, Max, *La bioética en una sociedad liberal*, Cambridge, Cambridge University Press, 196.
- 11 Thiebaut, Carlos, *Vindicación del ciudadano*, Barcelona, ed. Paidós, 1998.
- 12 Donda, Cristina Solange, "Comunitarismo e individualismo", en J.C. Tealdi, Director, *Diccionario Latinoamericano de Bioética*, Unesco, Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia, 2008, pp.20-22.
- 13 Tealdi, Juan Carlos, "Comunidad y contexto", en J.C. Tealdi, Director, *Diccionario Latinoamericano de Bioética*, Unesco, Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia, 2008, pp.17-20.
- 14 Viesca, C. *Filosofía del bienestar y la atención primaria de la salud*. Rev. de la Facultad de Medicina. UNAM 33:6 (nov-dic) 1990: 355-357.
- 15 D. Buchanan, *An ethic for health promotion. Rethinking sources of human wellbeing*, Oxford, Oxford University Press, 2000

Formación de Recursos Humanos para la Atención Primaria de Salud

Berenice Cruz Maya

Al hablar de la formación de recursos *humanos*, no me refiero al individuo que desempeñará alguna función u ocupará algún puesto de trabajo; me refiero a la formación de personas con la capacidad humana de **sentir**, de **ser humanos**, empáticos, cálidos, comprensivos, de **estar** comprometidos profesionalmente con la persona que se tiene enfrente, independientemente de que esté sana o no; también conlleva la decisión personal de permanecer en capacitación continua y certificación permanente, de esforzarse por brindar la mejor atención en el lugar y condiciones en las que se encuentre.

Esto implica el arraigo y desarrollo de valores, virtudes y actitudes *humanas* que se reflejen tanto en la atención cotidiana, como en los momentos de mayor vulnerabilidad de las personas, quienes padecen incertidumbre, dolor y sufrimiento.

Los recursos *humanos*, requieren la capacidad de generar relaciones interpersonales basadas en la confianza, el entendimiento y el respeto, respaldadas por los conocimientos científicos, técnicos, gerenciales e incluso de liderazgo y de administración, que estén preparados para colaborar y convivir con un equipo multidisciplinario, en sinergia.

La estrategia de Atención Primaria, está particularmente caracterizada por el fortalecimiento del primer nivel, el abordaje interdisciplinario y la práctica comunitaria; para esto se requiere tener personal capaz de responder de manera oportuna y resolutiva a las necesidades de las personas en el contexto de su comunidad, en un ámbito de respeto a la multiculturalidad, con corresponsabilidad y cercanía.

La formación de recursos *humanos* es, por tanto, uno de los elementos fundamentales para lograr el éxito de la atención primaria; se requiere de profesionales de la salud formados acorde a la carga de la enfermedad y con habilidad de ejecutar medidas de prevención y educación en un contexto multicultural; se necesita de personas cercanas a

la comunidad y a las familias, conscientes de la necesidad de continuidad y permanencia, que privilegien las capacidades clínicas básicas, sobre las intervenciones poco accesibles y complejas, evitando el uso indiscriminado de tecnologías y la demanda excesiva de servicios de especialidad.

Con el objetivo de lograr la coherencia entre la educación de pregrado, las necesidades epidemiológicas y las políticas públicas, e incluso con las ofertas del mercado laboral, es oportuna la revisión de la currícula de las escuelas y universidades formadoras de recursos para la salud y el lugar en el que se está instruyendo actualmente.

Particularmente en el caso de medicina, pareciera incomprensible que los médicos que, por lo menos en intención, prestarán servicios en el primer nivel de atención, sean formados en unidades hospitalarias y grandes institutos de salud.

Como consecuencia, los egresados de las facultades de medicina aspiran a la especialización y subespecialización, al sentir que no cuentan con las herramientas para responder a las necesidades básicas del grueso de la población, es decir aquellas que se reciben en el primer nivel de atención y que son la base de la práctica en la medicina general.

Esta situación nos invita a reflexionar sobre la necesidad de formar buenos médicos generales, con capacidades propias de su área de injerencia, con enfoque y compromiso con la prevención y la promoción de la salud.

En consecuencia, al llegar el momento de que el estudiante presentara su servicio social, éste se encontraba habituado con el contexto, con las funciones y tenía la confianza de que podría afrontar exitosamente esta tarea.

Un aspecto considerado en este plan de estudios fue la congruencia entre la enseñanza teórica y el lugar en el que se consolidaban los conocimientos, es decir la parte

“Los recursos humanos, requieren la capacidad de generar relaciones interpersonales basadas en la confianza, el entendimiento y el respeto, respaldadas por los conocimientos científicos, técnicos, gerenciales e incluso de liderazgo y de administración, que estén preparados para colaborar y convivir con un equipo multidisciplinario, en sinergia”.

práctica; aprovechando y enriqueciendo su experiencia, además de lograr el desarrollo simultáneo de competencias profesionales.

Este modelo, además considera los pilares de la educación, de acuerdo a UNESCO: aprender a conocer, aprender a hacer, aprender a convivir y aprender a ser.

En este sentido, resulta evidente que el programa educativo basado en el hospital no será capaz de responder a las necesidades comunitarias, epidemiológicas, ni a los principales problemas de salud de la mayoría.

Si entendemos la complejidad de la atención en los ambientes comunitarios, debemos actuar en consecuencia.

Actualmente, hay 139 mil estudiantes de medicina en el país, tomemos un momento para reflexionar sobre el contenido académico de las currículas y la manera en la que se piensa hacer frente a las tendencias de los principales problemas de salud pública del

país, de los temas emergentes y a las políticas públicas en la materia.

Se requiere, por tanto, de una modificación a fondo, hablo de reconstruir el perfil de egreso profesional, para responder a las necesidades operativas reales del personal de salud, integrando la bioética en el quehacer cotidiano y el manejo de la carga de enfermedad: obesidad, diabetes, atención del adulto mayor, salud mental.

Pero sobre todo, debemos dirigirnos a la formación de profesionales con enfoque preventivo, que cuenten con las herramientas, los conocimientos y habilidades para dar respuesta a los problemas de salud de manera local y comunitaria, en el que comprenda y reflexione sobre el complejo proceso salud-enfermedad y la influencia de los determinantes sociales de la salud con capacidad resolutoria coherente a su formación; con la entereza para adaptarse a diferentes contextos sociales y de integrarse en un sistema de creencias y culturas, mediante habilidades *humanas*.

Trabajemos entonces para fortalecer los campos sociales, humanistas y bioéticos en la formación de recursos *humanos* y desarrollemos la conciencia sobre la interdependencia entre los prestadores de servicios (instituciones) y los formadores de recursos.



imagen: www.freepik.com

Modelo de Atención Integral a la Salud desde la Perspectiva Bioética

Jesús Ortega Rocha

1. Introducción

Un modelo se define entre otras formas como la duplicación de una realidad empírica o de una teoría científica con la que guarda una igualdad de formas, o bien como la representación formal de la realidad que demuestra las relaciones entre las variables pertinentes usadas para entender mejor y controlar situaciones reales. Es también la expresión sistematizada de un sistema de la realidad y sus procesos, así como de las acciones para transformarla.

A través del tiempo, se han señalado a la salud y a la enfermedad como dos estados o condiciones separadas y la mayor parte de los recursos se han orientado a la enfermedad, situación que se reproduce en las instituciones formadoras de médicos y otros profesionales de la salud, cuyos planes de estudio tienen como objetivos principales el diagnóstico y tratamiento de enfermedades de las principales especialidades de la medicina, dejando de lado al paciente como persona total en sus dimensiones biológica, psicológica, social y espiritual, siempre en relación con el ambiente en general, que influye de manera determinante para que el ser humano se encuentre dinámicamente en cualquiera de los dos polos del proceso salud-enfermedad.

La Organización Mundial de la Salud a finales de la primera mitad del siglo XX definió a la salud “como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo como la ausencia de afecciones o enfermedades”. Con el paso del tiempo, en el siglo XXI se entiende a la salud como un recurso para la vida y no el objetivo de la vida, en el cual estar sano es “la capacidad para mantener un estado de equilibrio apropiado a la edad y a las necesidades sociales”.

Por otra parte la salud es un derecho internacional de la población, que en México se refrenda en la fracción IV del artículo 4º. De la Constitución Política de los Estados Unidos mexicanos: “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud...”.

Los conceptos de salud, enfermedad, proceso salud-enfermedad han evolucionado de manera paralela a la evolución histórica del ser humano, en relación directa con las condiciones socioeconómicas de cada grupo social y el ambiente donde se llevan a cabo las relaciones humanas. Los cambios en el medio ambiente son consecuencia de la actividad humana, provocando cambios en las condiciones y calidad de vida de las personas, influyendo de manera negativa en el proceso salud-enfermedad. Sería difícil el abordaje de estos cambios por la limitación de espacio. Para efectos de este trabajo, se considera al proceso salud-enfermedad como un proceso biológico, social, histórico, político y económicamente determinado.

El proceso salud-enfermedad tiene entre otras, dos determinantes históricas fundamentales; el control que el hombre ha alcanzado sobre la naturaleza y las características de las relaciones sociales que se establezcan entre sus miembros, incluyendo lo político, lo que determina el grado de igualdad o desigualdad en la distribución de beneficios tales como la alimentación, vivienda, educación, condiciones de trabajo e higiene ambiental. Dicho proceso se manifiesta en sociedades y clases concretas de acuerdo a las condiciones materiales de vida que prevalecen en cada grupo social. La ciencia y la práctica médicas están condicionadas por el desarrollo histórico de las formaciones económicas, sociales y culturales.¹

Este enfoque propicia la interpretación más completa de su multicausalidad y consecuentemente facilita la mejor toma de deci-

siones para una atención más efectiva desde una perspectiva interdisciplinaria e integral.

La bioética de acuerdo con la Enciclopedia de Bioética de Reich (1978), se define como el estudio sistemático de la conducta humana en el ámbito de las ciencias de la salud y de la vida, analizada a la luz de valores y principios morales.

La Comisión Nacional de Bioética (CON-BIOÉTICA), define a la bioética como una rama de la ética aplicada que reflexiona, delibera y hace planteamientos normativos y de políticas públicas, para regular y resolver conflictos en la vida social, especialmente en las ciencias de la vida, así como en la práctica y en la investigación médica, que afecten la vida en el planeta, tanto en la actualidad como en futuras generaciones.

Es un espacio que nos permite reflexionar sobre las acciones humanas y su incidencia en la vida y el entorno en general. Es una forma de pensar y valorar la vida desde una perspectiva integral, por lo cual estamos involucrados en su conocimiento y aplicación.

La bioética es una disciplina científica con apenas alrededor de 50 años de vida, el término es atribuido a Van Rensselaer Potter, Médico norteamericano, oncólogo, doctor en bioquímica que en una de sus publicaciones escribió: "Bioética. Ciencia de la supervivencia" y luego un libro denominado "Bioética. Un puente hacia el futuro", resaltando la importancia de la bioética como una ética global, en donde se unen los aspectos biológicos con los filosóficos.

El campo de la bioética, en materia de atención a la salud, va desde su aplicación en la relación clínica o relación profesional de salud-paciente, al análisis de problemas y dilemas bioéticos al inicio de la vida: Genética, manejo de embriones, aborto, etc., en

"Un modelo se define entre otras formas como la duplicación de una realidad empírica o de una teoría científica con la que guarda una igualdad de formas, o bien como la representación formal de la realidad que demuestra las relaciones entre las variables pertinentes usadas para entender mejor y controlar situaciones reales".

el transcurso de la vida como por ejemplo trasplantes, tratamientos alternativos para la función renal; al final de la vida: voluntad anticipada, obstinación terapéutica, etc.

Otro de los campos es la investigación científica que debe realizarse cumpliendo con principios éticos, como el respeto a la autonomía de los sujetos de investigación, la docencia en salud y la administración de los servicios de atención a la salud. En todos estos campos se debe cuidar el trato digno y la seguridad de pacientes, familiares, sujetos de investigación, etc.

No se puede soslayar la importancia que tiene realizar la planeación, gestión, evaluación y control de la atención a la salud, la cual debe estar obligadamente imbuida de valores éticos y principios bioéticos, que contribuyan a mejorar la seguridad de los pacientes, así como la calidad, eficiencia, efectividad de los servicios otorgados a la población.

El otro gran ámbito de La bioética es la conservación del medio ambiente, que involucra no solo al personal de salud y trabajadores de las ciencias de la vida, sino a la toda la población. Este aspecto adquiere un papel muy importante al nivel del diseño de políticas públicas que debieran contener criterios bioéticos. A nivel global tenemos como ejemplo, la atención de un grave problema, el cambio climático (calentamiento global).

El proyecto del Modelo de Atención a la Salud desde la Perspectiva Bioética, surge como respuesta a la complejidad creciente de la atención a la salud y a una serie de necesidades y problemas que se presentan desde hace algunos años en los distintos procesos de la atención médica y que se reconocen ampliamente, dentro de los cuales destaca la fragmentación del paciente, la despersonalización del personal de salud y el funcionamiento fragmentado del sistema de atención a la salud, la falta de equidad, la atención médica peligrosa, la primacía de la atención a daños con énfasis en la atención hospitalaria, el alto costo, la insatisfacción de la población y de los propios trabajadores de la salud, etc., que pueden resumirse en una inadecuada respuesta social organizada, a las necesidades de salud y demandas de atención de la población, situación reconocida tanto a nivel internacional por la Organización Mundial de la Salud como a nivel local a través de diversas experiencias en los establecimientos de salud.

La atención médica se define en la Ley General de Salud como el conjunto de servicios para proteger, promover y restaurar la salud, sin embargo, primordialmente es una relación interpersonal entre una persona que tiene una necesidad de salud y un médico u otro profesional de la salud, influida por múltiples variables de diferentes órdenes: psicológico, sociológico, antropológico, cultural, económico y político.

Entendemos la bioética como una reflexión ética acerca de la vida en todas sus expresiones. A partir del interés de la bioética por

la vida, se valora su papel determinante en el cuidado de los pacientes durante los procesos de atención a la salud. Por lo cual, los usuarios de estos servicios, personas, representan la razón de ser del sistema de atención a la salud y los servicios deben ser orientados a su atención integral.

Este trabajo presenta como objetivos, que los trabajadores de la salud

1. Interpreten el Modelo de Atención a la Salud desde la perspectiva bioética e implementen acciones para su aplicación en la práctica clínica.
2. Analicen la importancia y el cuidado de la salud de las personas usuarias de los servicios y de los trabajadores de la salud.

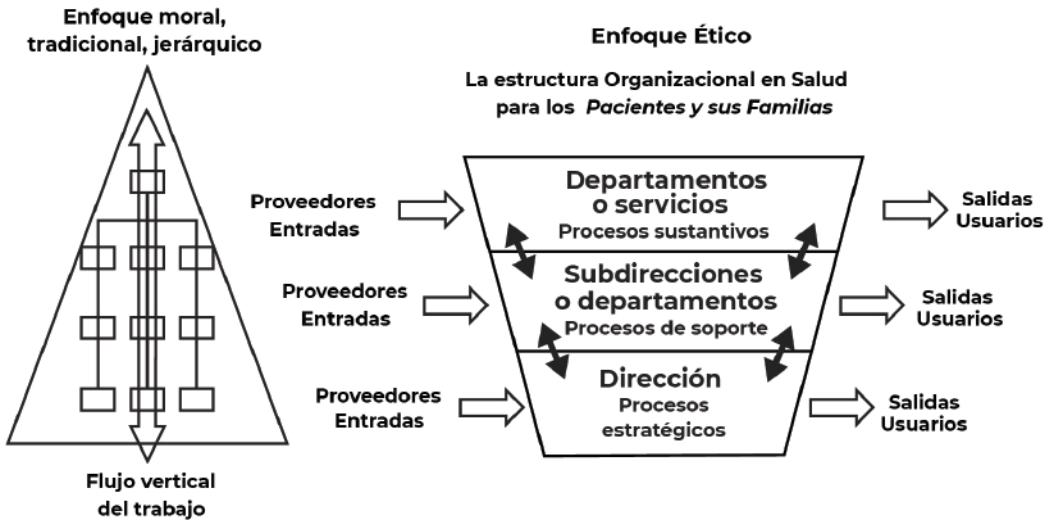
Se propone que el Modelo de Atención a la Salud desde la Perspectiva Bioética contemple los siguientes principios:

- Las personas (pacientes), no los órganos, enfermedades, síntomas, demandas de atención, o cumplimiento de metas o acciones; son a quienes debe ir dirigida la atención a la salud.
- El Modelo de Atención a la Salud, desde la Perspectiva Bioética, reconoce a los trabajadores de la salud como personas y como los elementos más importantes del sistema de atención a la salud, cuyo valor intangible más importante es su conocimiento, fruto del aprendizaje y la experiencia y que por lo tanto requieren de cuidados para su bienestar y para que cumplan sus funciones apegados a valores éticos y principios bioéticos.
- Enfoque sistémico, en donde la integralidad y la síntesis, no solo el análisis, constituyan junto con el desarrollo de procesos, fundamentos para la planeación y gestión de los servicios de atención a la salud.
- Considerar en la génesis y estudio del proceso salud-enfermedad, no solamente los factores biológicos, sino los determinantes sociales, económicos, políticos y culturales, entre otros.
- Los derechos humanos, valores éticos y principios bioéticos como guías de la atención a la salud.

- La integralidad, la transdisciplinariedad, la comunicación y el trabajo en equipo como políticas del sistema de atención a la salud; con una estructura orgánica (ética) de pirámide invertida en donde el personal directivo constituya el apoyo y sustento para que los trabajadores de la salud que entregan directamente los servicios a la población cuenten con todos los medios para

realizar las tareas que les correspondan y la comunicación y los procesos fluyan en ambos sentidos, tanto vertical como horizontalmente, de forma orgánica.

- La educación para la salud de los usuarios de los servicios así como el fomento de la salud y la educación continua de los trabajadores de las unidades de atención a la salud.



2. Descripción del Modelo de Atención a la Salud desde la Perspectiva Bioética



El Modelo contempla en su parte superior, en el entorno del sistema, a los usuarios de los servicios de atención a la salud con sus características culturales y derechos humanos. En la parte inferior se muestra un ambiente externo cambiante: demográfico, epidemiológico, económico, tecnológico, cultural, etc., de donde provienen las entradas al sistema y hacia dónde van las salidas del mismo, debiendo existir un equilibrio entre ambos.

Dentro del sistema se señalan los grandes procesos que realizan los trabajadores de la atención a la salud, en la parte superior por su importancia, los que llamaremos sustantivos, que son aquellos que se realizan directamente con los usuarios y que implican de forma determinante la llamada relación profesional de salud-paciente o relación clínica, me refiero a la atención primaria a la salud y a la atención especializada a la salud, cuyos subprocesos frecuentemente están desconectados y con escasa coordinación entre ellos y dentro de ellos, provocando la persistencia de una atención fragmentada, lo cual limita el desarrollo de la planeación, organización, dirección y control de la atención a la salud de forma integral, afectando la calidad y el financiamiento de la atención a la salud, por lo tanto en el Modelo se destaca como ingredientes indispensables, primero reconocer que los sujetos de estudio son personas y que de ellas el objeto de estudio es el proceso salud enfermedad, entendiéndolo como proceso no solamente biológico, sino también histórico, social, continuo, bidireccional y dialéctico, y segundo una relación y coordinación estrecha entre los establecimientos de atención primaria a la salud con los de atención especializada a la salud para efectos de planeación, organización, gestión y evaluación.

En la parte intermedia del Modelo por debajo de los procesos sustantivos, encontramos a los procesos de soporte, representados por la administración operativa, la educación y la investigación en salud, que con frecuencia se efectúan de manera aislada de los proce-

sos sustantivos, cumpliendo solamente funciones y actividades propias de cada departamento, por lo tanto es necesaria también aquí la coordinación con los servicios que directamente atienden a la población, para que, por una parte, se cuente con oportunidad con los medios necesarios para realizar la atención a la salud y se realice la vigilancia y el control correspondientes y por la otra, se cree un ambiente académico dentro de los establecimientos de salud, se satisfagan las necesidades reales de capacitación del personal y se mejoren sus competencias, tanto en lo técnico como en lo humano, ético y legal. Asimismo promover condiciones para que el personal de salud en formación en su proceso de aprendizaje adquiera los conocimientos y experiencias propios de su perfil profesional, tanto en lo científico y técnico como en el aspecto humano, contribuyendo en ese proceso educativo a la atención y cuidado integral de los pacientes.

Por otra parte y dentro de este enfoque sistémico y de integralidad, los productos de la investigación científica deben permitir la obtención de nuevo conocimiento y siempre que sea posible la solución de necesidades o problemas de la atención médica.

En la parte inferior del Modelo se encuentran los procesos directivos o estratégicos, que inician con identificación de las necesidades en salud de la población desde un enfoque social y con las características del proceso salud-enfermedad referidas en la introducción, así como las condiciones del medio ambiente, a efecto de integrar un diagnóstico de salud y situacional que de paso a los procesos de planeación, gestión y control de la atención a la salud y al desarrollo de los servicios de atención médica. Los procesos directivos o estratégicos se representan como soporte tanto de los procesos sustantivos como los de la administración operativa, educación e investigación.

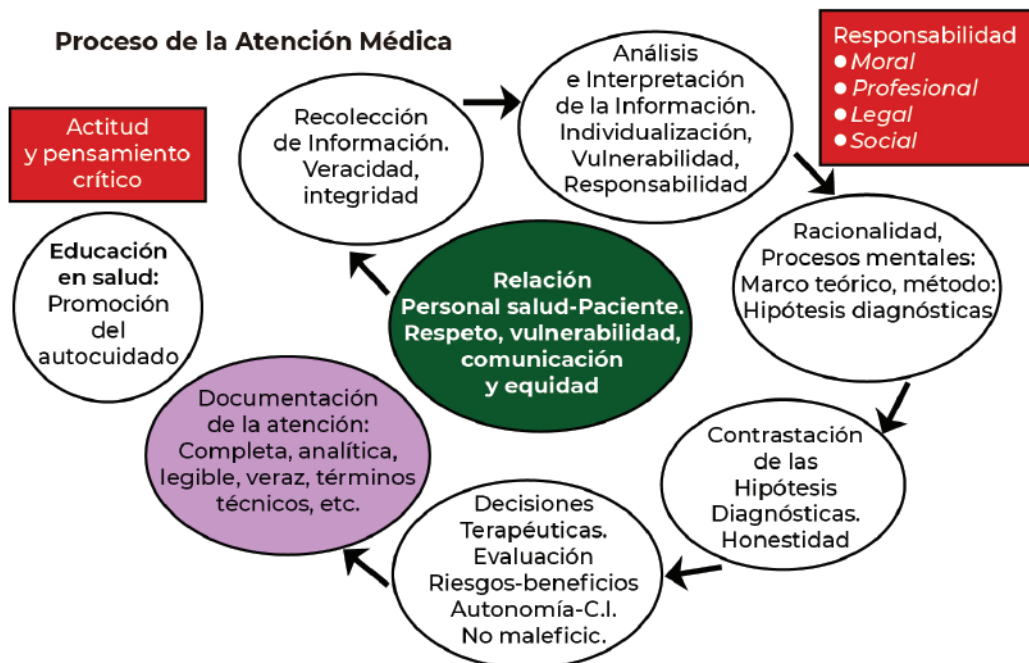
Enseguida, en la parte derecha del Modelo, encontramos a la bioética representada legalmente en las unidades hospitalarias por

los Comités hospitalarios de bioética y los Comités de Ética en Investigación, a continuación la promoción de valores éticos, tales como el respeto y un buen proceso de comunicación, así como otros valores como la responsabilidad, la libertad, la honestidad y la justicia, así como principios bioéticos (autonomía, beneficencia, no maleficencia, justicia, confidencialidad, vulnerabilidad, etc.) aplicados en los tres tipos de procesos: sustantivos, de soporte y directivos, contribuyendo con su aplicación a incrementar la seguridad de los pacientes, responsabilidad también de los encargados de los procesos directivos, quienes además procurarán la ca-

lidad y eficiencia de la atención y el bienestar de los trabajadores de la salud.

En la parte extrema derecha se muestra un elemento indispensable para entrar en un proceso de mejora continua, la actitud y pensamiento crítico, entendida como una actuación consciente y juiciosa, con la finalidad de construir, dirigida en primer lugar a uno mismo y enseguida al entorno, a partir de la reflexión de nuestra experiencia, sin mayores límites que los establecidos por la historia, sin esta actitud crítica el sistema y sus procesos no cumplirán con los atributos del Modelo.

3. El proceso de la atención médica



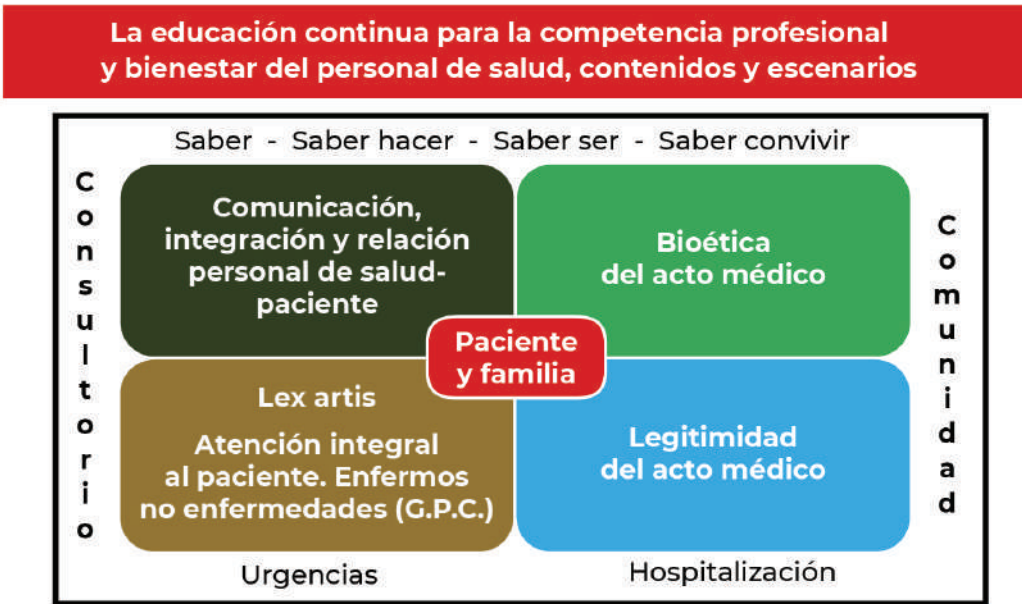
Este esquema sustentado en el método científico y en los valores éticos y principios bioéticos, muestra la secuencia de acciones que debe seguir la atención clínica individual por el profesional de la salud, ubicando en el centro del proceso a la relación

profesional de salud – paciente o relación clínica, la cual debe contemplar el respeto como uno de los valores más importantes, así como la equidad, con un proceso efectivo de comunicación.

El resto de los círculos concéntricos muestran las distintas etapas del proceso de la atención médica con sus características técnico científicas, éticas, bioéticas y legales; desde la recolección de la información hasta la documentación del acto clínico, terminando con la educación para la salud.

4. Educación continua para la competencia profesional y bienestar del personal de salud

Para lograr que el profesional de la salud entienda el enfoque sistémico y procesal del Modelo la misión y visión a cumplir y realice sus actividades bajo ese enfoque y sin olvidar que se requiere superar su desempeño y procurar su bienestar, es indispensable crear en el sistema un ambiente académico, con un proceso de educación continua que permita contar con las competencias clínicas necesarias y su bienestar, se presenta un esquema en donde se muestran los grandes contenidos y los escenarios del proceso educativo.



En la parte superior del rectángulo se señalan los cuatro criterios que deben estar presentes en todo proceso educativo con características integrales: adquisición de conocimiento (saber), aplicación del conocimiento en la práctica clínica (saber hacer), incorporación de valores y principios éticos y bioéticos (saber ser) y propiciar relaciones interpersonales adecuadas con pacientes, familiares, compañeros de trabajo y autoridades (saber convivir).

En el centro del Modelo se encuentra el paciente y la familia como núcleo, objetivo central y receptores de las competencias clínicas del personal de salud.

Alrededor se muestran los cuatro grandes contenidos a considerar en el proceso de educación continua, que pretenden dar integralidad al aprendizaje no solamente en los aspectos técnicos, sino también en la dimensión humana: la relación personal de salud-paciente o relación clínica, que tiene

como propósito recuperar y fortalecer el aspecto humano de la atención a la salud, acompañada del desarrollo de la comunicación y la integración de grupos de trabajo.

Enseguida se observa a la *lex artis* o conjunto de normas o criterios actuales, universalmente aceptados, para la atención al proceso salud-enfermedad, insistiendo para no olvidar que el centro de atención son las personas, que no se debe hablar de enfermedades sino de enfermos los cuales son seres humanos individuales que viven la salud o la enfermedad. Esta *lex artis* en mucho está representada por las guías de práctica clínica.

El siguiente gran contenido es la bioética del acto médico, fortaleciendo también el lado humano de la atención, la responsabilidad moral y social, así como la aplicación de los valores éticos, principios bioético y el conocimiento bioético pertinente en la relación clínica, así como en el análisis de problemas y dilemas bioéticos.

El cuarto contenido general es la legitimidad del acto médico, cuya finalidad es cum-

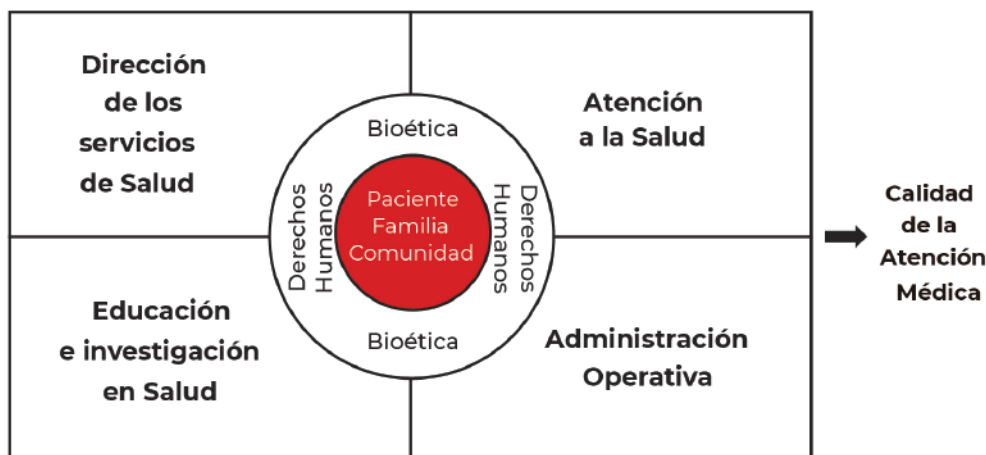
plir el acto médico de acuerdo al marco legal que corresponda. Con esas competencias se contribuye a evitar la mala praxis con todas sus consecuencias negativas.

En los bordes laterales e inferior se observan los escenarios en donde se deberán mostrar las competencias clínicas: consultorio, urgencias, hospitalización y comunidad.

5. Los derechos humanos y la bioética como guía del sistema de atención a la salud

Finalmente, a manera de conclusión, se insiste en la orientación del sistema de salud al paciente y a la familia y se propone que los derechos humanos y la bioética sirvan de guía en las funciones no solo de la atención médica, sino en la gestión de los servicios de salud, la educación y la investigación en salud y la administración a nivel operativo, estatal o delegacional, para otorgar servicios con oportunidad, calidad, ética, eficiencia, efectividad, que contribuyan a mejorar la seguridad de los pacientes y la calidad de vida de la población usuaria de los servicios, en un ambiente que favorezca el desarrollo y bienestar de los trabajadores de la salud, finanzas sanas y rendición de cuentas.

Los derechos humanos y la bioética como guía del sistema de atención a la salud



Incidencias en Bioética y la Atención Primaria de Salud. Apuntes para la reflexión

Gabriela Pineda Hernández

El origen de la Atención Primaria de Salud (APS) se remonta a 1978, en la Conferencia Internacional de Alma Ata, Kazajistán, donde se establecieron sus fundamentos bajo el lema: "Salud para todos en el año 2000"; fue definida como el conjunto de valores rectores para el desarrollo sanitario, y de principios para la organización de los servicios de salud, estableciendo criterios para atender las necesidades prioritarias y los determinantes fundamentales de la salud. Se destacan aspectos de solidaridad, justicia distributiva, sostenibilidad, equidad, accesibilidad, eficiencia y adaptabilidad para allegar los servicios de salud a las personas y a la comunidad y franquear las posibles barreras que pudieran presentarse en el acceso y la prestación de servicios.

Si bien, la bioética puede ser asociada con la medicina especializada y de alta complejidad, podemos encontrar importantes aplicaciones en el espacio de la salud comunitaria a través de su incorporación en la APS, pues coadyuva a garantizar servicios accesibles, oportunos, justos, equitativos y de calidad que den respuesta a las necesidades de salud de la población, tomando en cuenta el contexto sociocultural y la diversidad cultural. Considerando los componentes básicos de la APS, la bioética tiene injerencia directa en aspectos como la educación sanitaria, la investigación social, la corresponsabilidad y la práctica clínica enfocada a la prevención, diagnóstico oportuno, control y tratamiento de las enfermedades no transmisibles, la justicia distributiva, el uso eficiente de recursos, la humanización de la atención a la salud, la formulación de políticas públicas transversales y la planeación estratégica como compromiso con la sostenibilidad. Además, debido a que en los distintos momentos del proceso de atención a la salud y del continuo vital inevitablemente se presentaran dilemas que requieren los recursos de la bioética como disciplina que promueve la deliberación y el análisis plural en la resolución de los mismos.

Es así, que la APS puede enriquecerse con la identificación de las incidencias en bioética en las entidades federativas, esto es, aquellas problemáticas o acciones que producen un determinado impacto en la salud de la población y que son analizadas desde la óptica de la bioética, tales como embarazo en adolescentes y niñas, interrupción del embarazo, técnicas de reproducción humana asistida, mortalidad materna, salud mental, obesidad y diabetes, cuidados paliativos, interculturalidad en salud, migración, enfermedades prevenibles por vacunación, enfermedades transmitidas por vector, como el dengue, paludismo, chikungunya, y el saneamiento ambiental, entre otras temáticas vinculadas de manera estrecha con las que toca la APS. Además, la forma en la que surgen las incidencias y las estrategias para su atención, pueden mostrar aspectos regionales y culturales particulares que deben ser tomados en cuenta pues la APS, así como la sinergia con la visión bioética de la atención humanística, donde el conocimiento del entorno, la cosmovisión y la multiculturalidad son requisitos para una atención a la salud integral.

La esencia de la bioética está presente en todo momento de la atención. Por citar algunos ejemplos: beneficencia al momento de actualizar y aplicar los conocimientos en beneficio de la población; no maleficencia al referir de manera oportuna casos que ameriten intervenciones de mayor complejidad; autonomía al respetar los derechos y las decisiones de los pacientes; justicia, la distribución de los recursos de la mejor manera posible y para quien más los requiere.

Dentro los principales objetivos para conocer las incidencias está sensibilizar y capacitar al personal de salud que cotidianamente se enfrenta a situaciones que implican aspectos bioéticos, como la correcta prescripción de medicamentos, la solicitud de exámenes de laboratorio y gabinete realmente necesarios, el priorizar la atención en casos urgentes. Por ello, resulta crucial brindar elementos para enfrentar los desafíos en sa-

lud que plantea nuestro país derivados de los cambios epidemiológicos y demográficos, el contexto sociocultural y económico, las enfermedades emergentes, la situación medioambiental, los efectos de la globalización de la salud y la inserción de nuevas tecnologías. El personal de salud requiere de conocimientos no sólo técnicos, sino interpersonales, como la capacidad de interactuar respetando la multiculturalidad que caracteriza a nuestro país, con respeto a los derechos humanos, con enfoque de género, y el liderazgo que permitan al prestador de servicios brindar atención a lo largo de la vida, en beneficio del ser humano y de la nación. Por ello, es preciso que en la formación del equipo de la salud se integre la bioética de manera transversal a lo largo de los ciclos básicos y clínicos, para generar profesionistas capaces de ejercer su conocimiento de manera responsable y humana.

A fin de contribuir al arraigo de la bioética en la APS, la Comisión Nacional de Bioética busca asegurar la participación de todos los sectores de la sociedad, fomentando espacios de diálogo para abordar los temas de mayor incidencia en los ámbitos regional y local de nuestro país, siendo las Comisiones Estatales de Bioética (CEB) actores clave para la promoción de la bioética y la APS, a través de actividades de asesoría, capacitación y divulgación dirigidas tanto al personal de salud como a los individuos y sus comunidades abordando temáticas como embarazo en adolescentes y niñas, muerte materna, violencia obstétrica, técnicas de reproducción humana asistida, cuidados paliativos, donación de órganos, suicidio, adicciones, atención a personas con discapacidad y malformaciones congénitas, entre otras¹.

El seguimiento de las incidencias en bioética es un ejercicio relevante que contribuye a la importancia del desarrollo ético de la sociedad en su conjunto, teniendo como horizonte garantizar que la población mexicana, sin distinción de clase, género, grupo etario, condición de discapacidad, lugar de residencia o cultura, tenga acceso a servi-

“El origen de la Atención Primaria de Salud (APS) se remonta a 1978, en la Conferencia Internacional de Alma Ata, Kazajistán, donde se establecieron sus fundamentos bajo el lema: “Salud para todos en el año 2000”.

cios integrales de salud. Los apuntes aquí presentados invitan a reflexionar, pero sobre todo, deben conducirnos a acciones para brindar a los profesionales de la salud, a los usuarios de los servicios y a los tomadores de decisiones las herramientas necesarias para integrar a la bioética como un elemento cotidiano que forme parte de la identidad y del quehacer diario de su ardua tarea, al tiempo de aprovechar las estrategias y redes comunitarias de las localidades de nuestro país y acercar las tecnologías de la información y los medios de difusión masivos para expandir el acto médico humanístico a la par del acto médico técnico y científico. Por lo anterior, es crucial la participación activa de las diferentes instancias y actores que se apropiarán del conocimiento bioético y que, en términos prácticos, redundará en una mayor calidad en los servicios de salud mediante mejores prácticas y un trato humanitario del equipo de salud, y en el fortalecimiento del rol indispensable de la comunidad y los usuarios como agentes fundamentales para el mejoramiento de su salud.

Referencia

¹ Información obtenida en la Evaluación Operacional de Comisiones Estatales de Bioética (CEB) realizada por la CONBIOÉTICA en el 2019 y que recoge datos sobre la operación de las CEB de enero a diciembre de 2018.

Atención Primaria de Salud, Panorama Nacional

Tzaraii I. Pérez-Islas, David F. Mares-Silva y Luis Martínez-Liévano

Resumen

Los retos del Sistema de Salud en México, confluyen en superar carencias de recursos (humanos, materiales y financieros) a fin de asegurar el acceso efectivo a servicios de salud a pesar de la fragmentación que lo ha caracterizado por años. Ante ello, un enfoque de Atención Primaria de Salud, donde el centro de todas las acciones sean las personas y sus necesidades reales, es la respuesta humana y técnicamente viable con la que se propone estructurar el camino hacia una mejor oferta de servicios.

Ante ello, con un trabajo interinstitucional, se aterriza en la conceptualización de Atención Primaria a la Salud Integral e Integrada en México (APS-I Mx) cuyos ejes de la transformación para el sistema de salud en el país desde una visión sistémica son: el Modelo (macro), las Redes Integradas de Servicios de Salud (táctico) y los Distritos de Salud (operativo).

Introducción

Inmersos en un momento histórico en el que ha quedado de manifiesta en el mundo la necesidad de contar con sistemas de salud eficientes en la generación y uso de sus recursos así como integrados entre todos sus actores, debiendo tener una clara orientación hacia preservar y mejorar la salud de las personas a fin de entregar resultados palpables en su día a día, se hace imperante renovar la fuerza de la Atención Primaria a la Salud (APS) definida ya hace más de cuatro décadas en la Conferencia en Alma-Atá.¹ (The Pan American Health Organization, 1978)

El panorama nacional nos enmarca en un contexto de mayores requerimientos para el tratamiento de las enfermedades, ya que ha quedado de manifiesto que padecimientos como la depresión, diabetes, discapacidad,

violencia familiar o la dependencia a sustancias no se solucionan con una sola persona, un solo medicamento, una investigación de alta especialidad, ni mediante el análisis de una sola disciplina, el incremento de subespecialidades, la construcción o incorporación de nueva infraestructura, sino que es necesaria la integración de los talentos y capacidades de cada persona en la red de atención a la salud.

Es por ello que resulta un reto para el Sistema de Salud por un lado, formar equipos de personas capaces de integrar los servicios basados en la empatía con las necesidades de las personas, en respeto a sus modos de vida, sensibilidad ante sus preocupaciones y sobre todo al comprender lo que les representa afrontar una enfermedad. Y por otro lado, conformar en armonía la integración necesaria de procesos para dar atención y apoyo con claridad en la realidad social de grupos vulnerables, como la presión económica, la accesibilidad a servicios, los cambios familiares que se dan al afrontar una enfermedad crónica, la transformación familiar que resulta de un accidente o de la lucha contra las adicciones.

Sin duda, las condiciones de salud de la población en México son reflejo de una implementación limitada de los conceptos de la APS como una política asistencial para la población más vulnerable y, en consecuencia, las decisiones gubernamentales deben ser replanteadas ante la realidad de una sociedad demandante de universalidad y equidad en el acceso a los servicios.

Atención Primaria a la Salud Integral e Integrada en México (Aps-I Mx)

Ante la identificación de la necesidad de hacer una profunda revisión de los resultados en materia de salud, la Secretaría de Salud, retomando los objetivos de la APS durante

“Los retos del Sistema de Salud en México, confluyen en superar carencias de recursos (humanos, materiales y financieros) a fin de asegurar el acceso efectivo a servicios de salud a pesar de la fragmentación que lo ha caracterizado por años”.

2019, a través de la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud (SIDSS), encabezó la colaboración interinstitucional de un grupo de profesionales representantes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en sus regímenes Ordinario y Bienestar, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) y Petróleos Mexicanos (PEMEX), a fin de lograr en consenso la definición de APS que reconoce y se adapta a la realidad mexicana definiendo que:

“Para garantizar el derecho a la protección de la salud, resulta imperante instrumentar como eje fundamental el Modelo de Atención Primaria de Salud - Integral e Integrada nacional el cual permita claramente transformar los servicios de salud a nivel nacional y transitar hacia el acceso universal y efectivo con equidad, dignidad, calidad y eficiencia de la asistencia sanitaria, teniendo como principios la participación comunitaria, la intersectorialidad, los agentes comunitarios en salud y las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS).

El modelo de APS-I debe incluir todos los niveles de atención del sistema de salud, y contempla la promoción de la salud, la prevención, la curación, rehabilitación y la atención paliativa.

Los factores de éxito de APS-I para lograr el sistema de salud suficiente que se requiere, debe considerar la reorganización de la gestión donde el componente es el Distrito de Salud determinado por el territorio, el desarrollo de conocimientos y capacidades de la fuerza laboral, la suficiencia, optimización e integración de todos los recursos para la salud, la tecnología incluyendo la información e inteligencia de datos y el financiamiento.”

Dentro de este consenso de Atención Primaria de Salud Integral e Integrada en México (APS-I Mx) se realiza un abordaje sistémico que inicia en la comprensión de los contextos regionales y culturales tan diversos que prevalecen a lo largo y ancho del territorio. Es por ello que bajo la premisa de reingeniería de la prestación de servicios de salud, desde la periferia hacia el centro y de abajo hacia arriba, se definen tres ejes de la transformación del Sistema Nacional de Salud, a saber, el **Modelo de APS-I Mx** con la visión macro, las **Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS)** con la orientación táctica y los **Distritos de Salud (DS)** como eje operativo (ilustración 1)

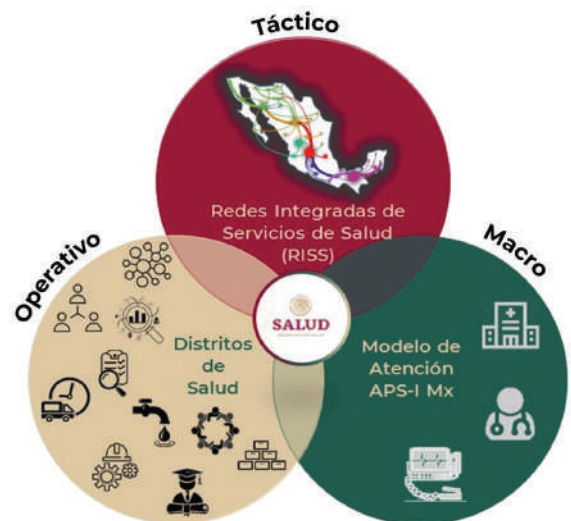


Ilustración 1.

Los 3 ejes de la transformación del Sistema de Salud en México

“El modelo de APS-I debe incluir todos los niveles de atención del sistema de salud, y contempla la promoción de la salud, la prevención, la curación, rehabilitación y la atención paliativa”.

El **Modelo APS-I Mx** integra el derecho a la protección de la salud, en concordancia con el artículo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, trascendiendo a la imprescindible eliminación tanto de segmentación como fragmentación del sistema público dirigiendo los esfuerzos hacia la construcción del uso efectivo de los bienes e insumos para prestación de servicios necesarios en el diagnóstico y tratamiento, de acuerdo a las necesidades reales de las personas, independientemente de su condición social ya que justamente pone a éstas como centro y origen de todas las acciones.

El modelo de APS-I Mx considera a las RISS no solo como el componente sistémico que permite a las personas acceder al nivel de complejidad de servicios, ambulatorios u hospitalarios, que requieren para la atención oportuna y eficiente de su condición de salud, sino que con una perspectiva de salud como bien social incluyen, además de a los establecimientos prestadores de servicios, a los recursos propios de la población y liderazgos sociales locales, variados en su origen y posición, sucesorios de formas populares y tradicionales de conocimiento, promoviendo la incorporación de la interculturalidad, con participación real y comprometida de

todos. Todo ello representa una reingeniería de Redes donde el uso de sistemas de información representan un elemento fundamental tanto para realizar el mapeo de la referencia y contra-referencia de las personas entre niveles de atención, especialidades y servicios; como para identificar los flujos de tránsito dentro de las regiones geográficas; así como medir puntualmente el desempeño y evaluar el correcto funcionamiento de las mismas. Con ello se crean microsistemas transparentes, oportunos, eficientes, seguros y confiables que permitan establecer y fortalecer las relaciones, principios y vínculos de colaboración entre los diferentes elementos orientados a las personas y así cumplir el objetivo de cobertura territorial, resolutive y al menor costo.

A final de cuentas, la citada **reingeniería de RISS** considera los arreglos sistémicos necesarios para garantizar el tránsito de las personas a lo largo del Sistema Nacional de Salud por una Ruta de Atención Médica Continua (RAMC) definida en la APS-I Mx como aquella que recorre la persona, de acuerdo a determinado padecimiento, para la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedad, rehabilitación y cuidados paliativos, a través de los diferentes niveles y sitios de atención del sistema de saludⁱⁱ. (Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, 2020)

Por esta razón las RISS, son el elemento diseñado tácticamente como un ecosistema de información, procesos y procedimientos para la integración (horizontal, vertical, real y virtual) de la planeación, ejecución, monitoreo y control de recursos para la salud, que permita la gestión ordenada y dinámica de la prestación de servicios de salud, de acuerdo a las necesidades de la población a lo largo del curso de vida, teniéndose el reto de generar consenso entre los intereses y necesidades tanto de profesionales de salud como de la población que demanda sus servicios.

Ahora bien, la propuesta sistémica de APS-I Mx considera no solamente el diseño macro de una conceptualización de un Modelo o el abordaje de unión de actores y sistemas, sino que en la organización de los Distritos de Salud (DS) se fundamentan componentes funcionales que dan apoyo a las acciones de salud, mismos que para poder alcanzar los resultados esperados deben no solamente integrarse sino interiorizarse dentro de la visión de todas las áreas que componen tanto el Sistema de Salud rector, como los propios micro sistemas en cada Entidad dado que es principalmente en los Distritos de Salud donde convergen la administración de niveles gerenciales y la operación en el territorio, al definirse como el Organismo de la Secretaría de Salud con carácter técnico-administrativo y de gestión del Sector Salud, facultado para planear, coordinar, ordenar, ejecutar y evaluar los procesos del modelo de APS-I Mx, para contribuir a garantizar el derecho universal a la salud en su territorio de responsabilidad. (Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, 2020)ⁱⁱⁱ

Son diez los componentes funcionales del DS los cuáles tienen su origen en el análisis de las problemáticas reales que presenta el Sistema de Salud en México, desde diferentes ópticas, ya que si bien es cierto que hace falta información precisa para la toma de decisiones o que la infraestructura física y de equipamiento en muchas ocasiones es obsoleta, también se ha identificado un abordaje de salud ajeno a las necesidades específicas de la población y hasta un marcado desinterés de ésta hacia el cuidado y preservación de su salud. De esta forma, los diez componentes son: Participación y Organización Comunitaria, Entornos Saludables, Coordinación Sectorial e Intersectorial, Educación Continua y Capacitación, Monitoreo, Evaluación y Seguimiento, Información e Inteligencia de datos, Gestión de las Redes Integradas de Servicios de Salud, Logística y Operación, Conservación y Mantenimiento y Estructura Orgánica, todos ellos en necesaria comunicación y coordinación para ser realmente los pilares que sustenten las acciones de APS-I Mx.

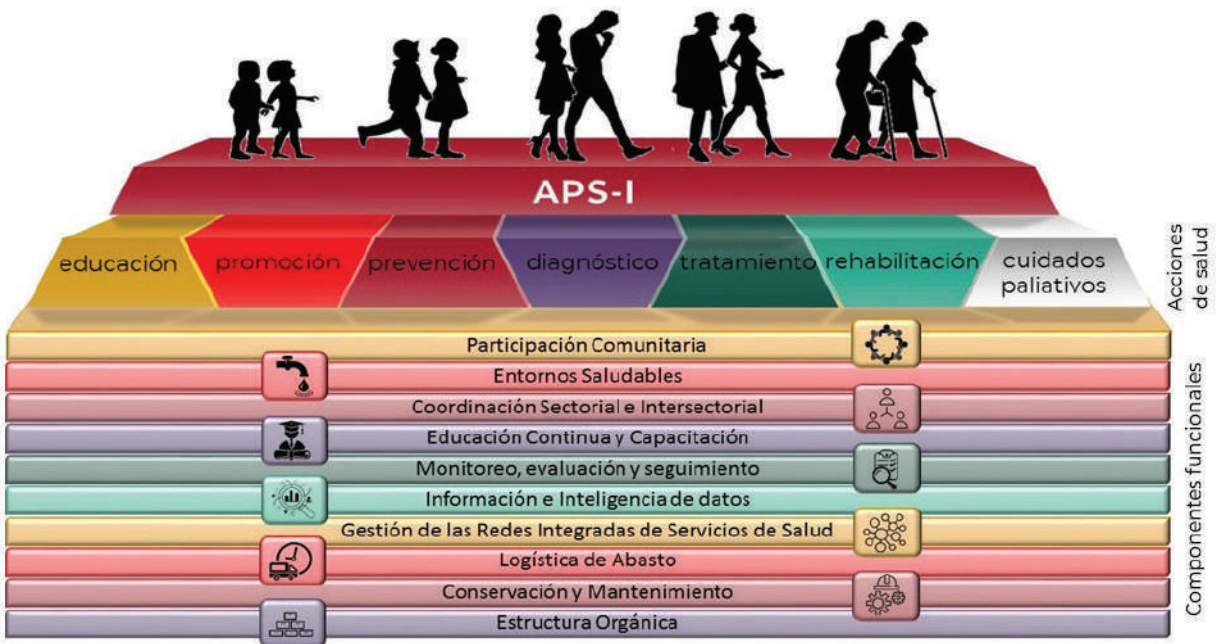


Ilustración 3. Componentes funcionales del DS

De esta forma, la operación en territorio de la APS-I Mx enfatiza, entre otros temas, la necesidad de enfocar los esfuerzos del sistema de salud hacia la **Participación y Organización Comunitaria** como elemento imprescindible en el desarrollo que conlleve a que los prestadores de servicios de salud se involucren de forma activa en el conocimiento de la cultura, valores, creencias, derechos y autonomía de las personas y promuevan el autocuidado, pertenencia, proactividad y autodeterminación en torno a la propia salud comunitaria. Asimismo, el componente de **Entornos Saludables** está estrechamente ligado a la corresponsabilidad de la salud de las personas al promoverse la capacidad de apoyar a la comunidad para mejorar la calidad de su contexto, incidiendo en su bienestar a través del suministro de elementos esenciales (comida, agua, aire, luz, etc) limpios y suficientes, seguridad, espacios libres de contaminantes, sano esparcimiento y educación. En este sentido, es importante tener claro que todo ello no es responsabilidad única de la Secretaría de Salud en cuanto a su resolución, por lo que es preciso fortalecer la **Coordinación Sectorial** no solo al vincular acciones sino en la generación de las propuestas de soluciones y la ejecución de las acciones.

En este mismo sentido, la **Coordinación Intersectorial** es el componente de convergencia de las instituciones de salud para hacer realidad el acceso a servicios de atención médica sin importar la condición laboral de las personas, ofrecer una atención equitativa y distribuir racionalmente de los recursos del sistema de salud. Si consideramos los recursos humanos y el valor de su conocimiento como esenciales en la prestación de servicios la **Educación Continua y Capacitación** toma un lugar especial para el funcionamiento administrativo, técnico, operativo porque implica la innovación y mejora continua de los procesos desde la planeación hasta la atención que recibe el paciente, esto implica se contemplen programas tan-

...“la propuesta sistémica de APS-I Mx considera no solamente el diseño macro de una conceptualización de un Modelo o el abordaje de unión de actores y sistemas, sino que en la organización de los Distritos de Salud (DS)”

to para el personal médico, técnico y administrativo.

La calidad de los servicios otorgados debe considerar a la mejora continua como elemento implícito reflejado en el componente de **Monitoreo, Evaluación y Seguimiento** que será el hilo conductor de acciones que permitan virar el timón en cuanto se identifiquen desviaciones en la ruta de los objetivos de APS-I Mx.

Considerando que la historia de comportamiento en salud de la región se ubique en el componente de sistemas de **Información e Inteligencia de Datos** donde además de la información epidemiológica de la comunidad, se concentre, analice y difunda la información administrativa de las unidades prestadoras de servicios y los recursos de salud, entonces se consolida la **Gestión de las RISS** que, de acuerdo a lo previamente descrito, garantizarán que la personas recorran eficientemente la Ruta de Atención Médica Continua.

La integración de acciones de la APS-I Mx considera, a través de los Distritos de Salud, la distribución racional de los recursos para poder garantizar la resolutivez de las unidades donde se requiere de un excelen-

te desempeño en la **Logística y Operación** para la planeación y abasto de los medicamentos, insumos, materiales y refacciones que se requieren a su vez entre otros en la **Conservación y Mantenimiento** de inventarios completos, equipos médicos y unidades que de esta forma operen de manera adecuada.

Los 9 componentes de los DS descritos hasta el momento tienen una orientación a mejorar la atención a la salud de las personas, familias y comunidades. Es innegable que deberán llevarse a cabo por personas que deberán cubrir perfiles específicos y por lo que la propuesta de **Estructura Orgánica** alineada a los objetivos de la APS-I Mx debe integrar los componentes funcionales en el desempeño de las labores diarias, buscando de esta forma llevar a cabo proceso uniformes integrales e integrados a lo largo y ancho del territorio nacional con lo que se optimizaría el uso de los recursos.

Conclusiones

El estado que guarda la salud de la población en México y los recursos con los que actualmente cuenta el Sistema Nacional de Salud para dar respuesta a las necesidades de las personas, exigen la generación de acciones que de manera armónica integren procesos, herramientas y actores dentro de unas mismas reglas que estén encaminadas a la garantía de acceso efectivo para todo mexicano, redefiniendo el Modelo de atención.

La transformación requerida precisa de un buen entendimiento de la rectoría de la Secretaría de Salud, la cuál debe asumir la responsabilidad de brindar certeza a los derechos de la población por lo que se plantea el modelo de APS-I Mx como conductor de dicha rectoría.

En el marco de APS-I Mx las RISS, se proponen revisar y modificar las creencias, supuestos y prácticas que han prevalecido a lo largo de los años. La generación dinámica de nuevas variables de evolución organiza-

tiva tanto territorial como de los servicios de atención médica, sumada a los avances en infraestructura en salud y al desarrollo personal, deben ser consideradas dentro del replanteamiento de las nuevas RISS, de tal manera que permitan capitalizar las experiencias y desarrollos obtenidos a lo largo los años.

El reto de establecer un sistema fundado en los valores del APS radica en afrontar dos situaciones: la primera, consiste en atender a las personas que viven en condiciones de salud consecuencia de hábitos poco saludables que demandan atención médica de forma periódica, de altos niveles de complejidad médica o ambos y la segunda; implica invertir los esfuerzos hacia la población sana fomentando hábitos y espacios saludables que contribuyan a la calidad de vida. Este aterrizaje en el territorio se realizará a través de los Distritos de Salud.

Finalmente, la consolidación de este trabajo requiere de la participación activa de todos los actores del sistema de salud, a fin de no seguir la dinámica de heredar a nuestros hijos un sistema de salud para solo unos cuantos sino construir en conjunto un nuevo modelo de atención flexible, capaz de responder a las preocupaciones y necesidades de las personas, sus contextos, sus familias, sus historias, en donde llegar a una unidad de salud sea motivo de alivio y donde se acompañe no sólo a recuperar la salud sino a crear hábitos saludables que mejoren la calidad de vida.

Referencias

- i (The Pan American Health Organization, 1978)
- ii (Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, 2020)
- iii (Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, 2020)

Conversación con Oliva López Arellano

En esta ocasión la Gaceta CONBIOÉTICA tuvo la oportunidad de conversar con la Doctora Oliva López Arellano, Secretaria de Salud de la Ciudad de México (CDMX), sobre el papel de la Bioética en el contexto de la Atención Primaria de Salud (APS)



¿Nos puede compartir su interés sobre la aplicación de la Bioética en el contexto de la Atención Primaria de Salud?

OLA: La bioética no es algo lejano al día con día; hablar no sólo de bioética sino de ética de la salud y de derechos en general -humanos, individuales y colectivos- nos coloca en un campo interrelacionado en el que se toman decisiones todos los días sobre temas bioéticos, tanto a nivel ambulatorio como hospitalario; las comisiones, los médicos y el personal de salud en general las toman constantemente. En este sentido, se vincula la atención primaria a la salud integral con los campos de la bioética, la ética y la ética pública para proteger el derecho a la salud; nos permite pensar en una sociedad donde lo bueno y lo justo está presente para todas las personas. Esta idea del derecho a la salud -que entendido en su comprensión más amplia, incluye los determinantes sociales de la salud como plataforma para producir salud como colectivo y el sistema médico sanitario para la protección a la salud- nos permitiría aterrizar la ética de la salud, dado que la bioética aborda los dilemas de reproducción asistida, eutanasia, aborto, etcétera, pero la ética de la salud nos lleva, por ejemplo, a las decisiones sobre dónde colocar los recursos.

Respecto al binomio Atención Primaria de Salud-Bioética, ¿cuáles son las estrategias que se han implementado en la CDMX?

OLA: Lo que buscamos es reducir las brechas, las desigualdades; actuando de manera articulada con otras instituciones y Secretarías para incidir los determinantes sociales, mejorar la calidad de vida de las personas y garantizar el derecho al agua, la alimentación saludable, el disfrute del espacio público, la recreación; todos estos elementos producen salud. El derecho a la salud -entendido como la suma de los determinantes sociales de la salud y el sistema médico sanitario, articulado con la atención primaria de salud integral y con la población, en un entorno de diálogo, participación e incorporación de sus saberes- presenta un espacio enorme de actuación para colocar correctamente los recursos, reducir las brechas y mejorar los componentes del sistema médico sanitario, en cuanto a aceptabilidad, accesibilidad, calidad y no discriminación. Todos estos componentes, desplegados en los instrumentos internacionales y en el derecho a la salud, en los tratados y en los acuerdos internacionales para tener un sistema de salud pública de calidad.

¿Considera usted que los principios de la Bioética son aplicables al quehacer cotidiano del personal de salud y de los tomadores de decisiones?

OLA: Es un momento muy importante para ubicar estos temas y discutirlos desde esta perspectiva. Cuando hablamos, por ejemplo, de los principios de la ética, de la bioética como son maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia, nos colocamos en la atención primaria, en la salud integral. La autonomía es una gran categoría, una aspiración que podemos colocar muy cerca de la participación social; entre más informada esté la gente, se involucrará más en los procesos, la transformación y la producción de su propia salud; tenemos un margen de fortalecimiento enorme, autonomía entendida como colectivo. Si otro de los componentes es la justicia, estaríamos pensando en la ra-

cionalización de los recursos, la reducción de las inequidades en salud y la intensificación de acciones en aquellas poblaciones que tienen mayor desventaja, que han sido vulneradas estructuralmente; esas son las que nos toca atender con mayor urgencia.

Con respecto a la participación social y corresponsabilidad, ¿cuáles son los mayores retos que se enfrentan en la prestación de servicios?

OLA: La hegemonía del modelo biomédico y la dimensión hospitalaria se puede transformar desde la atención primaria a la salud integral, porque se trabaja en los territorios, con la gente, para la gente y ahí se construye una visión de salud distinta, que no sólo es estar enfermo, sino producir salud, disfrutar la vida y tener una mejor condición. Por ejemplo, nosotros insistimos en que la salud y la educación son dos metacapacidades que posibilitan el uso de todos los recursos, no solamente los monetarios sino todos los que tienen que ver con el disfrute, prevención, promoción de la salud, atención temprana y cuidado y permiten expandir nuestras capacidades humanas.

Otro reto importante es lograr que los trabajadores de la salud se involucren con la población para transformar sus condiciones de vida; trabajar con la gente en promoción de la salud para generar un cambio profundo, estructural, no solamente en el estilo de vida, porque este último requiere un soporte estructural. La atención primaria a la salud integral surge del trabajo con las poblaciones, movilizándolo sus saberes, capacidades y recursos; a todos los trabajadores de la salud nos toca una tarea de intermediación estratégica entre el sistema de salud, las concepciones de enfermedad y el día a día de la población.

“La bioética no es algo lejano al día con día; hablar no sólo de bioética sino de ética de la salud y de derechos en general -humanos, individuales y colectivos- nos coloca en un campo interrelacionado en el que se toman decisiones todos los días sobre temas bioéticos, tanto a nivel ambulatorio como hospitalario”.

¿Puede darnos algunos ejemplos de la aplicación cotidiana de la Bioética en la Atención Primaria de Salud?

OLA: Es la propuesta de la OMS y la OPS; se incorpora la intersectorialidad en la atención primaria a la salud integral. Cuando alguien permite que se transforme un parque en un estacionamiento, está indirectamente afectando la salud de un colectivo porque está acercando producto chatarra, porque está encareciendo los productos, porque está quitando un espacio de recreo y de encuentro; todas estas cosas se tienen que ver y pensar.

La infantilización de los adultos mayores, de las mujeres; algunos médicos, por ejemplo, tratan a los pacientes como si fueran personas carentes de decisión y de inteligencia. Otro ejemplo, es la resistencia en la entrega de métodos anticonceptivos para adolescentes.

“La autonomía es una gran categoría, una aspiración que podemos colocar muy cerca de la participación social; entre más informada esté la gente, se involucrará más en los procesos, la transformación y la producción de su propia salud...”

En cuanto al abordaje multidisciplinario propuesto en la Atención Primaria de Salud, ¿cuál es su experiencia?

OLA: Que es mucho mejor un equipo en campo liderado por un enfermero o por un trabajador social, porque su formación les permite un dialogo más horizontal, el médico en general es más distante; enfermería ha avanzado mucho, trabajo social, psicología; es importante que se sumen por el tipo de problemas que estamos enfrentando como sociedad pero no hay suficientes. El promotor de salud puede ser también un mediador.

¿Nos puede compartir una última reflexión para los lectores de la Gaceta?

OLA: Que cuando hablamos de justicia también hablamos de atención primaria a la salud; que la justicia no sólo es un problema de retribución de recursos, servicios o beneficios sociales, sino que tiene que ver con el reconocimiento de las poblaciones; la APS nos permite reconocer a las poblaciones; la gente tiene mucho que decir para mejorar su condición de vida, proteger la salud, mejorar los servicios y contribuir a sociedades

más saludables, tiene mucho que decir; han resistido, han sorteado múltiples situaciones; nos tenemos que acercar con respeto, con una postura de diálogo, para poder incorporar esos saberes en los servicios de salud. Entonces tenemos, no sólo que retribuir los servicios, sino reconocer a las poblaciones como como sujetos de derecho y que esas poblaciones tengan alguna representación, que la población participe en la definición de agendas públicas en materia de salud. La atención primaria a la salud, vuelve a tomar un impulso renovado, lo retoma OMS y la OPS, hay que aprovecharlo.



imagen: www.freepik.com

La ciencia al servicio del bien común, un dilema bioético

Carlos Pérez López

“Si queremos un mundo de paz y justicia hay que poner decididamente la inteligencia al servicio del amor”

Antoine de Saint-Exupéry

La Bioética es una disciplina relativamente nueva, hace apenas un poco más de 50 años, en la región occidental del planeta, la reflexión y atención de problemas de índole moral, como la vida, la salud y la medicina, eran temas propios de la teología moral de la iglesia católica, la deontología médica y la medicina legal. Fue en 1969 cuando se fundó en Hastings, cerca de Nueva York, USA, el *Institute of Society, Ethics and the Life Sciences*, un centro interdisciplinario en el orden de las ciencias experimentales y las ciencias humanas con el objeto de estudiar los problemas éticos de las biotecnologías; sin embargo el término Bioética (“*una nueva materia de estudio que enlaza el conocimiento biológico con el conocimiento de los sistemas de valores humanos*”) se empezó a utilizar a partir de 1970, fecha en la que Van Lenselaer Potter, destacado oncólogo, publicó el Artículo *Bioethics: the Science of Survival*, título que subrayaba la amenaza latente sobre la especie humana (desequilibrios biológicos, daño de los ecosistemas). Así pues, este conocimiento se ha desarrollado en torno a la capacidad de tomar decisiones que procuren una “*supervivencia humana valiosa en un contexto de progreso físico, cultural y filosófico*”.

Las últimas 4 décadas han mostrado un gran afán de coordinación internacional en torno al tema, al grado que existe un Comité Internacional de Bioética, con sede en París, constituido en 1993, por la UNESCO.

Hoy en día, la Bioética abarca una multiplicidad de temas, acuñados en el término **Bioética Global**, mismo que abarca los principales temas del quehacer académico, científico, sociocultural y político del mundo que son motivo de posibles consecuencias que ponen en riesgo la sustentabilidad de la vida en el planeta (incluyendo la humana).

La economía mundial de mercado (al menos hasta antes de la pandemia por Covid 19) y los grandes avances tecnocientíficos

han caracterizado la llamada **Sociedad del Conocimiento**, recientemente rebautizada como **Sociedad del Riesgo** (Beck 1998) para llamar la atención sobre la necesidad de proteger el ethos vital.

Es un hecho, evidenciado por múltiples fuentes (medios de comunicación, universidades, redes sociales, etc) que la **ciencia y la tecnología** están envueltas en un enorme tejido de intereses económicos y políticos que rebasan los enfoques humanísticos, éticos y ecológicos dejando atrás los principios de prudencia y responsabilidad (un filósofo moderno, desde el anonimato, ha expresado metafóricamente que “el verdadero Anticristo.. es la ciencia y la tecnología”).

La “mundialización del conocimiento y del mercado” y la pérdida creciente de la diversidad cultural (tendencia a pensar y a hacer lo mismo) hace verdaderamente urgente la toma de conciencia sobre el riesgo de estropear el sistema de valores que da consistencia al andamiaje social y con ello a las condiciones de vida digna para miles de millones de personas.

En este marco, cobra especial relevancia el **aspecto cultural**.

Según la Real Academia Española, la cultura es “*el conjunto de modos de vida y costumbres, conocimientos y grado de desarrollo artístico, científico, industrial, en una época y grupo social*”; esto es, en términos generales, la totalidad de las prácticas humanas y su cosmovisión.

De acuerdo con lo anterior observamos, entre otras cosas, que hemos cultivado un “antropocentrismo exacerbado” mismo que nos conduce a lo que el filósofo y sociólogo francés Edgar Morin (2002) denominó “*el sojuzgamiento de la naturaleza*”. Damos por hecho (falsamente por supuesto) que la naturaleza es inagotable y deseamos ponerla a nuestro servicio, en un acto de suprema soberbia.

La Bioética pues, puede ayudarnos a organizar y ordenar las distintas percepciones culturales sobre lo vivo en el planeta ante la globalización del conocimiento tecnocientífico, es decir preservar el respeto a la diversidad de expresiones culturales (la emergencia sanitaria mundial por el Covid 19 ha demostrado los alcances, en tiempo y forma, de la cultura dominante sobre la cultura local, “homogeneización” cultural).

Cada individuo desarrolla complejas interacciones con la sociedad donde crece y define en consecuencia, importantes aspectos de su identidad y de su idiosincrasia.

Cada sociedad y su cultura suponen un sistema complejo, el cual por definición no es predecible. Eventualmente surgen patrones emergentes que tienden a la “estabilización” o “adaptación” del sistema. Cada grupo social vive una dinámica compuesta por la interacción de múltiples factores y variables ocultas de muy diversas índoles lo cual determina su diversidad y sus diferencias con otras sociedades; por lo tanto, no podemos explicarlos a través de criterios *lineales* o reduccionistas.

Estas diferencias culturales entre sociedades resaltan, de manera clara, la importancia del estudio y antelación de la cultura en la reflexión ética con el objeto de que las decisiones en el devenir de la humanidad sean más humanas, más racionales y técnicas.

En 1996, la UNESCO, a través del extenso informe de la Comisión Internacional sobre la educación para el Siglo XXI señaló, entre varios puntos, la enorme importancia de **“aprender a convivir”** en un mundo caracterizado por la falta de empatía y la violencia.

“Según la Real Academia Española, la cultura es “el conjunto de modos de vida y costumbres, conocimientos y grado de desarrollo artístico, científico, industrial, en una época y grupo social”; esto es, en términos generales, la totalidad de las prácticas humanas y su cosmovisión”.

La perspectiva cultural de la Bioética debe reflejarse en las políticas públicas integrales de todos los estados y países del mundo con el fin de encausar un mejor entendimiento entre los seres humanos, con reconocimiento a la pluralidad y la identidad como factor de cohesión dentro de la diversidad.

El futuro inmediato es incierto debido a las consecuencias de la emergencia sanitaria mundial, el *statu quo* no será el mismo con el que empezamos 2020, es posible que se modifiquen algunos factores en la dinámica cultural, social, política y económica; sin embargo, seguramente surgirán patrones y procesos que traten de equilibrar los sistemas.

En esta “nueva realidad” la Bioética tendrá, como nunca en su historia, la posibilidad de potenciar las intervenciones por la convivencia (más allá de la humana) para la sustentabilidad y mejor calidad de vida en el panorama mundial.

Referencias

- https://scholar.google.com.mx/scholar?hl=es&as_sdt=0,5&as_vis=1&qsp=1&q=global+bioethics+encyclopedia&qst=ib
- <http://scifunam.fisica.unam.mx/mir/mundo.html>
- http://innovacioneducativa.uaem.mx:8080/innovacioneducativa/web/Documentos/educacion_tesoro.pdf

Sugerencias editoriales de la CONBIOÉTICA

Psiquiatría y salud mental para médicos de primer nivel

Rafael J. Salin-Pascual

Independently published

2019



Este libro trata de acercar al médico de primer nivel, médico general, médico familiar o incluso médicos no especialistas, al diagnóstico y tratamiento de los problemas de psiquiatría y salud mental. En un mundo en donde la prevalencia de estas alteraciones es cada vez mayor, y la formación de nuevos psiquiatras se retrasa por diversos motivos, este texto es esencial para desmitificar esta especialidad médica y acercarla al equipo de primer nivel. Los médicos llevan pocas semanas de psiquiatría en el plan curricular de licenciatura, a todas luces desbalanceado del resto de las demás especialidades médicas y quirúrgicas. Por ejemplo, ginecología y obstetricia es uno o dos años, pediatría un año, cirugía y anestesiología dos años y psiquiatría cinco semanas.

El 10 de octubre es el *Día Mundial de la Salud Mental*, sin embargo, se sigue considerando una especialidad poco relevante, esto pese a que la depresión ocupa el primer lugar de invalidez a nivel mundial y los suicidios van en aumento. Hay que añadir el problema de las adicciones a las drogas y los efectos de su legalización. Es necesario que la salud mental se atienda por un equipo que incluya médicos(as) de primer nivel, enfermeros(as) psiquiátricos(as), psicólogos(as) clínicos(as) y trabajadores(as) sociales psiquiátricos(as); coordinados por especialistas en psiquiatría.

Atención primaria. Problemas de salud en la consulta de medicina de familia

Amando Martín Zurro

Elsevier España

2019



A lo largo de siete ediciones y más de treinta años, esta obra se ha consolidado como un referente para los profesionales de la medicina familiar y comunitaria que prestan servicios en las diferentes áreas de la atención primaria. En esta nueva edición, no solo se han actualizado los contenidos, sino que se ha modificado su estructura y se han renovado los autores. El texto enfatiza los aspectos preventivos, diagnósticos y terapéuticos.

A lo largo de los diferentes capítulos presenta los elementos conceptuales básicos de la atención primaria desde la perspectiva de la Medicina y de la Enfermería. El primer volumen *Problemas de salud en la consulta de medicina de familia*, incluye un nuevo capítulo sobre la atención centrada en la persona; también se reagrupan temas, como la medicina basada en la evidencia, guías y protocolos, promoción, prevención y factores de riesgo. En cuanto al tema de la autoevaluación, que en ediciones previas estaba disponible *on line*, ahora es un libro complementario al contenido de atención primaria.

Funciones para el personal Enfermería: en el equipo de Atención Primaria de Salud

Yusimy Mesa Rodríguez y Yosiee Bonilla Machado

EAE

2019



El futuro de la atención primaria de salud no se dirige a la atención de la enfermedad, ni a la esfera de lo individual. La importancia de la proyección de este nivel asistencial viene condicionada por su capacidad para dirigir sus prioridades hacia la promoción de salud, trabajada en el ámbito grupal, por esto, exige perfiles profesionales distintos a los que hasta ahora eran el centro asistencial preponderante. La atención primaria en salud debe constituir la función principal de cualquier sistema de salud, pues resuelve entre el 70 y 80% de las patologías humanas y cumple las tareas de fomento y prevención. La conferencia de Alma-Ata ejerció una influencia determinante en las propuestas de transformación del modelo de seguridad social, predominantemente curativo, hacia un nuevo modelo y al fortalecimiento de las estructuras asistenciales del nivel primario, como función central del sistema nacional de salud y parte integradora del desarrollo social y económico.

La humanización de la salud: Conceptos, críticas y perspectivas

(Estudios en bioética n° 4)

Eduardo Díaz Amado

Editorial Pontificia Universidad Javeriana

2017



Este libro explora los significados, posibilidades y límites de la humanización de la salud, principalmente desde la perspectiva de la bioética y de las ciencias humanas y sociales, renunciando a la racionalidad empresarial y a la retórica publicitaria que puede tener el concepto. Además, formula propuestas y sugerencias para una verdadera transformación cultural y estructural de las profesiones y de los servicios de salud, cuyo ejercicio supone no solo cuestiones tecnocientíficas y administrativas, sino éticas y morales. Las denuncias de los servicios revelan un creciente malestar social, ante esto, el texto subraya la importancia de las humanidades médicas en la reflexión sobre las prácticas, los discursos y el papel de las emociones y lo subjetivo en el campo de la salud. Este libro surge del tercer foro de bioética clínica, historia y filosofía de la medicina, organizado por el Instituto de Bioética de la Pontificia Universidad Javeriana. Las ponencias ampliadas de este foro, escritas desde diversos enfoques, componen las tres partes de la publicación.

colaboradores

Berenice Cruz Maya

Médico cirujano por la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Maestra en Ciencias, campo de conocimiento Gestión y Políticas de Salud, por la misma Universidad. Fue responsable estatal del Programa de Atención Integral del Cáncer de Mama en los Servicios de Salud Pública de la CDMX. Es docente de la materia de Salud Pública y Comunidad en la Facultad de Medicina de la UNAM. Actualmente se desempeña como Directora de Desarrollo Institucional de la Comisión Nacional de Bioética.

Oliva López Arellano

Médica; Maestra en Medicina Social por parte de la UAM y Doctora en Ciencias en Salud Pública por el Instituto Nacional de Salud Pública. Participó como médica comunitaria en programas de extensión de cobertura en la Huasteca Potosina y Chiapas. Fue epidemióloga de los Servicios de Salud del Distrito Federal y del Estado de Michoacán. También cuenta con experiencia como Consejera ciudadana del Observatorio de Política Social y Derechos Humanos. Ha desarrollado investigación sobre las temáticas de: Condiciones de vida y servicios de salud en ámbitos urbanos, políticas, sistemas de salud y determinantes sociales en salud, enfermedad y atención. Actualmente funge como Secretaria de Salud de la Ciudad de México (CDMX).

David Felipe Mares Silva

Ingeniero en Biónica egresado del Instituto Politécnico Nacional (IPN). Candidato a Maestro en Sistemas por la UNAM /Seguridad alimentaria por la Universidad Nacional Abierta y a Distancia. Responsable de la Subdirección de Gestión y Evaluación de Redes en la DGPlaDeS, con experiencia previa en el ámbito público, colaborando en el Centro Oncológico Estatal del ISEMyM, así como en el CENETEC. Actualmente, a cargo de la re-

ingeniería de las Redes de Salud, en el marco del Modelo de Atención APS-I Mx, con un enfoque de trabajo multidisciplinario para lograr soluciones eficientes de los sistemas y procesos, desde un enfoque sistémico.

Luis Martínez Liévano

Ingeniero Biomédico egresado del Instituto Politécnico Nacional (IPN). Maestro en Administración de Organizaciones de Salud por la Universidad La Salle. Profesor en temas de gestión tecnológica y manejo de pacientes críticos. Coordinador de trabajos académicos en temas de desarrollo tecnológico y tecnovigilancia. Miembro del *Technical Advisory Group on Health Technology* de la Organización Mundial de la Salud (OMS). En el ámbito gubernamental ha sido Director de Ingeniería Biomédica del CENETEC, actualmente Director de Nuevos Modelos de DGPlaDeS, a cargo de la coordinación de los trabajos de planeación del Modelo APS-I Mx.

Jesús Ortega Rocha

Director Ejecutivo de la Comisión de Bioética del Estado de Tlaxcala desde 2015. Médico Cirujano y Partero, egresado de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Puebla. Especialista en Medicina Familiar por el Instituto Mexicano del Seguro Social. Maestro en Administración de Organizaciones por la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Coordinador Delegacional de Enseñanza e Investigación en Tlaxcala. Asesor Médico de las Regiones Sur y Noroeste del Instituto Mexicano del Seguro Social. Delegado Estatal del IMSS en Sonora. Jefe de División en la Coordinación de Planeación e Infraestructura Médica de la misma institución. Jefe del Departamento de Difusión y Capacitación de la Comisión Estatal de Arbitraje Médico de Tlaxcala. Académico Asociado "A" de la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma de Tlaxcala.

Tzaraii Itzel Pérez Islas

Ingeniera en Biónica egresada del Instituto Politécnico Nacional (IPN). Candidata a Maestra en Administración de la Tecnología por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). La administración de la tecnología y la innovación condensan su labor en los ámbitos público, privado y social, su objetivo es consolidar el binomio de mejora y aprendizaje continuo para crear un trabajo sinérgico y transformador. Su experiencia incluye colaboración directa con la OMS, diseños de herramientas para la Secretaría de Salud y actualmente como Subdirectora de Análisis de Oferta y Demanda para Integración de Redes de la DGPlaDeS y Coordinadora de la guía de administración y operación de los Distritos de Salud para la implementación del Modelo APS-I Mx.

Carlos Pérez López

Médico Cirujano por la Universidad de Guanajuato y Maestro en Salud Pública por el Instituto Nacional de Salud Pública. Cursó el Doctorado en Humanidades en la Universidad Latinoamericana. Cuenta también con la Licenciatura en Música con especialidad en piano. Ha ocupado diversos cargos en la administración pública estatal y federal, entre los que destacan: Director de Asistencia a Personas con Discapacidad, Subdirector General del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, Secretario Técnico del Consejo Nacional Consultivo para las Personas con Discapacidad y Director de Vinculación en el Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud.

Gabriela Pineda Hernández

Antropóloga física con Especialidad y Maestría en Estudios de la Mujer por la Universidad Autónoma Metropolitana. Ha participado en el campo de la docencia y la investigación en temas relacionados con la salud y la perspectiva de género, así como en la realización de proyectos sobre antropología médica,

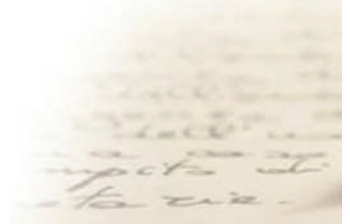
ética y bioética. Actualmente se desempeña como Subdirectora de Enlace con las Comisiones Estatales de Bioética, en la Comisión Nacional de Bioética.

Maryblanca Ramos de Viesca

Médico cirujano por la Universidad Anáhuac; Especialidad en Psiquiatría por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM); Maestría en Psiquiatría Clínica en el Instituto Nacional de Psiquiatría *Ramón de la Fuente Muñiz*; Doctorado en Bioética en el Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud de la UNAM. Profesora titular "A" de tiempo completo, en el Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina en la Facultad de Medicina de la UNAM, Docente en el posgrado de Bioética, PCDMOS, UNAM. Miembro de la Asociación Psiquiátrica Mexicana, la Sociedad Mexicana de Historia y Filosofía de la Medicina y la *International Society for the History of Medicine*.

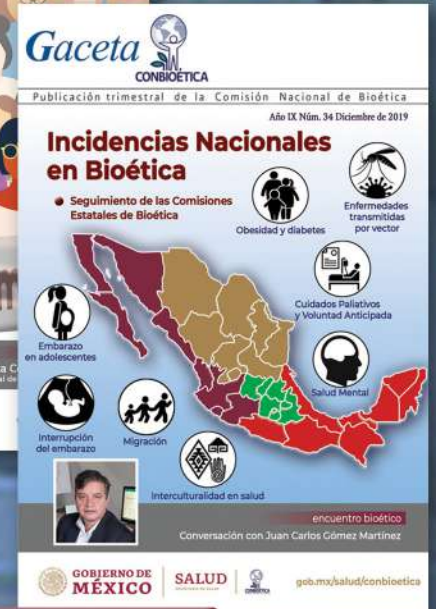
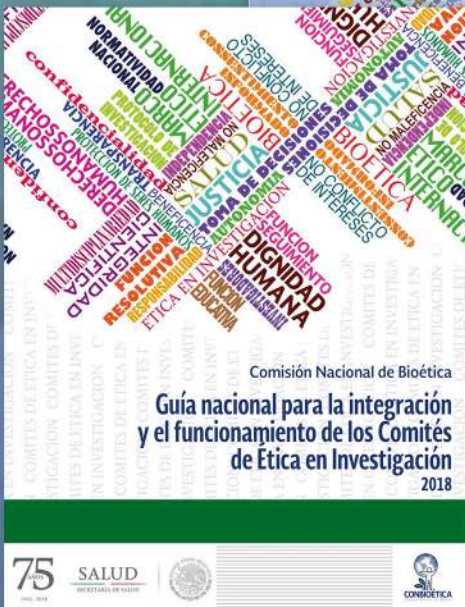
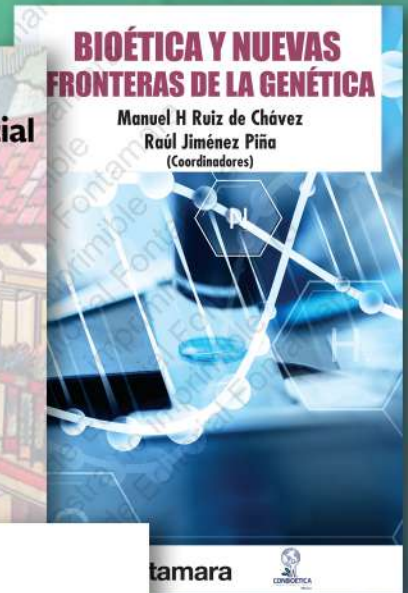
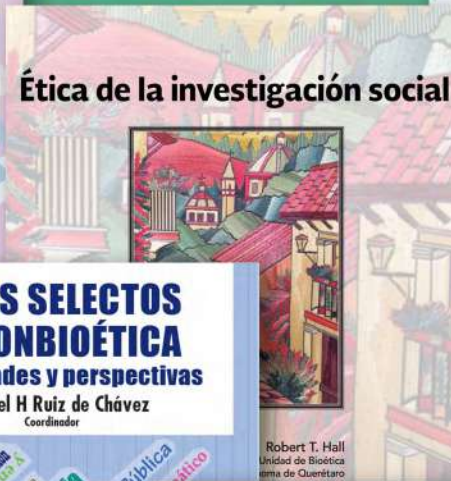
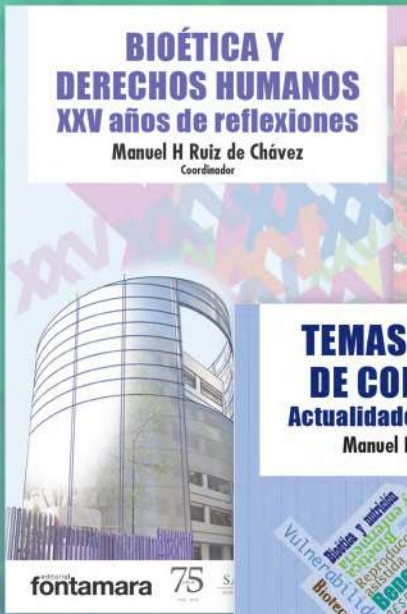
Carlos Viesca Treviño

Médico cirujano por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Especialista en Cirugía General y Doctor en Ciencias Biológicas. Profesor titular del Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina. Dirigió la Maestría en Bioética de la División de Estudios de Posgrado de la UNAM. Es autor de numerosos artículos, capítulos de libros y textos originales, entre los que destaca la obra *Ticiótl*: conceptos médicos de los antiguos mexicanos. Asimismo, tiene una vasta experiencia en la academia, la investigación y la divulgación del conocimiento médico. Miembro de la Sociedad Mexicana de Historia y Filosofía de la Medicina.



Comisión Nacional de Bioética

Materiales de Difusión y Divulgación



La Comisión Nacional de Bioética ofrece de manera gratuita, a través del Centro del Conocimiento Bioético, diversos materiales multimedia que brindan información sobre temas bioéticos, lineamientos y normatividad, entre otros.

Comisión Nacional de Bioética Ciclo de Videoconferencias

You **Tube**

270 Videos

2,207 Suscriptores

- Bioética y atención primaria a la salud
- Dilemas bioéticos al inicio de la vida
- Cuidados paliativos
- Consentimiento informado
- Salud mental
- Bioética, laicidad y derechos humanos
- Ética de la investigación
- Integridad científica
- Protección de datos
- Derecho y bioética
- Migración
- Cambio climático



El consentimiento informado en la atención médica
Rodrigo Montes de Oca Arboleya



Dilemas Bioéticos en el personal de Enfermería
Claudia Leija Hernández



Implicaciones jurídicas y bioéticas en torno a la objeción de conciencia
Patricio Santillán Doherty



Aspectos jurídicos del consentimiento informado en la investigación clínica
Christian Alejandro López Silva



Retos actuales de los CEI y CHB
Edith Valdez Martínez



Migración, salud y dilemas éticos
María Cecilia Acuña

youtube.com/conbioetica



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



gob.mx/salud/conbioetica