

Decálogo de bioética y atención primaria de salud: intemporal, humano, práctico y en riesgo de la automatización

Decalogue of bioethics and primary health care: timeless, human, practical, and in danger of automatization

Luz del Carmen Ramírez Zazueta*
Hospital General del Estado de Sonora, México

<https://doi.org/10.36105/mye.2026v37n1.04>

Resumen

Nombrar la palabra bioética es hacer mención a los derechos humanos. La velocidad con que se vive la vida en el siglo XXI, además de

* Presidenta del Comité Hospitalario de Bioética del Hospital General del Estado de Sonora, México. Correo electrónico: lucy_rz@hotmail.com ORCID record: 

Recepción:	Envío a dictamen:	Aceptación:	Publicación:
12.06.2025	24.06.2025	14.09.2025	02.01.2025

CÓMO CITAR: Ramírez Zazueta, L. C. (2026). Decálogo de bioética y atención primaria de salud: intemporal, humano, práctico y en riesgo de la automatización. *Medicina y ética*, vol. 37, núm. 1. DOI: <https://doi.org/10.36105/mye.2026v37n1.04>



Esta obra está protegida bajo una Licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 4.0 Internacional.

una adaptación constante, exige a los profesionales de salud normar acciones en instrumentos que orienten y delimiten la toma de decisiones en la práctica diaria. Para garantizar que la atención en salud sea justa y de calidad, la Comisión Nacional de Bioética (CONBIÓETICA) proporciona un documento enfocado en la humanización y en la protección de la dignidad y vulnerabilidad de la población mexicana.

Palabras clave: persona, bioética, atención primaria a la salud.

1. Introducción

En nuestro país, México, la Suprema Corte de Justicia de la Nación ha emitido jurisprudencia en donde acentúa la obligación constitucional del Estado mexicano, conforme al artículo 4º, sobre el derecho a la salud como fundamental de las personas, entendiéndose no solo como el estado de bienestar físico, sino también como la integración del bienestar psicológico y social (1).

La bioética, como imperativo de las ramas de las ciencias de la salud, se define como: “el uso creativo del diálogo inter y transdisciplinar entre ciencias de la vida y valores humanos para formular, articular y, en la medida de lo posible, resolver algunos de los problemas planteados por la investigación y la intervención sobre la vida, el medio ambiente y el planeta Tierra” (Unidad Regional de Bioética de la OPS).

Como fundamento de la bioética, resulta trascendental el Informe Belmont, en él se expresaron cuatro principios fundamentales, que se agrupan en la Tabla 1.

Tabla 1. Principios fundamentales en el Informe Belmont

PRINCIPIOS FUNDAMENTALES			
No maleficencia	Autonomía	Beneficencia	Justicia
(Primum non noce-re) no hacer daño físico, psíquico o moral a los pacientes, Implica asistir y no abandonar al paciente, respetando siempre su dignidad, igualdad y autonomía	Respetar la libertad y responsabilidad de cada persona en la gestión de su propia vida y salud	Exige hacer y promover el bien d desde su autonomía, procurando que realicen su propio proyecto de vida	Tratar de la misma manera lo igual y de manera distinta lo desigual. Garantizando equidad en la atención.

Fuente: elaboración propia.

Posteriormente surge otra corriente bioética, como es la personalista en 1987, cuyo fundador es Elio Sgreccia, sus postulados fueron:

- Promover el bien íntegro de la persona humana.
- Defensa de la vida física: valor fundamental de la persona, necesita el cuerpo para existir.
- Totalidad de la persona humana: es un principio terapéutico que indica es lícito intervenir una parte del cuerpo para sanar la totalidad.
- Libertad y responsabilidad: la persona es libre para conseguir el bien de sí misma, el bien de las demás personas y el bien del mundo.
- Sociabilidad: la persona está inserta en una sociedad y debe ser beneficiaria de toda la organización social, ya que la sociedad se beneficia de la persona, de cada hombre y de todos los hombres.

¿Por qué algunas diferencias humanas son señaladas y consideradas destacadas por los grupos sociales, mientras que otras son ignoradas? Esta pregunta sociológica fundamental enmarca el primer

componente de la definición de estigma. Para que exista estigma debe converger una selección social de las diferencias humanas (2), ahora bien, esas diferencias etiquetadas tienden a vincularse a estereotipos. Al parecer, todos realizamos esta vinculación cuando emitimos juicios rápidos basados en la inducción (3).

En este capítulo se expone cada punto del decálogo de bioética y atención primaria a la salud, fundamentado por la Comisión Nacional de Bioética de México, la cual tiene como misión promover el conocimiento y aplicación de la Bioética en el ámbito científico, tecnológico y la de salud, con una perspectiva social y global.

2. Reconocer a cada persona, familiar y comunidad como centro del proceso de atención

La Atención Primaria de Salud (APS) se define como el enfoque de organización y operación del sistema como un todo, que busca la atención reflexiva, integral, de alta calidad, oportuna, disponible, accesible, de acuerdo con las necesidades de salud reales de las personas. Con el máximo y genuino interés del personal de salud, que trabaja en equipo de manera organizada, coordinada, congruente y efectiva, con el objetivo de mantener sana a la población bajo su responsabilidad. Con componentes ideales de atención que rompen paradigmas, innovadores y factibles, orientados para elevar el nivel de salud y calidad de vida de las personas (4). Que el concepto APS cuente con la palabra primaria nos induce a pensar que se trata de aspectos exclusivos del primer nivel de atención o del primer contacto. En realidad, el enfoque de APS abarca la totalidad del sistema en los tres niveles de atención e involucrando la acción comunitaria de forma integral, con un enfoque en la persona, la familia y la comunidad.

Para contribuir al desarrollo social y económico global de las comunidades, la APS se ha adoptado en diversos países como una estrategia de los sistemas de salud, representando el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema

Nacional de Salud (SNS), llevando lo más cerca posible la atención de la salud al lugar donde residen y trabajan las personas. Constituye, además, el primer elemento de un proceso permanente de atención de salud.

Parte del marco conceptual de la Atención Primaria de Salud en el que se centra este curso, fue tomado de la iniciativa Primary Health Care Performance Initiative (PHCPI) en la que participaron la OMS, la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard, Banco Mundial, Bill y Melinda Gates Foundation, UNICEF, Results for development, Brigham and Women's Hospital, entre otros, disponible en *improvingphc.org*.

El implementar la APS abordaría más del 80% de las necesidades de salud comunes de las personas a lo largo de sus vidas:

- Aumenta el bienestar de las personas.
- Disminuye la mortalidad materna e infantil.
- Contribuye a la calidad de la vida.
- Incrementa los años de vida saludable.
- Es eficiente: identifica, previene y mejora las enfermedades de las personas antes de que se vuelvan costosas y difíciles de tratar.
- Es justa y equitativa, proporcionando a todas las personas acceso a servicios de salud esenciales en sus comunidades.
- Ayuda a las comunidades a detectar y detener los brotes locales antes de que se conviertan en epidemias mundiales.

3. Respetar valores, creencias y la autonomía de la persona en la toma de decisiones en salud

Para garantizar el correcto ejercicio de los principios de bioética, en especial al principio de autonomía, abordaremos el papel clave del consentimiento informado en la práctica clínica. La autonomía es el principio que hace referencia al respeto y a la capacidad de las personas para tomar decisiones informadas y conscientes sobre su propia vida, especialmente en el contexto de la práctica médica (5).

El ejercicio médico en sus inicios fue principalmente paternalista y lo que hoy conocemos como método deliberativo no existía. Posteriormente, la autonomía, como conquista social, se fue obteniendo en etapas, las que siempre han costado sangre. Después de Kant y el Renacimiento, la concepción del ser fue cambiando. Para que pueda tomar una decisión veraz, deberá contar con información oportuna, comprensible y transparente; de lo contrario, dicha decisión no reflejará su voluntad y estará supeditada a la coerción (6).

Una persona autónoma se reconoce como aquella que tiene derecho a elegir, plantear su posición, y tomar decisiones basada en sus creencias, cultura y principios (7). De esta manera, se debe proporcionar información adecuada a los pacientes para que así, puedan tomar decisiones de manera informada y respetar su voluntad, siempre y cuando estén capacitados y hayan dado su consentimiento de manera voluntaria (5).

El consentimiento informado, tanto en el ámbito de la práctica clínica como en la investigación en humanos, se considera como un proceso, no como un documento. Esto garantiza no solo la aceptación mediante una firma autógrafa, sino el acompañamiento interdisciplinario a lo largo del tiempo durante el cual el paciente o sujeto de investigación mantiene su participación activa.

Para la CONBIOÉTICA, el consentimiento informado se define: “es la expresión tangible del respeto a la autonomía de las personas en el ámbito de la atención médica y de la investigación en salud. No es un documento, es un proceso continuo y gradual que se da entre el personal de salud y el paciente y que se consolida en un documento” (8).

Para que el consentimiento sea válido, debe preceder a cualquier intervención y llevarse a cabo tomando en cuenta el contexto social y cultural de las personas participantes (sujetos y/o pacientes). Esto implica tomar en cuenta las características de cada situación para implementar el proceso de forma adecuada.

Existen algunos componentes obligatorios en el proceso de consentimiento por parte de la persona para recibir algún procedimiento

terapéutico durante su atención médica o para participar en una investigación clínica, a saber: información, voluntariedad y capacidad para la toma de decisiones.

El asentimiento es la variante del consentimiento donde una persona quien no posee la legal competencia para ello manifiesta afirmativamente su acuerdo en participar en una investigación o recibir una intervención terapéutica (9). Por ejemplo, en el caso de niños escolares, que tienen la capacidad de comprender la información brindada en un lenguaje sencillo y claro, dado que no pueden legalmente tomar las decisiones sobre sí mismos, aunque sus tutores otorguen el consentimiento, deberían manifestar su asentimiento antes de ser incluidos en una investigación.

Es decir, el asentimiento del participante no elimina la necesidad de que los padres o la persona legalmente autorizada para la toma de decisiones lo haga de manera formal a través del consentimiento informado. Por otro lado, en el caso de niños pequeños o personas con demencia o deterioro cognitivo, el asentimiento no se considera necesario, y son las personas legalmente responsables quienes participan en el consentimiento informado y hacen constar el proceso de obtención en los documentos pertinentes.

Frecuentemente, el paciente se enfrenta a la necesidad de decidir entre diferentes opciones con potenciales beneficios y riesgos muy similares entre sí. Por otra parte, existe una disyuntiva entre la elección de un tratamiento y otro ante la posibilidad de resultados muy diferentes a corto, mediano y largo plazo en las diversas opciones terapéuticas. Así pues, la capacidad para la toma de decisiones significa que se comprenden las implicaciones de elegir una opción de tratamiento en lugar de otras.

Como ejemplo de los avances en nuestro país, en México, la SCJN ha confirmado el derecho a las personas con discapacidad intelectual a tomar decisiones informadas sobre la atención a la salud, derivado de las obligaciones establecidas en la Ley General para la Inclusión de Personas con Discapacidad y de la Ley General para la Atención y Protección a Personas con la Condición del Espectro

Autista, puesto que no se trata de una condición que les limite al más alto goce de acceso y atención integral de la salud, ya sea en el ámbito de atención primaria como en el espacio hospitalario de alta especialidad (10).

4. Proteger la dignidad y seguridad de las personas en particular en aquellas en situación de vulnerabilidad

La Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) en México trabaja en la protección, defensa, promoción, observancia, estudio y divulgación de los derechos correspondientes a los denominados grupos vulnerables, definidos como los sectores de la población que, debido a determinadas condiciones o características, son más susceptibles a sufrir violaciones de sus derechos humanos y a encontrarse en situación de riesgo.

Los temas relacionados con estos grupos vulnerables, y en los que la CNDH focaliza su trabajo, son: personas migrantes, víctimas del delito, personas desaparecidas, niñez y familia, sexualidad, salud y VIH, igualdad entre mujeres y hombres, periodistas y defensores civiles, contra la trata de personas, pueblos y comunidades indígenas, personas con discapacidad y persona en reclusión.

Desde 1948 en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, se establece el reconocimiento de la dignidad como un derecho intrínseco de los humanos, siendo iguales e inalienables para todos. Es un derecho inherente a todos los seres humanos, siendo igual e inalienable para todos. Es un derecho inherente a todos los seres humanos, de tal manera que la dignidad no es algo que se adquiere, sino que se posee por el solo hecho de existir.

Como históricamente dijo el entonces presidente de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, Antônio Cançado Trindade, acerca del artículo 3 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos: «la privación arbitraria de la vida no se limita al acto ilícito del homicidio; se extiende a la privación del derecho a vivir con dignidad» (11).

Con estos marcos normativos se insta al reconocimiento de cada uno de nosotros como seres dignos y con los mismos derechos ante un sistema de salud creado para nuestro beneficio.

5. Promover el autocuidado de la salud en los individuos y la corresponsabilidad de la comunidad, en un ambiente de solidaridad

En la Declaración de Astana, Kazajistán, en octubre de 2018, los países integrantes de la OMS se comprometieron a implementar una APS como la base y el futuro para alcanzar la salud para todas las personas.

El enfoque de esta implementación centra la atención en la persona, se orienta hacia el mantenimiento y mejoramiento de la salud individual, de la familia y de la comunidad, con una visión positiva hacia el bienestar; actúa de manera proactiva, focaliza en la preventión, atención integral y la promoción de la salud, con un enfoque salutogénico. Además, empodera a las personas para que utilicen sus propios recursos y los del entorno, con la finalidad de alcanzar el mayor grado de bienestar con o sin enfermedad.

La APS busca responsabilizar sobre los estados de salud a todos los integrantes de la comunidad a lo largo del ciclo de vida; considerando los determinantes sociales de la salud, pero, sobre todo, las personas son vistas de manera integral y no solo como enfermedades individuales por lo que son parte primordial de la Gestión de la Salud Poblacional.

La APS constituyendo la base de los sistemas de salud, aseguraría que todas las personas se mantengan saludables y reciban atención cuando la necesiten. Un sistema sólido de APS cuenta con instalaciones ubicadas en los lugares estratégicos de sus comunidades, donde las personas pueden acceder a los servicios de atención primaria que requieren; además, dispone de proveedores de atención médica capacitados, empoderados e incentivados para brindar atención primaria

de calidad con sistemas y políticas que garanticen la disponibilidad de medicamentos, vacunas y diagnósticos esenciales y de alta calidad.

La participación comunitaria es un proceso con el que los participantes trabajan juntos para abordar problemas de la salud y promover el bienestar, a fin de lograr efectos y resultados positivos en la salud.

Se plantea que la búsqueda proactiva poblacional puede ser una estrategia eficaz para garantizar que las personas con enfermedades crónicas reciban seguimiento y mantengan adherencia a los medicamentos necesarios.

La fragmentación o segmentación de los grupos para la búsqueda proactiva poblacional, de acuerdo con el perfil de riesgo (morbilidad o mortalidad), puede mejorar la coordinación y continuidad de la atención, con el propósito de dirigir las actividades esenciales y garantizar una atención integral a las personas.

6. Propiciar la comunicación efectiva basada en la confianza entre paciente, familiar y equipo de salud

La comunicación con los pacientes y entre los mismos profesionales de salud no solamente se da con palabras; el comprender los valores locales, las prácticas culturales o los tabúes que influyen en la forma en que se comunica las personas son claves para establecer una comunicación eficaz y efectiva.

Para garantizar el respeto y la confianza en un entorno de salud, estos deben ser recíprocos entre las personas y el personal de sanitario, siendo parte fundamental de la calidad de la experiencia de la atención. A menudo, está influenciado por las percepciones de la persona sobre las actitudes, la competencia y los comportamientos afectivos del prestador de servicios.

El respeto implica tratar a todas las personas que utilizan los servicios de salud como iguales, con el mismo valor y dignidad. También implica evitar toda forma de discriminación, violencia o maltrato,

incluyendo la infantilización y el regaño. Se expresa mostrando interés por las personas, sus creencias, valores y preferencias.

La responsabilidad social y la participación de la comunidad pueden ayudar a facilitar el respeto y la confianza sólidos entre las personas y el personal de salud. Involucrar a las comunidades en la atención médica de manera temprana puede ayudar a alinear las expectativas entre las personas y el personal de salud, así como identificar las necesidades de la comunidad. Comprometerse con las comunidades para identificar qué servicios son más relevantes y adaptarse a las necesidades de la comunidad es una estrategia para construir relaciones de confianza entre las comunidades y el sistema de salud.

7. Garantizar la confidencialidad efectiva basada en la confianza entre pacientes, familiar y equipo de salud

Los derechos y obligaciones relacionados con el tratamiento de los datos personales contenidos en un expediente clínico, en el caso de las instituciones de salud públicas, se encuentran contenidos en la Ley General, 60 la LGS61, las Normas Oficiales Mexicana, como la NOM 004-SSA3-2012,⁶² principalmente.

Los datos personales son toda la información concerniente o relativa a una persona física identificada o identifiable, tales como:

- **Datos de identificación:** nombre, domicilio, RFC, CURP, etcétera.
- **Datos patrimoniales:** cuentas bancarias, saldos, créditos, propiedades, etcétera;
- **Datos de salud:** estados de salud físico y mental, expediente clínico, resultado de laboratorios, etcétera;
- **Datos biométricos:** huellas dactilares, iris, palma de la mano, etcétera;
- **Otros:** ideología, afiliación política, religión, origen étnico, preferencia sexual, etcétera.

En México, la Norma Oficial Mexicana NOM 004-SSA3-2012 establece que los expedientes clínicos son propiedad de la institución o del prestador de servicios médicos que los genera, cuando éste no dependa de una institución. En caso de instituciones del sector público, además de lo establecido en esta norma, deberán observar las disposiciones vigentes en la materia.

Sin perjuicio de lo anterior, el paciente, en tanto aportante de la información y beneficiario de la atención médica, tiene derechos de titularidad sobre la información para la protección de su salud, así como, para la protección de la confidencialidad de sus datos, en los términos de esta Norma y demás disposiciones jurídicas que resulten aplicables.

La protección de los datos personales es un derecho humano que tiene su antecedente en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, en específico el derecho a la vida privada (artículo 12), que establece la no injerencia del Estado en la vida privada de las personas. El objetivo de este derecho es la protección de la persona en relación con el tratamiento de su información personal. Este derecho se traduce en el poder de disposición y control que faculta al titular de la información para decidir qué datos proporciona, así como saber quién posee esos datos y para qué, pudiendo oponerse a esa posesión o uso.

Le confiere al individuo la facultad de participar en el tratamiento que otros hacen de sus datos personales, protegiendo el manejo justo de los mismos a través de:

- Acceso
- Rectificación
- Cancelación
- Oposición
- Medidas de Seguridad

El derecho de protección de datos personales se reconoce en México por primera vez en la Ley Federal de Acceso a la Información Pública Gubernamental de 2002. No obstante, su desarrollo ha

permitido que, en la actualidad, sea un derecho independiente y autónomo del derecho de acceso a la información.

En diversos países del mundo se han promulgado leyes de protección de datos personales y, en cada uno de ellos se ha buscado diseñar y adoptar una legislación que atienda a sus propias condiciones culturales, sociales, económicas, políticas, así como a su propio sistema jurídico.

En términos generales, existen dos grandes modelos a seguir en el diseño de leyes de protección de datos personales: el modelo europeo y el modelo estadounidense.

8. Aplicar y actualizar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos con enfoque multidisciplinario

Una fuerza de trabajo competente es esencial para lograr la visión de una APS de alta calidad para todos. La competencia del personal significa que los prestadores de servicios tienen y, demuestran los “conocimientos, habilidades, destrezas y competencias” para brindar servicios de alta calidad con éxito y eficacia.

La clasificación de la calidad de atención se divide en técnica y sentida. La calidad técnica incluye la atención que cumple con los estándares y pautas y casi siempre se aprende durante la educación o capacitación formal. Por el contrario, la calidad de la atención sentida se mide desde la perspectiva de las personas incluye su experiencia y satisfacción al interactuar con el personal.

Se define como motivación laboral al grado de voluntad del individuo para ejercer y mantener un esfuerzo hacia los objetivos de la organización y es el resultado de las interacciones de un personal con los miembros del equipo y otros compañeros de trabajo. Está demostrado que la motivación del personal está estrechamente relacionada con el agotamiento y la satisfacción. Los prestadores de servicios que están más satisfechos con su trabajo suelen estar más motivados y el agotamiento suele ocurrir cuando están sobrecargados de trabajo e insatisfechos. Sin embargo, que estén experimentando agotamiento

pueden estar motivados si están intrínsecamente comprometidos y apasionados por el trabajo que hacen y el impacto que generan.

9. Fomentar el uso racional de los recursos en salud y la oportuna referencia entre niveles de atención

El Estado y la sociedad son quienes deben garantizar el derecho a la salud. El principio de justicia se relaciona con dar a cada persona lo que necesita. Para ello, se debe realizar una adecuada distribución de recursos y que cada paciente reciba atención en una institución apropiada, según lo que requiera para una atención en salud digna.

Se cumple este principio cuando al paciente se le brinda un trato justo, no se le niega información o servicio, no se le impone una responsabilidad ilegítima ni se le exige más de lo debido (12). Los profesionales de la salud debemos equilibrar las necesidades de los pacientes y distribuir los recursos de manera ética, evitando discriminaciones injustas, así como teniendo en cuenta la voluntad de los pacientes.

Ahora, hablando de justicia distributiva en un contexto bioético, existen otros principios normativos a tener en consideración, así lo mencionan (13).

- **Equidad.** Propone la distribución de recursos, bienes y servicios según la justicia distributiva, conforme a la necesidad del paciente, rigiéndose siempre por la imparcialidad y garantizando el principio de oportunidad.
- **Dignidad.** Señala que las personas no deben tratarse como objetos, incluso después de fallecer.
- **No discriminación.** Principio ligado a la justicia, en donde todas las personas deben tener igualdad de oportunidades y derechos. No se debe negar su atención en salud por motivos de nacionalidad, edad, aporte social, entre otros.
- **Proporcionalidad.** Se refiere a la relación entre medios y resultados predecibles. Emplea los principios de beneficencia y

no maleficencia, creando un balance entre los derechos del individuo y obligaciones con la sociedad.

- **Utilidad.** Considera el bienestar tanto comunitario como individual en contexto de moralidad. Busca el mayor beneficio general con el menor costo aceptable.
- **Reciprocidad.** Implica una retribución adecuada y justa hacia quienes asumen un riesgo moral mayor al resto de las personas.
- **Solidaridad.** Supone el soporte mutuo reconociendo la interdependencia de los individuos como agentes morales. Se relaciona con la justicia distributiva y comprende la relación entre el Estado y persona.
- **Trasparencia.** Este principio vela por la justicia distributiva, en donde la asignación de los recursos debe darse de forma pública y clara, para así garantizar justicia y equidad en los procedimientos.

10. Ofrecer una atención equitativa al público usuario de los servicios de salud

Con el informe de la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, publicado en el 2008, quedó establecido que los determinantes estructurales y las condiciones de vida son causa de gran parte de las inequidades sanitarias entre los países y dentro de cada país. Se reunieron datos probatorios sobre los determinantes sociales de la salud tratándose en particular de la distribución del poder, los ingresos y los bienes y servicios; así como las circunstancias que rodean la vida de las personas, tales como su acceso a la atención sanitaria, la escolarización y la educación; sus condiciones de trabajo y ocio; y el estado de vivienda y entorno físico.

Son tres las recomendaciones que se dictaron para solucionar el problema:

1. Mejorar las condiciones de vida.
2. Luchar contra la distribución no equitativa del poder, el dinero y los recursos.

3. Medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones.

Los equipos interdisciplinarios resultan clave para enfrentar la equidad de cada contexto social en donde se otorgue la atención en salud; no basta únicamente con la atención médica que brindan los profesionales de la medicina y de enfermería. El trabajo del personal de psicología y nutrición puede incidir de sobremanera en las conductas y en el bienestar mental de las personas. Para los factores psicosociales y la cohesión social son áreas donde el personal de trabajo social tiene amplias herramientas y conocimientos para la acción.

Asimismo, el personal de promoción de la salud y las acciones relacionadas son fundamentales para la interrelación y atención de las condiciones de vida y de trabajo. En conjunto, con la interrelación de otros sectores, como el de educativo, de seguridad y de saneamiento, estas acciones permitirán mejorar los niveles de salud de las personas, las familias y las comunidades.

Las acciones de promoción a la salud y de prevención de las enfermedades deben constituir el primer paso y mantenerse durante toda la prestación de los servicios de salud si el objetivo es brindar una atención eficiente y efectiva, considerando los determinantes sociales desde un enfoque de APS, con el reducir las brechas de desigualdad en la sociedad.

11. Evitar la estigmatización y toda forma de discriminación

En el campo específico de la salud, el estigma es una barrera global bien documentada para el comportamiento de búsqueda de atención sanitaria (14), la participación en la atención (15) y la adherencia al tratamiento (16) en una serie de enfermedades (17,18,19).

Erving Goffman, sociólogo canadiense conocido por su obra fundamental *Estigma. La identidad deteriorada* (1963), es considerado una de las figuras más destacadas en la definición del estigma y se le

atribuye ser el iniciador del estudio científico de este fenómeno. Define estigma como un atributo que desacredita profundamente y que reduce al portador a una persona manchada y descontada (20, p. 3). Esta definición es citada regularmente por autores cuando explican el concepto de estigma, y sigue siendo muy respetada y dominante. De hecho, su trabajo pionero es el más citado en esta materia, con 49,861 citaciones en Google Académico al 9 de diciembre de 2022.

Como datos de actualidad, comparto cifras alarmantes en grupos clasificados con etiquetas de desvalor: según la Organización Mundial de la Salud, al año 2022, se estima que, en un momento dado, una de cada cinco personas vive con una salud mental deficiente y una de cada ocho personas en el mundo padece un trastorno mental.

Con respecto a estigma y discriminación laboral, la discriminación en mujeres embarazadas con enfermedad mental persiste aun cuando la Ley Federal del Trabajo, en su Título Quinto, establece que las mujeres gozan de los mismos derechos y tienen las mismas obligaciones que los hombres. En específico, el artículo 165 tiene como propósito fundamental la protección de la maternidad. De acuerdo con el Consejo para Prevenir y Eliminar la Discriminación en la Ciudad de México (COPRED), el despido por embarazo sigue siendo la primera causa de discriminación en nuestro país, lo que en 2016 representó el 39% de los casos presentados ante dicho organismo.

Cifras en adolescentes de países en desarrollo son alarmantes. Por ejemplo, una muestra de cien adolescentes embarazadas o que recientemente habían tenido un bebé, reportó niveles importantes de estrés en 48%, violencia sexual en 45%, violencia física en 36% y percepción de estigma relacionado al embarazo en 86%. Además, el hecho de sufrir altos niveles de depresión y ansiedad fue un factor que incrementó el estigma y la violencia, en comparación a mujeres sin sintomatología afectiva (21).

La estigmatización afecta a quienes la padecen, y también a los demás. La investigación ha demostrado que las personas relacionadas con individuos estigmatizados (por ejemplo, familiares, amigos, cuidadores) se ven desvalorizadas por el mero hecho de su relación con alguien estigmatizado (22,23,24). Esta situación se denomina

estigma de cortesía o estigma por asociación (23). A menudo, las personas intentan ocultar su relación con un familiar estigmatizado o animan a dicho miembro a ocultar su condición, siendo perjudicial para el bienestar psicológico del familiar estigmatizado. El estigma por asociación afecta incluso a quienes no sean familiares, pero que hayan desarrollado vínculos sociales con personas estigmatizadas, como los voluntarios del sida, los profesionales de salud mental y más recientemente el personal de salud que atendían personas con diagnóstico COVID-19.

Con respecto a nuestro trato actual con el adulto mayor, México tiende de manera gradual al envejecimiento; la prevalencia y la tolerancia hacia la discriminación por edad es preocupante. Míller mencionó, desde hace más de cincuenta años, que cuando los trabajadores mayores pierden sus empleos, tienen más dificultades para encontrar nuevas oportunidades en comparación con los más jóvenes. Los trabajadores mayores muestran tasas de desempleo más altas y períodos de desempleo más prolongados.

La condición de vulnerabilidad en el adulto mayor aumenta al padecer de múltiples enfermedades conforme avanza la edad, requiriendo la atención médica de diversos especialistas y, en ocasiones de uno o varios tratamientos, inclusive de polifarmacia. Esto impacta en la economía, generando lo que los especialistas en finanzas llaman “gasto de bolsillo”. Esto, sin considerar la percepción del adulto mayor de necesitar cada vez más el uso de medicamentos para conservar un buen estado de salud, lo que conlleva a otro concepto: el “gasto catastrófico”, definido como el uso del más del 60% del ingreso personal en la compra de medicamentos.

Como desafío para la bioética, el último elemento del decálogo para prevenir la estigmatización o cualquier tipo de discriminación se retoma la idea de pensadores actuales como Axel Honneth y Nancy Fraser. Esta idea se aplica a la defensa de las personas y grupos que han sido estigmatizados, buscando su reconocimiento en aspectos políticos, sociales, económicos y culturales.

Axel Honneth perteneciente a la denominada escuela de Frankfurt, desarrolló la teoría del reconocimiento, en filosofía política y

filosofía del derecho. El reconocimiento, y en concreto la lucha por el reconocimiento, fueron inicialmente categorías tratadas por Hegel en sus obras *El sistema de la eticidad*” y *la fenomenología del espíritu*.

La experiencia de la injusticia es parte de la esencia del ser humano; la humillación es la negación del reconocimiento por parte de los otros. Para Honneth, el hombre despreciado, humillado, sin reconocimiento, pierde su integridad, sus derechos, su autonomía personal y su autonomía moral. Honneth reconceptualiza, a partir de Hegel, las tres esferas del reconocimiento: el amor, el derecho y la solidaridad social.

Ya para finalizar, se comparten dos de las citas escritas por Nancy Fraser y Honneth (25).

“La justicia exige tanto la redistribución como el reconocimiento.”

“Uno se convierte en sujeto individual solo en virtud de reconocer a otro sujeto y ser reconocido por él.”

Cuando una sociedad amplia su marco de sensibilidad personal y social para incluir nuevos estilos de vida o nuevos derechos para grupos o individuos antes excluidos, se manifiesta lo que Honneth denomina: “un progreso moral.”

Conclusiones

Con el objetivo de dilucidar la toma de decisiones de los profesionales de salud en sus escenarios cotidianos, y teniendo como base los códigos deontológicos de cada profesión de estas áreas en específico; con los puntos del Decálogo de Bioética y Atención Primaria de Salud se busca enfrentar una actualidad reduccionista tecnocrática.

Reformulando la idea de Immanuel Kant, los hechos actuales cuestionan nuestra escala de valores, encontrado estrepitosas repeticiones de la historia con poca tolerancia a la diversidad multicultural.

El bienestar humano y del planeta que habitamos, depende de nuestras actividades promovidas desde un pensamiento crítico, que

más allá de alimentar macrodatos con sesgos, unifique el precepto fundamental de la Declaración Universal de los Derechos Humanos: el respeto a la dignidad.

Referencias

1. Gaceta del Semanario Judicial de la Federación. Libro 12, 2014; (1):1192.
2. Andersen M, Varga S, Folker A. On the Definition of Stigma. Journal of Evaluation in Clinical Practice. 2022; 28(5), 847-853. <https://doi.org/10.1111/jepl.13684>
3. Diamond L, Alley, J. Rethinking Minority Stress: A Social Safety Perspective on the Health Effects of Stigma in Sexually-Diverse and Gender-diverse Populations. Neuroscience & Biobehavioral Reviews. 2022; 138:104720. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2022.104720>
4. Organización Panamericana de la Salud. Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas. Una renovación para el siglo XXI. Marco conceptual y descripción. Washington; 2020.
5. Beauchamp T, Childress J. Principios de Ética Biomédica, Barcelona: Masson; 1999.
6. Sánchez JD, Cambil J, Villegas M, Luque F. Principio de autonomía del paciente. Reflexiones y conflictos bioéticos [Principle of autonomy of the patient. Reflections and bioethical conflicts]. J Health Qual Res. 2020; 35(3):197-198. <https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2019.06.003>
7. Altamirano P. El principio de autonomía. Anónimo. Experimento de Tuskegee. Universidad de Costa Rica; 2019.
8. Conbioética. Consentimiento informado. https://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/interior/temasgeneral/consentimiento_informado.html
9. Martínez G, Goyri V. Consentimiento informado. Fundamentos y problemas de su aplicación práctica, México: UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas y Programa Universitario de Bioética; 2017.
10. Congreso general de los Estados Unidos Mexicanos. 2024. Ley general para la inclusión de las personas con discapacidad. Ley general para la inclusión de las personas con discapacidad. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGI-PD.pdf>
11. World Health Organization. Suicide Worldwide in 2019. https://www.paho.org/en/documents/suicide-worldwide-2019_315
12. Ferro M, Molina-Rodríguez L, Rodríguez G. Las bioéticas y sus principios. Acta Odontológica venezolana. 2009; 47(2), 481-487. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652009000200029&lng=es
13. Sinay J. Problemas éticos en la asignación de recursos escasos y cuidado intensivo en la atención de la pandemia por SARS-CoV-2 Una reflexión desde los principios, criterios, derechos y deberes. Acta médica colombiana; 2020.

14. Scott N, Crane M, Lafontaine M, Seale H, Currow D. El estigma como barrera para el diagnóstico del cáncer de pulmón: perspectivas del paciente y del médico general. *Prim Health Care Res Dev.* 2015; 16(06):618–622. <https://doi.org/10.1017/S1463423615000043>
15. Corrigan P, Watson A, Gracia G, Slopen N, Rasinski K, Hall L. Newspaper stories as measures of structural stigma. *Psychiatr Serv.* 2005 May; 56(5):551-6. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.56.5.551>
16. Mahajan AP, Sayles JN, Patel VA, Remien RH, Sawires SR, Ortiz DJ, Szekeres G, Coates TJ. Stigma in the HIV/AIDS epidemic: a review of the literature and recommendations for the way forward. *AIDS.* 2008; 22 Suppl 2(Suppl 2):S67-79. <https://doi.org/10.1097/01.aids.0000327438.13291.62>
17. Dilorio C., Osborne P, Letz R, Henry T, Schomer D, Yeager K. The Association of Stigma with Self-management and Perceptions of Health Care among Adults with Epilepsy. *Epilepsy & Behavior.* 2003; 4(3), 259-267. [https://doi.org/10.1016/s1525-5050\(03\)00103-3](https://doi.org/10.1016/s1525-5050(03)00103-3)
18. Link B, Phelan J. Conceptualizando el estigma. *Annu Rev Sociol.* 2001; 27(1):363–385. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>
19. Hatzenbuehler M. ¿Cómo se infiltra el estigma de las minorías sexuales? Un marco de mediación psicológica. *Psychol Bull.* 2009; 135(5):707–730. <https://doi.org/10.1037/a0016441>
18. Goffman E. *Stigma: Notes on the management of spoiled identity.* Simon & Schuster; 1986.
19. Asiimwe R, Tseng CF, Murray SM, Ojuka JC, Arima EG, Familiar-Lopez I. Association of pregnancy-related stigma and intimate partner violence with anxiety and depression among adolescents. *J Adolesc.* 2022; 94(2):270-275. <https://doi.org/10.1002/jad.12008>
20. Hebl M, Mannix L. The Weight of Obesity in Evaluating Others: A Mere Proximity Effect. *Personality and Social Psychology Bulletin.* 2003; 29(1), 28-38. <https://doi.org/10.1177/0146167202238369>
21. Östman M, Kjellin L. Stigma by Association: Psychological Factors in Relatives of People with Mental Illness. *British Journal of Psychiatry.* 2002; 181(6), 494-498. <https://doi.org/10.1192/bjp.181.6.494>
24. Neuberg SL, Smith DM, Asher T. Por qué se estigmatiza: Hacia un marco biocultural. En: Heatherton TF, Kleck RE, Hebl MR, Hull JG, editores. *La psicología social del estigma.* Nueva York: Guilford Press; 2000.
25. Fraser N, Honneth A. ¿Redistribución o reconocimiento? Un debate político-filosófico. Morata; 2006.