



Los medios de soporte bioético en la calidad de la atención

Bioethics Support in Healthcare Quality



Alan Irving Vicenteño León

Universidad Nacional Autónoma de México

difropal@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-7217-796X>

Carolina Consejo y Chapela

Universidad Nacional Autónoma de México

caronline99@hotmail.com

 <https://orcid.org/0000-0001-5155-1679>



Resumen

La bioética y la calidad de la atención analizan juicios de valor y persiguen la excelencia, pero la consolidación de vías para impulsar progresos institucionales comunes aún está en desarrollo. Los medios de soporte bioético son modelos de apoyo para que pacientes, usuarios y trabajadores afronten a través de la reflexión y la deliberación problemas morales emergentes en los diversos ámbitos de la atención a la salud: clínicos, institucionales, de la salud pública, las políticas y reformas de los sistemas de salud y su legislación. Ningún modelo es ideal para todas las circunstancias, pero comparten propiedades metodológicas y organizativas que dan pauta a integrarlos en ecosistemas que los vinculen con las aspiraciones estatales e institucionales. Este trabajo ofrece un panorama de medios de soporte bioético descritos en la literatura y reflexiona en torno a su nexos con la calidad de la atención desde un enfoque de derechos y ciudadanía.



Abstract

Bioethics and Healthcare quality analyze value judgments and pursue excellence; however, the consolidation of avenues to promote shared institutional progress is still under development. Bioethics Support constitutes different models for helping patients, users and healthcare workers to address, through reflection and deliberation, emerging moral problems in healthcare: clinical, institutional, public health, health system policies and reforms and legislation. No single model is ideal for all circumstances, but they share methodological and organizational properties that provide guidelines for integrating them into ecosystems that link them together according to State and Institutional aspirations. This paper offers an overview of bioethics support models described in the literature and reflects on their connection with healthcare from a rights-based citizenship perspective.



Key words

Bioética; consultoría ética; comités de ética; ética institucional; ciudadanía en salud.
Bioethics; ethics consultation; ethics committees; institutional ethics; health citizenship.



Fechas

Recibido: 08/07/2025. **Aceptado:** 19/05/2026



1. Introducción

El acceso a servicios de salud de calidad se considera actualmente uno de los determinantes sociales de la salud que actúa de forma independiente al resto (Saturno-Hernández, 2024); es el preámbulo para perseguir la cobertura universal de salud y, consecuentemente, prerequisite para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible (OMS, OCDE y BM, 2020).

Aunque no hay una definición única de calidad de la atención (WHO, 2018), es reconocida su relación con el grado en que los servicios aumentan la probabilidad de obtener los resultados de salud esperados por trabajadores, pacientes y usuarios en coherencia con el conocimiento profesional efectivo (OMS, OCDE y BM, 2020).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) postula siete dimensiones de la calidad de la atención: efectividad, seguridad, centrada en las personas, oportunidad, equidad, integración y eficiencia (OMS, OCDE y BM, 2020), a las que se añadió posteriormente la sostenibilidad

Cada país es responsable de definir el entendimiento y enfoque que dará a la calidad de la atención acorde con su contexto; lo cual concretará las metas y los medios para alcanzarlas (WHO, 2018). No obstante, sin importar el tipo de sistema de salud, un objetivo global es cuidar y mejorar la salud de una población a través del acceso a servicios de excelencia (Szulik, 2023; Saturno-Hernández, 2024).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) postula siete dimensiones de la calidad de la atención: efectividad, seguridad, centrada en las personas, oportunidad, equidad, integración y eficiencia (OMS, OCDE y BM, 2020), a las que se añadió posteriormente la sostenibilidad (Saturno-Hernández, 2024).

En el ámbito de la gestión en salud se reconoce que mejorar la calidad impacta en maximizar la salud poblacional y aumenta la eficiencia (uso de recursos) del sistema de salud (OMS, OCDE y BM, 2020; Saturno-Hernández, 2024). Por el contrario, “la calidad de salud deficiente dará lugar a resultados de salud deficientes” (Saturno-Hernández, 2024) y a consecuencias económicas no despreciables, pues, se refiere que los costos de la mala calidad en salud podrían alcanzar hasta 15% del gasto destinado a revertir complicaciones prevenibles de atención y daño al paciente en hospitales de países de alto ingreso (OMS, OCDE y BM, 2020) y hasta 40% de los gastos generales en salud (Saturno-Hernández, 2024).

Desde una perspectiva administrativa y eficientista de la calidad, las aspiraciones serán fortalecer procesos y servicios que cumplan con los objetivos para los que se creó el sistema (Szulik, 2023). Sin embargo, desde una postura de derechos y ciudadanía (Szulik, 2023; Saturno-Hernández, 2024) la calidad de la atención no se reduce a la técnica o a la mecanización de procesos, sino que integra el aspecto humano y las condiciones contextuales (Szulik, 2023), incluido el manejo de los conflictos morales emergentes.

Al respecto, si la calidad se persigue con miras al empoderamiento de las personas usuarias como poseedoras de derechos, a través de la promoción de capacidades



ciudadanas (derechos, responsabilidades y obligaciones) en la atención a la salud en diferentes niveles: acceso a los servicios, acceso a la información, etc. (Szulik, 2023), entonces, podría ser pertinente indagar cómo la bioética aportaría a la mejora y al mantenimiento de la calidad de la atención en salud.

Dado que la calidad y la ética analizan juicios de valor y persiguen la excelencia (Gracia, 2000), este trabajo propone reflexionar si los medios de soporte bioético pueden consolidarse como vías de progresos comunes.

2. Medios de soporte ético

El concepto “soporte ético” se ha utilizado como término genérico para referirse a diferentes mecanismos de asistencia para que profesionales de la salud aborden conflictos éticos en su práctica laboral. Van der Dam y colaboradores (2014) emplean cuatro categorías:



Por su parte, Rasool y colaboradores (2017) y Slowther y colaboradores (2001) definen los servicios de soporte ético-clínico como los recursos, formales o informales, que ofrecen apoyo y recomendaciones al personal de salud que enfrenta problemas éticos en la práctica clínica institucional.

Los servicios formales son aquellos “programas de ética” (Mabel et al., 2025) que operan como mecanismos oficiales de servicios dentro de la agenda institucional, es decir, que se orientan a garantizar un abordaje continuo y sistemático de las cuestiones éticas en la atención a la salud. Dauwerse y colaboradores (2014) también los refieren como “soporte ético clínico explícito”. Los modelos más conocidos son el de LaPuma y Toulmin, a favor de la formación de consultores expertos en ética; y la aproximación de Wilson Ross, dirigida al desarrollo de comités de ética (Steinkamp y Gordijn, 2001). Este último es el modelo más difundido.

La figura 1 enlista seis prototipos de medios formales de soporte ético. Todos comparten similitudes que pueden hacer que se traslapen, pero también especificidades necesarias de contemplar al momento de elegirlos como modelos institucionales. Ninguno por sí solo es ideal para todas las circunstancias (Aulisio et al., 2000).



Figura 1. Clasificación de MSB formales basada en Rasool et al. (2017)



Rasool y colaboradores (2017) añaden una subclasificación de los servicios de soporte ético formales con base en dos perspectivas "de arriba abajo" y "de abajo arriba", dependiendo del rol que ejercen los sujetos involucrados en los conflictos.

La primera supone que los consultores pueden llegar a ser incapaces de sobrellevar el problema por sí mismos y, por ello, necesitan la asesoría de expertos —individuos o grupos— que podrían, incluso, fungir como tomadores de decisiones; mientras que la segunda enfatiza que la reflexión sea elaborada directamente por las personas aquejadas por el problema moral, pues son las responsables de la toma de decisiones, delegando en los expertos en ética el papel de facilitadores que guían el proceso de análisis.

Respecto a los servicios informales, o "implícitos" (Dauwerse et al., 2014), estos engloban los escenarios en los que el soporte ético no está organizado, ni se persigue de forma estructural. El estudio de Dauwerse y colaboradores (2014) los agrupó en cinco categorías:

- Consulta individual. Interacción con una persona para dialogar sobre cuestiones éticas en la práctica cotidiana, por ejemplo, entablar conversaciones con otro colega, con un consejero espiritual, con un miembro del comité de ética sin pedir formalmente la consulta, con un experto externo a la institución, con algún integrante del servicio de calidad de la atención, con un especialista en salud mental, entre otros.
- Reuniones grupales. Interacciones en reuniones, de carácter formal o informal, programadas o espontáneas, en las que surgen indirectamente planteamientos éticos, por ejemplo, en reuniones intra o interdepartamentales, con administrativos, etc.
- Procedimientos o políticas existentes con consideraciones éticas. Por ejemplo, procedimientos para quejas, reportes anuales, estándares de calidad, entre otros.
- Otros comités. Grupos distintos al comité de bioética que también abordan cuestiones éticas; por ejemplo, el comité de ética médica, el comité de educación, el comité de identidad institucional, el comité de calidad. Asimismo, consejos o departamentos institucionales, como un departamento de ética, de filosofía, de recursos humanos, de calidad, etc.
- Educación. Actividades formativas que se enfocan en cuestiones éticas de la atención en salud; tales como sesiones generales, sesiones temáticas, sesiones de médicos residentes, por mencionar algunos ejemplos.



El estudio de Estebaranz y colaboradores (2014) expone que solo 0.2% del total de médicos consulta al Comité de Ética cuando enfrenta un conflicto, mientras que entre 29.9 y 43% lo discute en una sesión clínica

Los medios informales son los más recurridos en la práctica cotidiana. Dauwerse y colaboradores (2014) refieren que, en el contexto holandés, entre 60 y 87% de las instituciones cuenta con medios de soporte ético formal en salud (87% hospitales, 81% sitios para el cuidado de personas con discapacidad, 65% centros de atención mental y 60% casas de cuidados para ancianos), mientras que, entre 86 y 97% refieren medios de soporte ético informales en su práctica (97% centros de atención mental, 96% hospitales, 92% casas de cuidados para ancianos y 86% sitios para el cuidado de personas con discapacidad).

Por su parte, el estudio de Estebaranz y colaboradores (2014) expone que solo 0.2% del total de médicos consulta al Comité de Ética cuando enfrenta un conflicto, mientras que entre 29.9 y 43% lo discute en una sesión clínica.

De forma general, hay al menos diez vías de contribución de los medios de soporte ético a la atención a la salud (Hem et al., 2015):

1. Resolver conflictos morales.
2. Perseguir mejor documentación y justificación de las decisiones.
3. Mejorar la comunicación y confianza entre las partes.
4. Incrementar la cooperación entre trabajadores-usuarios-familiares.
5. Favorecer las decisiones compartidas médico-paciente con promoción de la autonomía del usuario.
6. Optimizar el uso de recursos limitados.
7. Impulsar el reconocimiento de conflictos/problemas morales.
8. Integrar nuevas perspectivas y mejores soluciones.
9. Apertura a la incertidumbre.
10. Promover las competencias éticas.

Cada medio de soporte ético prepondera ciertos objetivos sobre otros, lo cual se relaciona con el contexto en el que se desarrollaron.

3. Desarrollo de los medios de soporte (bio)ético-formales

La consultoría ética describe aquel servicio que se enfoca en mejorar la atención a la salud de los pacientes o usuarios a través de la resolución de conflictos morales, fortalece la toma de decisiones éticas de calidad y media en conflictos de valores entre familia, pacientes y profesionales de la salud (Estebaranz et al., 2014); puede ser realizada por un individuo (profesional), un grupo o un comité (Tulsky y Fox, 1996; Fox et al., 2007).



Un hito internacional fue imponer como requisito para la acreditación de los hospitales en EE. UU. el contar con un mecanismo formal para atender los problemas morales surgidos de la atención médica emitido por la Comisión Conjunta para la Acreditación de Organizaciones de Salud

Los orígenes de los comités de ética asistencial (CEA) se remontan a la década de 1970 como respuesta a consulta de casos concretos (Couceiro, 1999; da Silva Fontes y da Silva Junior, 2019). Posteriormente, la década de 1980 fue prolífica para su progreso alrededor del mundo y, específicamente, el primero creado en América Latina ocurrió en Argentina en 1984 (Peralta Cornielle, 2011; Gómez, 2011-2013).

Los CEA surgieron de la necesidad del personal hospitalario de tomar decisiones ante la incertidumbre de la aplicación de tecnologías médicas crecientes, por lo que su finalidad era (Levi, 1977):

- Disminuir la frustración de algunos profesionales, en especial de enfermería, por atender pacientes no recuperables por largos periodos en unidades de cuidados intensivos.
- Apoyar a sopesar la implementación de tratamientos agresivos, principalmente quirúrgicos, que no mostraban eficacia.
- Moderar el desacuerdo entre profesionales en torno al manejo de pacientes en fase terminal.
- Mediar el rechazo de tratamientos por parte de los familiares de los pacientes.

No obstante, el reconocimiento de conflictos morales en la atención a la salud también ocurrió en los usuarios y en el público en general, lo cual alentó el escrutinio ciudadano en torno a decisiones cuestionables al final de la vida (Annas, 1984; Noland, 1987; Gómez, 2011-2013; Sorik et al., 2016); situación que aumentó el interés hacia los CEA e impulsó el establecimiento de criterios gubernamentales para su implementación. Un hito internacional fue imponer como requisito para la acreditación de los hospitales en EE. UU. el contar con un mecanismo formal para atender los problemas morales surgidos de la atención médica emitido por la Comisión Conjunta para la Acreditación de Organizaciones de Salud (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations) a partir de 1992 (Valdez Martínez y Bedolla, 2007).

Conforme se consolidaron los comités, se les adjudicaron tres funciones reconocidas: 1. Consultiva, 2. Orientadora y 3. Educativa. La primera se enfoca en emitir recomendaciones para la toma de decisiones difíciles posterior a un proceso deliberativo, la segunda los habilita para elaborar y revisar guías institucionales acordes con una reflexión ética y la tercera está enfocada en la capacitación en ética a personal trabajador, usuarios y personas de la comunidad en la que se insertan.

Los CEA representan una ganancia de derechos de los usuarios y pacientes dentro de las instituciones de atención a la salud, sin embargo, su funcionamiento práctico se puso en duda porque no mostraban los resultados esperados, el número de casos que analizaban era limitado y tratándose de casos urgentes, los comités no solían ser una opción para asumirlos (Beca, 2013).

El contraste entre la gran cantidad de situaciones clínicas con conflicto moral y la escasa consulta a los comités se reportó desde la década de 1980 (Galván Román



et al., 2021), lo que dio origen a servicios de consultoría ética individual mediante expertos en ética cuya función era aumentar las consultas y reducir la distancia entre los conflictos morales en la cabecera del paciente y el comité.

Parte de su auge estuvo vinculado con las reformas que reorganizaron el sistema de salud estadounidense durante la década de 1990, las cuales impactaron el entendimiento y ejercicio de los CEA. Los comités fueron creados para apoyar la toma de decisiones morales difíciles al final de la vida, pero los cambios en el sistema de salud derivados de la integración del libre mercado expusieron la necesidad de nuevos servicios para cubrir las demandas suscitadas por la industrialización de la atención a la salud, al tiempo que sacaron a la luz conflictos morales institucionales de índoles administrativas, económicas y organizacionales (Heitman y Bulger, 1998).

En paralelo, se describió el “síndrome de retraso o fallo en el crecimiento” en 1999 (Hernando Robles, 2017), el cual describía tres situaciones crecientes en el quehacer de los CEA estadounidenses:

- Cuestionamiento de su relevancia clínica y desconocimiento de su existencia por parte del personal en la institución.
- Ausencia de los integrantes del comité en las actividades y presencia escasa de sectores importantes dentro del comité.
- Dudas entre los integrantes de la utilidad del comité y su labor.

Como resultado, los consultores en ética se propusieron como un servicio de refuerzo de los CEA (Galván Román et al., 2021), simbiosis que expuso que la consulta ética formal era un servicio valioso cuando el trabajo era realizado por personas calificadas (Tulsky y Fox, 1996).

Los consultores agilizaron el análisis y la mediación de los conflictos morales en la atención en un número mayor de consultas e involucraban más al consultante y a los implicados en el caso en el proceso deliberativo dentro de los hospitales (Galván Román et al., 2021). Por esta razón se propuso incluirlos como un servicio de interconsulta adicional para los profesionales que enfrentaban casos con conflicto moral (Gracia, 2014); así como punto de apoyo para reconocer a la ética como parte integral de la atención médica (Beca, 2017).

La publicación de las Competencias Primordiales para los Consultores de Ética en Atención a la Salud por la Sociedad Americana de Bioética y Humanidades (ASBH por sus siglas en inglés) sembró la búsqueda de una estandarización de conocimientos requeridos desde 1998. Sin embargo, Spike (2014) refiere que la profesionalización de los consultores en ética clínica en Estados Unidos comenzó en 2013 a partir de que:

- La ASBH creó el Comité de Asuntos de Consulta Ética Clínica, cuya primera enmienda fue elaborar un código de ética para eticistas clínicos.

Los consultores agilizaron el análisis y la mediación de los conflictos morales en la atención en un número mayor de consultas e involucraban más al consultante y a los implicados en el caso en el proceso deliberativo dentro de los hospitales



- Se determinó establecer competencias mínimas (habilidades y conocimientos) que deberían de demostrar los eticistas, las cuales tendrían que ser cubiertas por los programas académicos que ofrecieran dicha profesión.
- Se planteó identificar una manera para evaluar los conocimientos y habilidades de los eticistas.

Además de Estados Unidos, existen experiencias internacionales que han integrado el modelo de consultoría ética con éxito, entre ellos Alemania, Suiza, Italia, Francia y España

Además de Estados Unidos, existen experiencias internacionales que han integrado el modelo de consultoría ética con éxito, entre ellos Alemania, Suiza, Italia, Francia y España (Galván Román et al., 2021).

Los sistemas de consultoría son heterogéneos entre las regiones y el perfil de los consultores se adecua a su realidad y necesidades concretas (Beca, 2017), pero algo común es la menor popularidad que han alcanzado en comparación con la aceptación de los CEA. Se postula que su desconocimiento y falta de desarrollo podría ir de la mano con la escasa profesionalización de la bioética —más considerada como una

actividad secundaria entre los profesionales de la salud— y posibles resistencias por parte de los CEA (Heitman y Bulger, 1998).

Aunque son modelos distintos, comités y consultores dieron pie a críticas que cuestionaron que su ejecución podría derivar en análisis realizados por “otros” (un grupo o un individuo) desde una perspectiva paternalista, motivo por el cual surgieron otros recursos para promover a diferentes niveles la agencia moral de los implicados en el binomio consultante-consultor; pasando de una aproximación “autoritaria” a una “facilitadora” (Aulisio et al., 2000).

El modelo de deliberación de casos morales (DCM), por ejemplo, se entiende como una reflexión sistemática y colaborativa mediante el diálogo colectivo en torno a casos clínicos reales. Es guiada por un facilitador, cuyo objetivo es promover en el personal de atención a la salud la reflexión ética para el manejo de situaciones morales complejas en su práctica cotidiana y la mejora de la calidad de la atención (Hem et al., 2015; Rasoal et al., 2017).

La apuesta de dicha práctica es desarrollar competencias éticas en los profesionales de la salud para abordar problemas cotidianos a través de la reflexión individual y colectiva. La persona facilitadora suele ser una persona experta en bioética, cuyo objetivo es guiar y estimular la sesión, no emitir recomendaciones sobre el curso de acción (Rasoal et al., 2017).

Por otro lado, como se mencionó, comités y consultores nacieron por necesidades en áreas críticas en la que se toman decisiones al final de la vida, muchas veces de urgencia, lo que pone en duda su aplicación completa en conflictos que implican un análisis más profundo en cuanto a índole social y menos inmediato en el que los involucrados tienen mayor responsabilidad y agencia en la toma de decisiones en contextos extrahospitalarios.

Bajo dicho planteamiento emergieron recursos como las rondas éticas, los grupos de discusión ética y los grupos de reflexión ética, los cuales promueven un ambiente



orgánico y abierto desde una aproximación más narrativa sobre las dimensiones éticas de la atención a la salud, similar a los mecanismos de soporte informales (Dauwerse et al., 2014).

En tales modelos diferentes profesionales analizan y reflexionan un caso particular con conflicto moral difícil de resolver, persiguiendo promover el entendimiento mutuo mediante la escucha activa y la introspección de los propios juicios morales; el objetivo es desenvolver competencias éticas en los participantes y comprender las posturas de los colegas (Rasoal et al., 2017).

Los grupos de discusión y de reflexión ética se han descrito, principalmente, en casas de enfermería para abordar casos del día a día como procesos al final de la vida en pacientes crónicos, el uso de recursos limitados en la atención, la posible coerción,

impulsar mejoras del ambiente laboral y fomentar la satisfacción entre el personal cuidador (Rasoal et al., 2017), mientras que, las rondas éticas se han descrito en instituciones de atención mental (Hem et al., 2015).

Similar a la DCM, las tres prácticas contemplan un facilitador que no representa autoridad moral, sino que estimula y guía la actividad.

Para finalizar esta sección queda referir que la categoría “Medios de Soporte Bioético” (MSB) se plantea para englobar modelos de apoyo, formales e informales, para el análisis de problemas morales en el área de la salud desde una bioética social (León Correa, 2009), la cual no se reduce a las éticas de las profesiones (ética médica, ética clínica, etc.), sino que

incorpora en su quehacer ámbitos clínicos, institucionales, de la salud pública, las políticas y reformas de los sistemas de salud, y la legislación.

Por otro lado, se alude a medios de soporte bioético y no ético o ético-clínicos porque a la reflexión ética y bioética le sigue la implementación de pautas para resolver conflictos o para promover competencias éticas y agencia moral en los involucrados.

Aunque los modelos presentados no son exhaustivos, queda expuesto que el interés internacional por la implementación de MSB va en aumento (Rasoal et al., 2017). Especialmente si consideramos que el abordaje adecuado de los conflictos morales en las instituciones de salud se contempla como una estrategia de calidad y excelencia en la atención (Estebaranz et al., 2014).

Asimismo, las compatibilidades metodológicas y organizativas hacen posible combinar los MSB según los objetivos de la atención a la salud (Herreros, 2017). Ejemplos de experiencias y proyectos de integración de sistemas de MBS existen en Chile (Beca, 2013; Spike, 2014), Croacia (Borovecki et al., 2010), España (Fins y Real de Asúa, 2017), Estados Unidos (Fins y Real de Asúa, 2017) y Países Bajos (Dauwerse et al., 2014).

Propuestas como el modelo “deliberación multidisciplinaria de casos éticos” (Steinkamp y Gordijn, 2001), la integración de comités y la consultoría de expertos o la interacción entre comités y el modelo de deliberación de casos éticos (Herreros,

Por otro lado, se alude a medios de soporte bioético y no ético o ético-clínicos porque a la reflexión ética y bioética le sigue la implementación de pautas para resolver conflictos o para promover competencias éticas y agencia moral en los involucrados



2017), nos plantean, por un lado, formas de crear coyunturas entre los MSB y, por otro, la posibilidad de entenderlos no solo como modelos conciliadores y emisores de recomendaciones, sino también como medios de promoción de agencia ética en salud.

4. Soporte bioético y calidad de la atención

Si consideramos que la bioética puede favorecer la toma de decisiones difíciles desde una perspectiva informada y responsable y que puede consolidar el desarrollo de agencia moral en salud en profesionales y usuarios, entonces, sería apropiado explorar el papel que los MSB podrían jugar dentro de un sistema nacional de salud para reforzar una atención de calidad.

Las quejas por orden de frecuencia se vinculaban con el trato personal recibido por el paciente (no respetuoso, no comprensivo ni atento, etc.), carencias de información (insuficiente, parcial, no facilitada en tiempo adecuado, errónea o no comprensible) y desacuerdo o desaprobación por el paciente de algún acto u omisión en el diagnóstico o tratamiento

Se reconoce que los conflictos morales impactan en la calidad de la atención; Estebaranz y colaboradores (2014) reportaron que, de las 996 quejas recibidas durante el primer trimestre de 2011 en los dos hospitales españoles de estudio, 26% y 35% correspondía a cuestiones éticas en cada uno.

Las quejas por orden de frecuencia se vinculaban con el trato personal recibido por el paciente (no respetuoso, no comprensivo ni atento, etc.), carencias de información (insuficiente, parcial, no facilitada en tiempo adecuado, errónea o no comprensible) y desacuerdo o desaprobación por el paciente de algún acto u omisión en el diagnóstico o tratamiento (Estebaranz et al., 2014).

De acuerdo con Fajardo Dolci y colaboradores (2012), las quejas médicas son expresiones puntuales del usuario respecto a su insatisfacción con la prestación de los servicios, sus resultados o percepciones, por lo que podrían servir para identificar conflictos morales no resueltos durante la atención a la salud, pero, antes de culminar en quejas, los problemas se presentaron en las actividades del día a día, momentos en los que también se podría incidir desde la bioética.

Bajo el paradigma tradicional de la calidad los MSB son vistos como iniciativas externas (Saturno-Hernández, 2024) de acreditación o certificación de las instituciones que podrían impactar en indicadores de calidad como la disminución de quejas y la medición de la satisfacción de los usuarios y trabajadores, las cuales no se reducen a los aspectos técnicos, puesto que también están influidas por las virtudes morales ejercidas por los prestadores de servicios.

Al respecto, Carvajal (2020) expone cómo las expectativas de conocimientos y competencia técnica que esperan los pacientes de los médicos pueden ser casi similares a las expectativas de una buena relación, amabilidad, cordialidad y cercanía.



En sintonía, cuando se preguntó por las cualidades que se atribuyen a un buen médico, los pacientes de dicho estudio estimaron casi al mismo nivel la cualidad de conocimiento y habilidad técnica (100%) con las virtudes de honestidad intelectual (100%), prudencia (99%), fidelidad a la confianza (98%) y benevolencia (98%) (Carvajal, 2020).

Para tales situaciones, los consultores podrían apoyar en la conciliación y respuesta con prontitud de conflictos morales cotidianos actuando como filtros que emiten recomendaciones o que plantean los casos complejos al comité, dependiendo de la minuciosidad del proceso deliberativo que amerite el caso (Zapatero Ferrandiz et al., 2017).

El síndrome de retraso o fallo en el crecimiento de los CEA no se adjudica al modelo de los comités *per se*, sino a que muchos se instalaron únicamente para cubrir las exigencias externas de acreditación hospitalaria y no como una convicción institucional

Mientras tanto, los comités de bioética serían los medios idóneos para: 1. El asesoramiento en conflictos éticos complejos, 2. La realización de protocolos institucionales consecuentes con la Declaración de Bioética y Derechos Humanos y 3. Promover la sensibilización, la capacitación y el debate público en temas de bioética (UNESCO, 2015), incluidos el profesionalismo y la calidad de la atención.

Bajo tal esquema el quehacer de la consulta bioética no solo incidiría en la resolución de conflictos morales, pues también repercutiría en la prevención de agotamiento moral por parte de trabajadores que constantemente se enfrentan a situaciones difíciles y que, de no tratarse, afectaría su prestación de servicios, no desde el punto de vista técnico, pero sí ético.

El síndrome de retraso o fallo en el crecimiento de los CEA no se adjudica al modelo de los comités *per se*, sino a que muchos se instalaron únicamente para cubrir las exigencias externas de acreditación hospitalaria y no como una convicción institucional (Hernando Robles, 2017).

Adicionalmente, desde el paradigma de ciudadanía, los MSB representan iniciativas internas (Saturno-Hernández, 2024) de calidad implementadas a conciencia por los propios centros, con el objetivo de conjuntar las perspectivas de los profesionales y de los usuarios implicados en los problemas.

La participación de pacientes, usuarios y la comunidad junto con modelos integrales de atención son ámbitos estratégicos de la calidad según la OMS, lo cual implica tomar en cuenta las preferencias y aspiraciones de los usuarios del servicio, sus familias y las culturas de sus comunidades (Saturno-Hernández, 2024), incluyendo la dimensión ética.

Gracia (2000) refiere que para hablar de decisiones de calidad es necesario conjugar los hechos y los valores de diversa índole, pero con énfasis en los morales. En sintonía, dado que promover la agencia moral de todos los implicados en los servicios de atención a la salud requiere de un entorno propicio que fomente la autoconciencia y el reconocimiento mutuo (Robles-Martínez et al., 2025), las rondas éticas, los grupos de reflexión y de discusión podrían ser más valiosos para alcanzar dicha meta y



desarrollar competencias en bioética que impacten en la mejora de la calidad de los servicios desde la perspectiva de usuarios y trabajadores.

En su reseña a *Bioética y ciudadanía. Nuevas fronteras de la ética*, de Teresa López de la Vieja, 2008, Sagols (2010) expone la conexión que la bioética contemporánea

debe de atender para incorporar la participación ciudadana y comunitaria en la toma de decisiones y regulaciones referentes a la promoción y protección de la salud y el bienestar; asimismo, resalta el papel que el Estado, aunque neutro e imparcial, tiene frente a una responsabilidad comunitaria sobre los impactos de conflictos suscitados por un modelo liberal de autonomía irrestricta.

El “giro cívico” de la bioética del que nos habla Sagols (2010) incide en el entendimiento y ejercicio de los comités de bioética¹ y abre el camino para considerar a otros MSB como posibilidades para incorporar la participación ciudadana “activa” en la institucionalidad bioética.

De forma que los diversos MSB, como parte del Estado y de las instituciones, podrían ejercer acciones para difundir la bioética en diferentes esferas dentro del sistema nacional de salud mediante vínculos entre sí para producir una reflexión que persiga la prudente resolución de conflictos morales y la promoción de agencia ciudadana en salud.

La importancia de reforzar los MSB formales radica en el compromiso estatal e institucional que representan, pues es deber de ambas esferas fomentar capacidades y disposiciones en los ciudadanos para el ejercicio de agencia moral en decisiones con impacto privado y público (Consejo y Chapela, 2025), no obstante, hablar de ecosistemas de MSB implica también establecer un nexo con los medios informales prevalentes en las instituciones y en la comunidad.

5. Conclusiones y recomendaciones

La institucionalización y expansión de la bioética como disciplina surgió en Estados Unidos en la década de 1970, mismo periodo en el que comenzó la difusión extensa de los comités de ética asistencial, los cuales, pese a su apogeo teórico, han sido criticados por su bajo impacto práctico. Como alternativa emergieron los “expertos en (bio)ética”; sin embargo, ambas estrategias han sido señaladas por la posibilidad de derivar en actividades realizadas por “otros” desde una perspectiva paternalista, por lo que se desarrollaron otros medios que promueven la agencia moral directa de

¹ La autora también pone sobre la mesa la importancia de la participación ciudadana y gobernanza a través de los comités de ética en investigación, la cual es un área que rebasa los objetivos de este trabajo, sin embargo, dichos comités también deberán de ser considerados dentro de los ecosistemas de medios de soporte bioético.



los implicados a diferentes niveles en el binomio consultante-consultor; pasando del “autoritarismo” a la “facilitación”.

Aunque dichos extremos teóricos pueden llegar a ser ficticios en las realidades institucionales, son útiles como referencia para entender el vaivén entre MSB con diferentes objetivos en torno a la promoción de capacidades y competencias bioéticas entre los sujetos implicados en un problema moral según el contexto.

Los MSB podrían ser el eslabón que se necesita entre Estado-instituciones-ciudadanos-comunidades para promover la agencia moral en la toma de decisiones en salud en todo el espectro que conlleva: investigación, prevención, atención, promoción, desarrollo de políticas públicas, etc.

Si la bioética puede apoyar la búsqueda de un cuidado holista de salud para todos y por todos mediante mecanismos formales e informales para el abordaje de problemas morales y la promoción de agencia ciudadana, entonces, es pertinente reflexionar respecto al papel que pueden jugar los MSB en el impulso de autosuficiencia de las personas para la toma de decisiones en salud y fungir como vía de gobernanza.

Los MSB podrían ser el eslabón que se necesita entre Estado-instituciones-ciudadanos-comunidades para promover la agencia moral en la toma de decisiones en salud en todo el espectro que conlleva: investigación, prevención, atención, promoción, desarrollo de políticas públicas, etc.

En países con un sistema nacional de salud fragmentado y segmentado, como el caso mexicano, sería óptimo explorar las características bioéticas transversales entre los diferentes subsistemas y niveles de atención a la salud y contemplar diversos modelos de soporte bioético que se desarrollen como espacios sensibles a realidades contextuales dentro de un ecosistema institucional que responda a los fines y las necesidades locales.

Los MSB representan tanto iniciativas externas de calidad mediante la acreditación o certificación de las organizaciones, tanto como iniciativas internas de promoción de ciudadanía y derechos a través del desarrollo de agencia moral en salud. La cuestión, entonces, sería explorar si al establecerlos en diferentes combinaciones y ambientes según sus objetivos y alcances se puede fortalecer una amalgama entre bioética y calidad de la atención para beneficio de usuarios, pacientes, trabajadores y comunidades.

De manera que, por ejemplo, se considere como eje rector del ecosistema al modelo de comités, puesto que rescata en mayor medida una deliberación plural, laica y crítica, que se enriquezca en los hospitales, unidades de primer nivel de atención y medicina comunitaria con otros MSB como los retomados de la literatura o replantearse si es necesario implementar nuevos sistemas institucionales que consideren las experiencias iberoamericanas y el contexto nacional.



Referencias

- Annas, G. J. (1984). The Case of Baby Jane Doe: Child Abuse or Unlawful Federal Intervention? *Public Health and the Law*, 74(7), 727-729. <https://doi.org/10.2105/AJPH.74.7.727>
- Aulisio, M. P., Arnold, R. M. y Youngner, S. J. (2000). Health Care Ethics Consultation: Nature, Goals, and Competencies. A Position Paper from the Society for Health and Human Values–Society for Bioethics Consultation Task Force on Standards for Bioethics Consultation. *Annals for Internal Medicine*, 133(1), 59-69. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-133-1-200007040-00012>
- Beca Infante, J. P. (2013). Consultoría ético-clínica individual: su razón y sus roles. *Boletín de la Academia Chilena de medicina*, 61(LXI), 10-20.
- Beca, J. P. (2017). Experiencia en consultoría ético-clínica en Chile. *Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas*, (46), 38-51.
- Borovecki, A., Makar-Ausperger, K., Francetic, I., Babic-Bosnac, S., Gordijn, B., Steinkamp, N. y Oreskovic, S. (2010). Developing a Model of Healthcare Ethics Support in Croatia. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 19(3), 395-401. <https://doi.org/10.1017/S0963180110000174>
- Carvajal, S. (2020). Virtudes del médico: ¿qué importancia le atribuyen los pacientes? *Revista médica de Chile*, 148(12), 1767-1772. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872020001201767>
- Consejo y Chapela, C. (2025). Ética de las virtudes en la formación de una agencia bioética ciudadana como fundamento para la gobernanza. *Gaceta CONBIOÉTICA*, 14(52), 23-28. <https://doi.org/10.24875/GCB.25000004>
- Couceiro, A. (1999). Los comités de ética asistencial: origen, composición y método de trabajo. En A. Couceiro (ed.), *Bioética para clínicos* (pp. 269-281). Triacastela.
- da Silva Fontes Monteiro, R. y da Silva Junior, A. (2019). Directivas anticipadas de vontade: percurso histórico na América Latina. *Revista Bioética*, 27(1), 86-97. <https://doi.org/10.1590/1983-80422019271290>
- Dauwerse, L., Weidema, F., Abma, T., Molewijk, B. y Widdershoven, G. (2014). Implicit and Explicit Clinical Ethics Support in The Netherlands: A Mixed Methods Overview Study. *HEC Forum*, 26, 95-109. <https://doi.org/10.1007/s10730-013-9224-2>
- Estebaranz, F. J., Molero, M. J., García-Blanca, M. y Dolores, J. (2014). Estudio de los conflictos de valores presentes en las decisiones clínicas de la práctica hospitalaria, y de las posibles repercusiones en la calidad asistencial percibida de una acción de mejora. *EIDON*, (42), 4-13. <https://doi.org/10.13184/eidon.42.2014.4-13>
- Fajardo Dolci, G., Hernández Torres, F. y Aguilar Romero, M. T. (2012). Queja médica y calidad de la atención. En G. Fajardo Dolci y F. Hernández Torres, *Definiciones y conceptos fundamentales para el mejoramiento de la calidad de la atención a la salud*. Secretaría de Salud.
- Fins, J. J. y Real de Asúa, D. (2017). La convivencia entre comités y consultores en ética clínica: un ejemplo de modelo asistencia. *Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas*, (46), 28-37.
- Fox, E., Myers, S. y Pearlman, R. A. (2007). Ethics consultation in U. S. hospitals: A national survey. *The American Journal of Bioethics*, 7(2), 13-25. <https://doi.org/10.1080/15265160601109085>



- Galván Román, J. M., Fernández Bueno, J., Sánchez González, M. A. y Real De Asúa Cruzat, D. (2021). Consultoría en Ética Clínica: Modelos Europeos y Nuevas Propuestas en España. *Cuadernos de Bioética*, 32(104), 75-87. <https://doi.org/10.30444/CB.89>
- Gómez, M. I. (2011-2013). Los Comités de Ética Asistencial. En M. Bravo (comp.), *Reflexiones sobre Bioética: Seminarios de la Academia Chilena de Medicina* (pp. 170-179).
- Gracia, D. (2000). Calidad y excelencia en el cuidado de la salud. En F. Lolas Stepke (ed.), *Bioética y cuidado de la salud: Equidad, Calidad, Derechos. Programa Regional de Bioética OPS/OMS. Segunda Reunión del Comité Asesor Internacional en Bioética OPS/OMS, 3 y 4 de mayo* (pp. 35-52). Ciudad de Panamá, Panamá.
- Gracia, D. (2014). ¿La hora de los consultores? *EIDON*, (42), 1-3. <https://doi.org/10.13184/eidon.42.2014.1-3>
- Heitman, E. y Bulger, R. E. (1998). The Healthcare Ethics in the Structural Transformation of Healthcare: Administrative and Organizational Ethics in Changing Times. *HEC Forum*, 10(2), 152-176. <https://doi.org/10.1023/A:1008865603499>
- Hem, M. H., Pedersen, R., Norvoll, R. y Molewijk, B. (2015). Evaluating clinical ethics support in mental healthcare: A systematic literature review. *Nursing Ethics*, 22(4), 452-466. <https://doi.org/10.1177/0969733014539783>
- Hernando Robles, P. (2017). Los CEA en España: de dónde venimos y hacia dónde vamos. *Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas*, (46), 11-25.
- Herreros, B. (2017). La consultoría ética, ¿alternativa o complemento a los CEA? *Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas*, (46), 54-65.
- León Correa, F. J. (2009). De la bioética clínica a una bioética institucional y social. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 9(1), 56-63. <https://www.redalyc.org/pdf/1270/127020308005.pdf>
- Levi, C. (1977). Hospital ethics committees: a guarded prognosis. *Hastings Center Report*, 7(3), 25-28. <https://doi.org/10.2307/3560689>
- Mabel, H., Crites, J. S., Cunningham, T. V. y Potter, J. (2025). Reimagining Thriving Ethics Programs without Ethics Committees. *The American Journal of Bioethics*, 25(3), 55-70. <https://doi.org/10.1080/15265161.2023.2276172>
- Noland, K. (1987). Imperiled newborns. *Hastings Center Report*, 17(6), 5-32. <https://doi.org/10.2307/3563441>
- Organización Mundial de la Salud (OMS), OCDE y Banco Mundial (BM). (2020). Prestación de servicios de salud de calidad: un imperativo global para la cobertura sanitaria universal [Delivering quality health services: a global imperative for universal Health coverage]. Ginebra. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241513906>
- Peralta Cornielle, A. (2011). Perspectivas en Latinoamérica de los Comités de Ética Asistencial. En F. J. León Correa (ed.), *Ética clínica y comités de ética en Latinoamérica* (pp. 143-154). FELAIBE, Sociedad Chilena de Bioética y Fundación Interamericana Ciencia y Vida. Santiago de Chile.
- Rasoal, D., Skovdahl, K., Gifford, M. y Kihlgren, A. (2017). Clinical Ethics Support for Healthcare Personnel: An Integrative Literature Review. *HEC Forum*, 29, 313-346. <https://doi.org/10.1007/s10730-017-9325-4>
- Robles-Martínez, J., Consejo y Chapela, C. y Castaño-Meneses, V. M. (2025). Responsabilidad social y agencia moral: transformando la relación médico-paciente en la práctica médica. *Gaceta Médica de México*, 161, 210-215. <https://doi.org/10.24875/GMM.24000368>



- Sagols, L. (2011). Del "giro aplicado" de la ética al "giro cívico de la bioética". *Theoría. Revista Del Colegio De Filosofía*, (22), 135-141. <https://doi.org/10.22201/ffyl.16656415p.2010.22.365>
- Saturno-Hernández, P. J. (2024). La calidad de la atención como eje de los sistemas de salud. *Salud Pública México*, 66(5), 644-652. <https://doi.org/10.21149/15725>
- Slowther, A., Bunch, C., Woolnough, B. y Hope, T. (2001). *Clinical Ethics Support in the UK: A review of the current position and likely development*. Nuffield Trust. <https://www.nuffieldtrust.org.uk/sites/default/files/2017-01/clinical-ethics-support-uk-web-final.pdf>
- Sorik, P., Actis, A. M. y Outomuro, D. (2016). Comités de ética asistencial: de los grandes dilemas a los nuevos desafíos. *Revista Bioética*, 24(1), 91-97. <https://doi.org/10.1590/1983-80422016241110>
- Spike, J. P. (2014). The Birth of Clinical Ethics Consultation as a Profession. *The American Journal of Bioethics*, 14(1), 20-22. <https://doi.org/10.1080/15265161.2014.863109>
- Steinkamp, N. y Gordijn, B. (2001). The two-layer model of clinical ethics and a training program for the Malteser Hospital Association. *HEC Forum*, 3, 242-254. <https://doi.org/10.1023/A:1011917213470>
- Szulik, D. (2023). Reflexiones en torno a la calidad de la atención en salud. *Ciencia, Docencia y Tecnología*, 34(67), 1-15. <https://doi.org/10.33255/3467/1291>
- Tulsky, J. A. y Fox, E. (1996). Evaluating Ethics Consultation: Framing the Questions. *The Journal of Clinical Ethics*, 7(2), 109-115. <https://doi.org/10.1086/JCE199607202>
- UNESCO. (2015). Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_spa
- Valdez Martínez, E. y Bedolla, M. (2007). Comités de ética clínica en México: su desarrollo en el IMSS. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 45(3), 265-268.
- van der Dam, S., Molewijk, B., Widdershoven, G. A., Abma, T. A. (2014). Ethics support in institutional elderly care: a review of the literature. *Journal of Medical Ethics*, 40(9), 625-631. <https://doi.org/10.1136/medethics-2012-101295>
- World Health Organization (WHO). (2018). Handbook for national quality policy and strategy: a practical approach for developing policy and strategy to improve quality of care. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272357/9789241565561-eng.pdf?sequence=1>
- Zapatero Ferrándiz, A., Colomar Pueyo, G., Dot Jordana, I. y Solsona Durán, J. F. (2017). El consultor de ética. *Medicina clínica*, 149(12), 549-551. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2017.05.026>