



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

Comités de Ética Asistencial: Una necesidad creciente para la promoción de derechos en la Atención Primaria

Carmen Nadal Agost

ADVERTIMENT. La consulta d'aquesta tesi queda condicionada a l'acceptació de les següents condicions d'ús: La difusió d'aquesta tesi per mitjà del servei TDX (www.tdx.cat) i a través del Dipòsit Digital de la UB (diposit.ub.edu) ha estat autoritzada pels titulars dels drets de propietat intel·lectual únicament per a usos privats emmarcats en activitats d'investigació i docència. No s'autoritza la seva reproducció amb finalitats de lucre ni la seva difusió i posada a disposició des d'un lloc aliè al servei TDX ni al Dipòsit Digital de la UB. No s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX o al Dipòsit Digital de la UB (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant al resum de presentació de la tesi com als seus continguts. En la utilització o cita de parts de la tesi és obligat indicar el nom de la persona autora.

ADVERTENCIA. La consulta de esta tesis queda condicionada a la aceptación de las siguientes condiciones de uso: La difusión de esta tesis por medio del servicio TDR (www.tdx.cat) y a través del Repositorio Digital de la UB (diposit.ub.edu) ha sido autorizada por los titulares de los derechos de propiedad intelectual únicamente para usos privados enmarcados en actividades de investigación y docencia. No se autoriza su reproducción con finalidades de lucro ni su difusión y puesta a disposición desde un sitio ajeno al servicio TDR o al Repositorio Digital de la UB. No se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR o al Repositorio Digital de la UB (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al resumen de presentación de la tesis como a sus contenidos. En la utilización o cita de partes de la tesis es obligado indicar el nombre de la persona autora.

WARNING. On having consulted this thesis you're accepting the following use conditions: Spreading this thesis by the TDX (www.tdx.cat) service and by the UB Digital Repository (diposit.ub.edu) has been authorized by the titular of the intellectual property rights only for private uses placed in investigation and teaching activities. Reproduction with lucrative aims is not authorized nor its spreading and availability from a site foreign to the TDX service or to the UB Digital Repository. Introducing its content in a window or frame foreign to the TDX service or to the UB Digital Repository is not authorized (framing). Those rights affect to the presentation summary of the thesis as well as to its contents. In the using or citation of parts of the thesis it's obliged to indicate the name of the author.



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

Facultat de Dret

Programa de Doctorado en Derecho y Ciencia Política
Línea de Investigación: Bioética y Derecho

Comités de Ética Asistencial: Una necesidad creciente para la promoción de derechos en la Atención Primaria

Director y Tutor: Dr. Joan Josep Vallbé Fernández

CARMEN NADAL AGOST

BARCELONA, 2025

Resumen

La bioética surge como un puente entre la ciencia y las humanidades que, desde su origen, se centra en una ética aplicada y evoluciona hasta consolidarse en una disciplina práctica en el campo sanitario. Los conflictos éticos que surgen en la atención clínica actual debido al avance de la tecnociencia, los cambios sociales y la nueva relación entre el profesional de salud y la persona usuaria, requieren mecanismos para tomar decisiones razonadas.

Para apoyar los problemas de índole ética, la bioética ha irrumpido en hospitales a través de los Comités de Ética Asistencial (CEA). Estos CEA hospitalarios han desempeñado un papel de apoyo en la toma de decisiones que implican colisión de valores y en el fomento de la educación en bioética. Una realidad opuesta se identifica en la Atención Primaria (AP) donde existe una brecha notable en las publicaciones respecto a experiencias de este tipo de comités y de los conflictos éticos a los cuales se ven enfrentados sus equipos de salud.

Experiencias pioneras en países como España, Noruega y Chile, y una iniciativa reciente en México, han hecho visible la relevancia de los CEA con especialización en AP (CEA-AP). Esto motivó a la investigadora a profundizar en la experiencia chilena, como fundadora y presidenta de un comité de este tipo, por cuatro años, y de su trabajo en la Oficina de Bioética del Ministerio de Salud.

Este estudio tuvo como objetivo comprender la implementación y el desarrollo de los CEA-AP en Chile a partir de las perspectivas de sus integrantes y de referentes nacionales en bioética. Se utilizó una metodología cualitativa mediante grupos focales, entrevistas, y análisis documental, complementado con una comparación con las experiencias internacionales.

Los resultados del estudio mostraron que los CEA-AP chilenos, han sido relevantes y útiles, al representar espacios de reflexión ética y ser el medio reconocido, dentro de la institución, para promover el enfoque de derechos. Por otra parte, los CEA-AP, por sus funciones específicas y las características de su composición, se posicionan como un aporte para desarrollar el modelo de atención centrada en las personas. No obstante, la experiencia chilena y la internacional han revelado que estos comités aún no cuentan con

una legitimidad consolidada. En el caso de Chile, esto ocurre por barreras identificadas a nivel institucional y el desconocimiento de sus funciones, entre otros. También se identificaron factores facilitadores relacionados con el liderazgo, la resiliencia y la formación en bioética. Por ello esta tesis culmina con la propuesta de las bases de un modelo de implementación de CEA-AP para Chile basado en elementos normativos, organizativos y del enfoque de derechos.

A través de esta investigación se abren nuevos horizontes para la investigación en la aplicación práctica de la bioética en el ámbito de la Atención Primaria.

Palabras claves: Atención Primaria de Salud, Comités de ética clínica, Bioética, Análisis ético

Resum

La bioètica sorgeix com un pont entre la ciència i les humanitats que, des del seu origen, se centra en una ètica aplicada i evoluciona fins a consolidar-se com una disciplina pràctica en l'àmbit sanitari. Els conflictes ètics que apareixen en l'atenció clínica actual, a causa de l'avenç de la tecnociència, els canvis socials i la nova relació entre el professional de salut i la persona usuària, requereixen mecanismes per prendre decisions raonades.

Per donar suport als problemes d'indole ètica, la bioètica ha irromput als hospitals a través dels Comitès d'Ètica Assistencial (CEA). Aquests CEA hospitalaris han exercit un paper de suport en la presa de decisions que impliquen col·lisió de valors i en la promoció de l'educació en bioètica. Una realitat oposada s'identifica en l'Atenció Primària (AP), on existeix una bretxa notable en les publicacions relatives a experiències d'aquest tipus de comitès i dels conflictes ètics als quals s'enfronten els seus equips de salut.

Experiències pioneres en països com Espanya, Noruega i Xile, i una iniciativa recent a Mèxic, han fet visible la rellevància dels CEA amb especialització en AP (CEA-AP). Això va motivar la investigadora a aprofundir en l'experiència xilena, com a fundadora i

presidenta d'un comitè d'aquest tipus durant quatre anys, i per la seva feina a l'Oficina de Bioètica del Ministeri de Salut.

Aquest estudi va tenir com a objectiu comprendre la implementació i el desenvolupament dels CEA-AP a Xile a partir de les perspectives dels seus integrants i de referents nacionals en bioètica. Es va utilitzar una metodologia qualitativa mitjançant grups focals, entrevistes i anàlisi documental, complementada amb una comparació amb les experiències internacionals.

Els resultats de l'estudi van mostrar que els CEA-AP xilens han estat rellevants i útils, en representar espais de reflexió ètica i constituir el mitjà reconegut, dins de la institució, per promoure l'enfocament de drets. D'altra banda, els CEA-AP, per les seves funcions específiques i les característiques de la seva composició, es posicionen com un aport per desenvolupar el model d'atenció centrada en les persones. Tanmateix, l'experiència xilena i la internacional han revelat que aquests comitès encara no disposen d'una legitimitat consolidada. En el cas de Xile, això ocorre per barreres identificades a nivell institucional i pel desconeixement de les seves funcions, entre altres factors. També es van identificar factors facilitadors relacionats amb el lideratge, la resiliència i la formació en bioètica. Per això, aquesta tesi culmina amb la proposta de les bases d'un model d'implementació de CEA-AP per a Xile basat en elements normatius, organitzatius i en l'enfocament de drets.

A través d'aquesta investigació s'obren nous horitzons per a la recerca en l'aplicació pràctica de la bioètica en l'àmbit de l'Atenció Primària.

Paraules clau: Atenció Primària de Salut, Comitès d'ètica clínica, Bioètica, Anàlisi ètica

Abstract

Bioethics emerges as a bridge between science and the humanities which, from its origin, focuses on applied ethics and evolves into a practical discipline within the healthcare field. The ethical conflicts that arise in current clinical care due to advances in technoscience, social changes, and the new relationship between health professionals and

service users require mechanisms for making well-reasoned decisions. To support the resolution of ethically-based problems, bioethics has entered hospitals through Clinical Ethics Committees (CEC).

These hospital-based CEC have played an important role in supporting decision-making involving value conflicts and in promoting education in bioethics. A contrasting reality is found in Primary Care (PC), where there is a notable gap in publications regarding the experiences of such committees and the ethical conflicts faced by primary care teams. Pioneering experiences in countries such as Spain, Norway, and Chile, as well as a recent initiative in Mexico, have highlighted the relevance of CEC specialized in Primary Care (PC-CEC).

This motivated the researcher to explore the Chilean experience in depth, drawing on her role as founder and president of a committee of this kind for four years, as well as her work at the Bioethics Office of the Ministry of Health. The aim of this study was to understand the implementation and development of PC-CEC in Chile based on the perspectives of their members and of national bioethics experts. A qualitative methodology was used, including focus groups, interviews, and document analysis, complemented by a comparison with international experiences.

The study's findings showed that Chilean PC-CEC have been relevant and useful, as they provide spaces for ethical reflection and serve as the institutionally recognized mechanism for promoting a rights-based approach. Furthermore, due to their specific functions and their composition, PC-CEC are positioned as a valuable contribution to the development of person-centred care models. However, both the Chilean and international experiences reveal that these committees still lack consolidated legitimacy. In Chile, this is due to barriers identified at the institutional level and to limited awareness of their functions, among other factors. Facilitating factors were also identified, including leadership, resilience, and training in bioethics.

For these reasons, this thesis concludes by proposing the foundations of an implementation model for PC-CEC in Chile, based on regulatory, organizational, and rights-based elements.

Through this research, new horizons emerge for the study of the practical application of bioethics in the field of Primary Care.

Keywords: Primary Health Care, Clinical Ethics Committees, Bioethics, Ethical Analysis

Agradecimientos

Mi gratitud se dirige, en primer lugar, a todas las personas que participaron en esta investigación. Gracias por su generosidad al compartir sus experiencias y por la confianza depositada en mí para visibilizar el trabajo de los CEA-AP en Chile, un desafío que pudimos abordar con convicción y resiliencia.

Agradezco profundamente el apoyo incondicional de mi mamá y mi papá, sostén esencial en este camino.

Extiendo también mi gratitud a mi familia y amistades en Chile, por su cariño, su fuerza y su presencia constante.

A mis equipos de trabajo, gracias por los aprendizajes compartidos y por acompañar mi crecimiento profesional y humano.

Mi reconocimiento especial al Profesor Vallbé, por su profesionalismo, su guía y su cercanía, fundamentales para la culminación de esta tesis.

A todas las personas que me acompañaron durante mi estancia en Barcelona, amistades a toda prueba y, en particular, al Comité de Ética de Atención Primaria del ICS y al Grupo de Ética de la CAMFiC, gracias por abrirme espacios, acogerme y contribuir a este proceso.

Finalmente, agradezco a los equipos de investigación de la Universidad de Atacama en Chile y de la Universidad de Oslo en Noruega, por su apoyo académico y por enriquecer este proyecto con sus miradas.

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	12
1. MARCO TEÓRICO.....	19
1.1 REVISIÓN DE LITERATURA	19
1.1.1 <i>El sistema de salud chileno basado en la AP</i>	19
1.1.2 <i>La atención centrada en las personas</i>	36
1.1.3 <i>La bioética, una herramienta de reflexión y acción</i>	42
1.1.4 <i>La naturaleza del Comité de Ética Asistencial</i>	46
1.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	51
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	51
1.3.1 <i>Objetivo general</i>	51
1.3.2 <i>Objetivos específicos</i>	51
2. METODOLOGÍA.....	52
2.1 DISEÑO	52
2.1.1 <i>Paradigma y método</i>	57
2.1.2 <i>Estrategia</i>	58
2.1.3 <i>Recolección de datos y muestra para grupos focales y entrevistas</i>	59
2.1.4 <i>Análisis</i>	61
2.1.5 <i>Criterios de rigor</i>	62
2.2 EJECUCIÓN.....	66
2.2.1 <i>Revisión documental de experiencias internacionales</i>	67
2.2.2 <i>Fase empírica en el contexto nacional</i>	70
2.2.3 <i>Fase de análisis</i>	76
3. COMITÉS DE ÉTICA ESPECIALIZADOS EN AP A NIVEL INTERNACIONAL.....	84
3.1 LA TRAYECTORIA COMPARADA ENTRE COMUNIDADES AUTÓNOMAS EN ESPAÑA..	88
3.2 EL PROYECTO NORUEGO LIDERADO POR LA UNIVERSIDAD DE OSLO.....	107
3.3 LA INICIATIVA DE LA COMISIÓN ESTATAL DE BIOÉTICA DE LA CIUDAD DE MÉXICO	120
4. ESTUDIO DE CASO: CEA-AP EN CHILE.....	124

4.1 LOS CONFLICTOS ÉTICOS EN LA AP CHILENA	124
4.2 COMITÉS DE ÉTICA ASISTENCIAL EN CHILE	126
4.3 ANÁLISIS DE RESULTADOS DE LA EXPERIENCIA DE CEA-AP	135
4.3.1 <i>Revisión de protocolos internos de funcionamiento</i>	136
4.3.2 <i>Perspectivas de los entrevistados sobre los CEA-AP</i>	143
4.3.3 <i>Comparación de CEA-AP entre Chile y referentes internacionales</i>	203
4.4 INTEGRACIÓN TEÓRICA	217
5. CONCLUSIONES	220
5.1 DISCUSIÓN DE RESULTADOS	220
5.1.1 <i>La bioética aplicada en el contexto de Atención Primaria</i>	220
5.1.2 <i>Aprendizajes a partir de los CEA-AP en referentes internacionales</i>	222
5.1.3 <i>Implementación y desarrollo de los CEA-AP en Chile</i>	226
5.1.4 <i>Bases de un modelo de implementación de CEA-AP en Chile</i>	229
5.2 LIMITACIONES DEL ESTUDIO Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN	232
5.3 PROPUESTA DE BASES PARA UN MODELO DE IMPLEMENTACIÓN DE CEA-AP EN CHILE	235
5.3.1 <i>Un marco normativo de adscripción con pertinencia, como fundamento de legitimidad</i>	235
5.3.2 <i>Un marco organizativo flexible, como fundamento de pertenencia</i>	236
5.3.3 <i>El marco del enfoque de derechos, como horizonte de la atención centrada en las personas</i>	237
BIBLIOGRAFÍA	239
ANEXO N.º1 GUÍA TEMÁTICA DEL GRUPO FOCAL	261
ANEXO N.º2 GUÍA TEMÁTICA DE ENTREVISTA	263
ANEXO N.º3 CARACTERÍSTICAS DE CEA-AP PARTICIPANTES EN GRUPOS FOCALES ..	266
ANEXO N.º4 PERFIL DE PARTICIPANTES EN ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD	269
ANEXO N.º5 APROBACIÓN DEL PLAN DE INVESTIGACIÓN POR EL COMITÉ DE ÉTICA CIENTÍFICO SERVICIO DE SALUD ARAUCANÍA SUR, CHILE	273
ANEXO N.º 6 APROBACIÓN DEL PLAN DE INVESTIGACIÓN POR LA COMISIÓN DE BIOÉTICA DE LA UNIVERSIDAD DE BARCELONA, ESPAÑA	275
ANEXO N.º 7 CATEGORÍAS, SUBCATEGORÍAS Y SU SIGNIFICADO	276

FIGURAS

Figura 1 Regiones y comunas participantes en grupos focales y entrevistas en profundidad	74
Figura 2 Diagrama de la integración teórica basada en Creswell (2012).....	219

TABLAS

Tabla 1 Diseño de la metodología	53
Tabla 2 Cantidad de CEA-AP en Chile distribuido por regiones	66
Tabla 3 Descripción de la participación nacional en las técnicas de obtención de datos.....	74
Tabla 4 Codificación inicial.....	77
Tabla 5 Clasificación de los códigos iniciales en relación con las preguntas de investigación.....	79
Tabla 6 Codificación focalizada.....	80
Tabla 7 Matriz de análisis según categorías.....	82
Tabla 8 Fortalezas y debilidades del modelo de CEA-AP en Aragón.....	91
Tabla 9 Actividades del CEA-AP de Cataluña entre los años 2015 y 2022.....	93
Tabla 10 Fortalezas y debilidades del modelo CEA-AP en Cataluña.....	99
Tabla 11 Actividades del CEA-AP de Islas Baleares entre los años 2017 y 2022.....	103
Tabla 12 Fortalezas y debilidades del modelo CEA-AP en Islas Baleares.....	105
Tabla 13 Fortalezas y debilidades del modelo CEA-AP de Noruega.....	118
Tabla 14 Fortalezas y debilidades del modelo CEA-AP de Ciudad de México.....	122
Tabla 15 Distribución de los CEA en instituciones públicas en Chile	131
Tabla 16 CESFAM acreditados en calidad y seguridad del paciente y CESFAM con adscripción a Comités de Ética Asistencial	132
Tabla 17 Comités de Ética Asistencial en AP en Chile por comunas	134
Tabla 18 Codificación de la documentación relacionada con el funcionamiento de los CEA-AP en Chile.....	136
Tabla 19 Fortalezas, debilidades y factores claves del modelo de CEA-AP en Chile.....	202
Tabla 20 Dimensiones comparadas entre los modelos de CEA-AP de Chile y de las Comunidades Autónomas de España seleccionadas en este estudio.....	206
Tabla 21 Dimensiones comparadas entre el modelo de CEA-AP de Chile y Noruega.....	211

ABREVIATURAS

AP: Atención Primaria

ASBH: American Society for Bioethics and Humanities

BCN: Biblioteca de Congreso Nacional

CAMFiC: Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria

CBPNA: Comités de Bioética en el Primer Nivel de Atención

CEA: Comité de Ética Asistencial

CEA-AP: Comité de Ética Asistencial en Atención Primaria

CEAAPICS: Comité de Ética Asistencial en Atención Primaria del Instituto Catalán de Salud (traducido del catalán)

CEAM: Comisión Asesora de Ética Asistencial del Ministerio de Salud

CEB: Comisión Estatal de Bioética

CEC: Comité de Ética Científico

CEI: Comités de Ética en Investigación

CEPAL: Comisión Económica para América Latina y el Caribe

CECOSF: Centro Comunitario de Salud Familiar

CESFAM: Centro de Salud Familiar

CHB: Comités Hospitalarios de Bioética

CME: Centro de Ética Médica

CMEIS: Comisión Asesora de Ética de la Investigación en Salud

COMETA-AP: Comité de Ética Asistencial de Atención Primaria de Mallorca

CONBIOETICA: Comisión Nacional de Bioética de México

COSAM: Centro Comunitario de Salud Mental

COVID: Síndrome respiratorio agudo producido por un coronavirus (traducido del inglés)

DIVAP: División de Atención Primaria

ECICEP: Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas

FONASA: Fondo Nacional de Salud

IAAPS: Índice de Actividad de Atención Primaria de Salud

IDIAP: Instituto Universitario de Investigación en Atención Primaria

INSALUD: Instituto Nacional de Salud

ISAPRE: Instituciones de Salud Previsional Privadas

ISP: Instituto de Salud Pública

KS: Asociación Noruega de Autoridades Locales y Regionales (traducido del noruego)

MAIS: Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria

MINSAL: Ministerio de Salud de Chile

OIRS: Oficina de información, reclamos y sugerencias

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONU: Organización de las Naciones Unidas

OPS: Organización Panamericana de la Salud

RAE: Real Academia de la Lengua Española

SEREMI: Secretaría Regional Ministerial

SERMENA: Servicio Médico Nacional de Empleados

UNESCO: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (traducido del inglés)

UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (traducido del inglés)

Introducción

Esta tesis analiza la aportación de los Comités de Ética Asistencial (CEA) en Atención Primaria (AP) en Chile, como mecanismos promotores y formadores del enfoque de derechos en salud, al generar un espacio formal de reflexión colectiva, pluralista y participativa con la aplicación de la bioética en un territorio poco explorado y que, tras la relevancia de la AP dentro del sistema de salud, cobra protagonismo en la actualidad.

El trabajo es el resultado de la experiencia profesional de casi 20 años en AP de una médico de familia de Rancagua en Chile, con interés por visibilizar una bioética aplicada en los conflictos éticos que tienen lugar en contextos ambulatorios, comunitarios y extrahospitalarios de la práctica sanitaria, y su posible abordaje a través de mecanismos especializados. Por lo tanto, la tesis profundiza en el concepto de una bioética de carácter práctico y pluralista que se fundamenta en el enfoque de derechos que promulga la UNESCO desde el 2005.

En la misma línea, la Declaración Universal sobre Bioética y los Derechos Humanos de la UNESCO (2005a), en su artículo 19, señala la relevancia de establecer, promover y apoyar, al nivel que corresponda, comités de ética independientes, multidisciplinarios y pluralistas, cuyo enfoque en un contexto clínico es prestar asesoramiento sobre problemas éticos y fomentar la sensibilización del público sobre la bioética. Por lo anterior, este espacio de participación colectiva, aún incipiente en la AP, es una oportunidad para pasar de la teoría a principios aplicados en contextos comunitarios de la atención sanitaria.

El abordaje deliberativo que ofrecen los CEA para resolver los conflictos éticos ha sido históricamente subestimado y desplazado en AP, en favor de una bioética aplicada en contextos hospitalarios y tecnologizados (Altisent et al., 2019). No obstante, se evidencia que la AP posee atributos específicos y experiencia para establecer CEA con identidad propia que reconozcan, analicen y resuelvan conflictos éticos particulares de la práctica asistencial ambulatoria y comunitaria (CEAAPICS, 2016, 2018a; Magelssen et al., 2016, 2020; Nadal & Campillay, 2024; Solari & Escobar, 2009).

La relevancia de este tema para la investigadora radica en su estrecha vinculación con la AP y en la sensibilidad que ha desarrollado hacia este ámbito a lo largo de su carrera profesional, en diversos roles: médico clínico, directora de CESFAM, docente a cargo de la asignatura de Medicina Familiar en la carrera de medicina y coordinadora de la práctica médica de internos en AP de la Universidad de O'Higgins en Chile. Además, fue fundadora del CEA-AP de la Corporación Municipal de Rancagua, el cual presidió durante cuatro años y en el cual, actualmente, participa como colaboradora.

En el ámbito académico, la investigadora cursó un Máster en la Universidad de Western Ontario (Canadá) con el equipo de investigadores del Centro de Estudios en Medicina Familiar, los cuales desarrollaron el “Método Clínico Centrado en el Paciente” (MCCP). En el ámbito de la bioética, la investigadora cursó dos programas de Máster: uno impartido por la Facultad de Medicina de la Universidad del Desarrollo en Chile y otro por la Facultad de Derecho de la Universidad de Barcelona en España. La integración de estas áreas de especialización, le permitieron desarrollar esta disciplina en su carrera profesional en la Atención Primaria y desempeñarse durante tres años como asesora de ética asistencial en la Oficina de Bioética del Ministerio de Salud de Chile.

A partir de esta trayectoria, la investigadora identificó una brecha relevante: la necesidad de impulsar el desarrollo de la bioética aplicada en la AP. En particular, su objetivo en esta tesis es visibilizar el trabajo de los Comités de Ética Asistencial en este nivel de atención en Chile, destacando que estas iniciativas surgieron desde las propias bases, como respuesta a una necesidad percibida que no estaba siendo cubierta por las normativas ni por las estrategias operativas del país. De este modo, la investigación se sitúa en un contexto de vacíos normativos, de actores claves desinteresados y de la persistente invisibilidad de la relevancia de la bioética para la AP, por parte de autoridades y académicos a nivel nacional. Con esta inquietud profesional, la investigadora decidió incorporarse al programa de doctorado en la línea de bioética de la Universidad de Barcelona.

Durante su formación en el programa de doctorado y, gracias a su estancia en Barcelona, (España), la investigadora tuvo la oportunidad de participar con el Comité de Ética de

Atención Primaria del Instituto Catalán de la Salud¹ (CEAAPICS) y como investigadora invitada en el Centro de Ética Médica de la Universidad de Oslo (Noruega), encargado del desarrollo de los CEA a nivel nacional. Estas experiencias no solo enriquecieron el desarrollo de la presente investigación, sino que también constituyó una oportunidad única para contrastar y debatir experiencias compartidas. Tanto en la Comunidad Autónoma española de Cataluña, como en Noruega y Chile, emerge un objetivo común: fortalecer los servicios de AP mediante la disponibilidad de apoyos en ética asistencial que acompañen la toma de decisiones complejas, cada vez más frecuentes para los equipos de salud del primer nivel de atención.

La línea de investigación de esta tesis busca contribuir tanto al desarrollo de la bioética como el fortalecimiento de la AP. Al mismo tiempo, se propone abrir un camino académico a un terreno poco explorado y promover la generación de normativas en Chile que favorezcan la implementación y consolidación de servicios de apoyo en ética asistencial en todos los niveles de la red sanitaria. El propósito último es complementar, y no excluir, el trabajo de los CEA hospitalarios, para lograr avanzar en el modelo de atención integral en salud centrada en las personas, promoviendo un enfoque de derechos aún insuficientemente desarrollado, pero ampliamente reconocido como una necesidad en los equipos de salud y en la comunidad usuaria.

Por tanto, esta investigación doctoral se justifica, tanto desde lo teórico como desde lo práctico, al buscar comprender y visibilizar el trabajo de los CEA-AP en Chile, contribuyendo al desarrollo de un modelo operativo de implementación de este tipo de comités que disminuyan las brechas identificadas.

Esta es una tesis oportuna, dado que en estos momentos se discute si debe hacerse y cómo abordar los conflictos éticos cotidianos de la práctica asistencial. Tradicionalmente, la bioética está situada en el ámbito sanitario hospitalario y de la investigación, con una marcada influencia anglosajona, pero poco se ha estudiado en la AP latinoamericana, siendo crucial para los Estados, puesto que la AP es la puerta de entrada de las personas al sistema de salud, en una atención estable a lo largo del tiempo (longitudinalidad), bien

¹ Empresa pública de servicios de salud adscrita al Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña

sean pacientes o personas usuarias, y que además puede tener diversidad de modelos de atención en función de la organización de los sistemas sanitarios de los países.

De la realidad específica en la AP de Chile, trata principalmente esta tesis, que poco o nada tiene que ver con el contexto en el que surge la bioética en la segunda mitad del siglo XX, pero del que no se puede prescindir en esta investigación. Es relevante analizar las definiciones de la bioética, en su componente práctico; la historia desde donde surgen los CEA y el papel de la UNESCO. Esta última trae al debate la protección de los derechos en temas que han sido tradicionalmente objeto de interés para la bioética. Además, se suman nuevas cuestiones, fundamentalmente, por el impacto del desarrollo científico y tecnológico, y los cambios sociales.

Bajo un prisma teórico, uno de los atributos diferenciadores de la AP es su oferta de asistencia a lo largo del tiempo, conocido como longitudinalidad, que permite no sólo un acompañamiento de las personas en sus trayectorias vitales, sino también un conocimiento profundo de sus valores y preferencias. Esto facilita una comprensión más amplia de las necesidades de salud y permite un cuidado personalizado con una perspectiva integral de las intervenciones (Starfield, 1998).

La AP se inserta en contextos de proximidad con realidades concretas de las personas, sus familias y las comunidades, lo que implica un cuerpo de conocimientos específicos asociados a conflictos éticos particulares, que suelen diferir en el manejo y en el enfoque que suele darse en el ámbito hospitalario (Beltrán et al., 2021; Campillay & Nadal, 2025; CEAAPICS, 2018b; Contreras, 2017; Holmes et al., 2020; León et al., 2010; Magelssen et al., 2020, 2021; Maldonado, 2021; Nadal, 2021; Nadal & Campillay, M., 2024; Pérez, 2016; Perinchery-Herman, 2021; Slowther, 2009).

Por otra parte, las cuestiones éticas que emergen en la AP no siempre son identificadas como tales, pues se invisibiliza los dilemas que ocurren en la cotidianidad de la práctica asistencial. En consecuencia, se requieren una observación meticulosa, sistemática y rigurosa que permita un abordaje pertinente (Pérez, 2016).

En esta tesis, la bioética es una ética aplicada a la medicina general y en particular, al ámbito asistencial de la AP. Este trabajo plantea una visión de ella más pragmática, al

observar su aplicación, como un procedimiento para el análisis de los conflictos éticos surgidos en AP, a través de la figura de los Comités de Ética Asistencial. Así, posteriormente, se analiza la aportación de los CEA especializados en AP (CEA-AP), a partir de la experiencia internacional de algunos países y de Chile. De esta forma, demostrar que estas instancias son necesarias y por ello, deben impulsarse como parte de las políticas de salud de Estados democráticos, siendo una cuestión de primer orden, precisamente, porque permiten el tratamiento de las cuestiones y conflictos éticos propios del nivel de atención más cercano a la población, como lo es la AP. Además, contribuyen a la formación y a la sensibilización en bioética en este terreno que no es el nicho en el que la bioética se ha desplegado.

En Chile, la AP tiene particularidades que no han sido analizadas suficientemente desde la perspectiva que aquí se propone, sino que siempre se ha tendido a replicar la mirada hospitalaria de apoyo en ética asistencial, para que encaje en toda la red de instituciones sanitarias, principalmente, por la falta de visibilidad del trabajo de los CEA en AP. A Esta tesis lleva a cabo una metodología cualitativa de revisión documental y de trabajo de campo, que aporta un material empírico en el que se describe la experiencia en la implementación y el desarrollo de los CEA-AP en Chile. Además, considera la relación entre bioética y el enfoque de derechos, desde el plano operativo del día a día de los Comités de Ética Asistencial en AP, ya que se consideran un punto de inflexión para transitar hacia el reconocimiento del enfoque de derecho en el ámbito de la salud primaria y en particular, en la organización de los servicios y en la relación profesional de salud-paciente.

La lógica que sigue en la estructura de esta tesis es un orden clásico con cinco capítulos, que comienza con la introducción, para luego continuar con el marco teórico, que contextualiza y fundamenta la tesis. Seguido de la metodología, para delimitar el objetivo y explicar el camino recorrido. Continúa con el estado del arte, para dar perspectiva comparada de la relevancia de este estudio. Luego el capítulo empírico, que relaciona con la evidencia principal que aporta esta tesis. Se finaliza con las conclusiones y la propuesta, que responde a las preguntas de investigación, cumple los objetivos y aporta un producto académico.

Mediante la organización de esta tesis, los lectores recorren paso a paso, la ruta seguida en la investigación: desde la identificación del problema, pasando por los fundamentos conceptuales y las experiencias comparadas, hasta llegar al análisis del caso chileno y la propuesta de las bases de un modelo operativo para la implementación de Comités de Ética Asistencial especializados en AP. La estructura busca ser clara y progresiva, mostrando cómo cada parte se conecta con la anterior y prepara el terreno para la siguiente.

El primer capítulo corresponde al marco teórico. Aquí se describe el sistema de salud chileno y el papel que juega la AP; se revisa el modelo de atención centrada en las personas; se presentan los aportes de la bioética, como herramienta de reflexión y acción; y se introduce la naturaleza de los Comités de Ética Asistenciales en el ámbito sanitario. Esta sección constituye un marco de referencia necesario para comprender el lugar que pueden ocupar estos comités en la AP de Chile. Con base en lo anterior, se plantean las preguntas de investigación y los objetivos de la tesis.

El segundo capítulo presenta con detalle el diseño del estudio y la posterior ejecución del plan de investigación sustentado en una metodología cualitativa. Primero, se expone el diseño general de la investigación, justificando la elección del enfoque cualitativo en función de los objetivos propuestos y de la naturaleza interpretativa del fenómeno estudiado. A continuación, se describe la secuencia metodológica utilizada, organizada en tres fases complementarias y articuladas entre sí: la revisión bibliográfica, el trabajo de campo y el proceso de análisis. La primera fase corresponde a la revisión bibliográfica, lo que incluye la búsqueda sistemática y el examen crítico de la literatura nacional e internacional, así como con los marcos conceptuales y normativos relevantes para su funcionamiento. La segunda fase está centrada en el trabajo de campo, en ella se describe en detalle las estrategias de recolección de información empírica, incluyendo la selección de participantes, criterios de muestreo. También se explican las consideraciones éticas adoptadas. Se finaliza con la tercera fase dedica al análisis del material observado. Se explican los procedimientos de codificación inicial y codificación focalizada basados en la Teoría Fundamentada constructivista de Charmaz (2025), así como las estrategias utilizadas para garantizar la confiabilidad interpretativa del análisis.

El tercer capítulo ofrece el estado del arte sobre los Comités de Ética Asistencial en AP en el contexto internacional. Se revisan tres experiencias significativas: el desarrollo de CEA-AP en algunas Comunidades Autónomas de España, promovidos por sociedades científicas y profesionales; el proyecto noruego, impulsado por la Asociación de Autoridades Locales y Regionales y la Universidad de Oslo; y la iniciativa reciente, en municipios de la Ciudad de México, liderado por la Comisión Estatal de Bioética de la Ciudad de México. Estas referencias internacionales permiten situar la experiencia chilena en un diálogo con otros modelos, destacando aprendizajes y diferencias que enriquecen la perspectiva comparada.

El cuarto capítulo se centra en el estudio del caso de Chile. Aquí se analizan los principales conflictos éticos presentes en la AP, el papel desempeñado por los CEA y los resultados de experiencias pioneras en la implementación y desarrollo de estos comités en el país. El análisis combina diferentes fuentes: publicaciones en revista científicas; la revisión de protocolos internos de CEA-AP; los grupos focales y entrevistas con actores claves, y finalmente, una comparación con los referentes internacionales ya descritos. Este capítulo se cierra con una integración teórica de los hallazgos.

El quinto capítulo recoge las conclusiones de la investigación. Se discuten de manera integrada los hallazgos más relevantes, organizados en torno a cuatro ejes: la bioética aplicada en el contexto de AP; los aprendizajes obtenidos de modelos internacionales de CEA-AP; la situación de implementación y desarrollo de CEA-AP en Chile; y los elementos normativos, organizativos y de enfoque de derechos que se consideran claves para un modelo adecuado de CEA-AP en el país.

Luego se presenta las limitaciones del estudio y las posibles futuras líneas de investigación, para finalizar con la propuesta de bases para un modelo operativo de implementación gradual y de funcionamiento sostenible de CEA-AP en Chile. Este modelo se articula en torno a tres pilares: un marco normativo de adscripción, que otorgue legitimidad; un marco organizativo flexible, que asegure pertenencia; y un enfoque de derechos, como horizonte de la atención de salud centrada en las personas.

En la última parte se muestran las referencias bibliográficas y una serie de anexos complementarios al contenido de esta tesis.

1. Marco teórico

En el contexto de esta investigación, el marco teórico se concibe como una caja de herramientas que permitirá comprender, analizar y situar el fenómeno de los Comités de Ética Asistencial en Atención Primaria (CEA-AP) en Chile dentro de un entramado conceptual más amplio y, de ese modo, allanar el camino para definir las preguntas y los objetivos de este estudio.

1.1 Revisión de literatura

La asistencia sanitaria ha sido influenciada por cambios heredados del siglo XX que impactaron en la esencia de su quehacer. Las transformaciones sociales, el avance de la tecnología y la nueva relación profesional de salud-paciente, han significado emergentes desafíos para la práctica médica y asistencial del presente siglo, en particular, aquellos conflictos de índole ética que requieren una mirada crítica para alcanzar un nivel de servicios sanitarios centrados en las personas.

Una ética aplicada a este campo de acción es la bioética, la cual se consolida de manera progresiva, como una disciplina práctica, que se desarrolla dentro de las organizaciones sanitarias y en donde entran en juego valores para tomar decisiones que abarcan, desde la autonomía del paciente hasta la equitativa distribución de recursos.

Particularmente, en el contexto de Chile, las organizaciones sanitarias han ido poco a poco incorporando a los CEA. Aunque mayoritariamente a nivel hospitalario, algunos de manera excepcional se han constituido en la AP. A modo de comprender este fenómeno, se describirá a continuación el sistema de salud en Chile, la atención centrada en las personas, los conceptos generales de una bioética práctica y la naturaleza de los CEA.

1.1.1 El sistema de salud chileno basado en la AP

Con motivo de la preocupación a nivel mundial de la grave desigualdad existente en el estado de salud entre poblaciones de países desarrollados y en vías desarrollo, la AP se

impulsó, significativamente, como una estrategia sanitaria a partir de la Declaración de Alma-Ata de 1978 y luego se reforzó en la Declaración de Astaná en 2018.

La Conferencia Mundial de Salud de 1978 realizada en la ciudad de Alma-Ata (OPS, n.d.), destacó el papel clave de la AP para potenciar el desarrollo de los pueblos. En la Conferencia se reafirma que la salud no es solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, sino más bien un estado de completo bienestar físico, mental y social, reconocido como un derecho humano fundamental, y cuyos responsables de garantizarlo son los gobiernos y la comunidad internacional mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas. En ese encuentro se firmó una declaración entre 134 países que asentaría los principios fundamentales para alcanzar, en el año 2000, el objetivo de un nivel de salud para los pueblos que les permita llevar una vida social y económicamente productiva conforme al espíritu de justicia social. Lo fundamenta el Artículo X de esa Declaración (OPS, n.d.):

Puede conseguirse un nivel aceptable de salud para todo el mundo en el año 2000, mediante una utilización mejor y más completa de los recursos mundiales, una considerable parte de los cuales se gastan hoy día en armamento y conflictos militares. Una política genuina de independencia, paz y desarmamento podrían ser bien empleados en objetivos pacíficos y, en particular, en la aceleración del desarrollo social y económico, entre los que la atención primaria sanitaria, como parte esencial, debería recibir su parte proporcional adecuada. (p.3)

Los principios destacados en la Declaración de Alma Ata fueron:

- i) La equidad en el acceso (accesibilidad), pues la AP es el primer nivel de contacto de las personas, la familia y la comunidad con el sistema de salud. A través de ella se acerca la atención en el lugar donde residen y trabajan las personas, por lo que constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.
- ii) El uso efectivo y apropiado de la tecnología, pues la AP se orienta en la asistencia de las enfermedades más frecuentes, basada en métodos y tecnologías científicamente fundados y socialmente aceptables puesta al alcance de los individuos, las familias y la comunidad.

- iii) Para sustentabilidad en el tiempo (sostenibilidad) de la AP, la Declaración hace un llamado a la comunidad internacional en la necesidad de cooperación y solidaridad entre naciones, así como el compromiso de recursos financieros y técnicos para alcanzar los objetivos planteados. Todos los países deben cooperar con espíritu de solidaridad y de servicio a fin de garantizar la AP para todos los pueblos, ya que el logro de la salud de un país es de interés y beneficia directamente a los demás países.
- iv) La participación comunitaria, como un derecho y un deber de las personas en la planificación e implementación de su atención sanitaria, con el fomento de un máximo grado de autorresponsabilidad, sacando el mayor partido posible de los recursos locales, nacionales u otros. Con tal fin, se brinda una educación apropiada para desarrollar mayor capacidad de participación de las comunidades.
- v) La cooperación multisectorial para abordar los problemas de salud (intersectorialidad) al integrar esfuerzos de otros sectores, además del sector sanitario, como son la zootecnia, la industria, la educación, la alimentación, la vivienda, la agricultura, las obras públicas, las comunicaciones u otros.

En el marco del cuadragésimo aniversario de la histórica conferencia en Alma Ata, se celebró una nueva conferencia mundial de salud que, no sólo reafirma los principios y compromisos establecidos en 1978, sino que además incorpora elementos contemporáneos y relevantes para la AP. Este nuevo evento en la ciudad de Astaná (Kazajistán), representó una oportunidad para reflexionar sobre los avances logrados y los desafíos actuales y futuros en el ámbito de la salud global (OMS, 2018a).

En líneas generales, la Declaración de Astaná, además de reafirmar los principios de la Conferencia en Alma Ata, incorpora la calidad y la eficiencia en la AP; promueve una AP que coordina la articulación del sistema de salud, evitando la fragmentación; aumenta el compromiso y el desarrollo de capacidades del recurso humano en AP, mencionando los derechos humanos, la dignidad y la autonomía de las personas; identifica nuevos desafíos en el uso de la tecnología; y alinea a los distintos sectores para instaurar una AP más fuerte y sostenible a favor de la cobertura sanitaria universal.

En esta segunda conferencia, el enfoque se centró en la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible². Dentro de la agenda, fueron considerados, nuevamente, los determinantes sociales en salud; los emergentes desafíos ante el aumento de las enfermedades no transmisibles; la incorporación de nuevas tecnologías; y los efectos del cambio climático. La idea fue abrir un diálogo entre gobiernos, organizaciones no gubernamentales, profesionales de salud y comunidades. El documento logrado declara aspiraciones que involucra a los gobiernos e impulsa brindar una AP de calidad con profesionales virtuosos y empoderamiento de las personas (OMS, 2018a):

Aspiramos a: Gobiernos y sociedades que den prioridad a la salud y bienestar de las personas, y los promuevan y protejan, tanto a nivel poblacional como individual, mediante sistemas de salud sólidos; Atención Primaria de salud y servicios de salud de gran calidad, seguros, integrales, integrados, accesibles, disponibles y asequibles para todos y en todas partes, prestados con compasión, respeto y dignidad por profesionales de la salud bien formados, competentes, motivados y comprometidos; Entornos propicios y favorables para la salud en los que las personas y comunidades estén empoderadas y colaboren en el mantenimiento y mejora de su salud y bienestar; Asociados y partes interesadas alineadas en la prestación de apoyo efectivo a las políticas, estrategias y planes de salud nacionales. (p.1)

En la Declaración de Astaná de 2018, la AP se define como la piedra angular en un sistema de salud sostenible de cobertura sanitaria universal, garantizando la continuidad de la atención y la prestación de servicios de salud esenciales. Lo anterior, en consonancia con los principios humanitarios y también para lograr los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud (OMS, 2018a):

Asimismo, la atención primaria de la salud será accesible, equitativa, segura, de alta calidad, integral, eficiente, aceptable, asequible, estará disponible y prestará

² La Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, en un plan de acción a favor de las personas, el planeta y la prosperidad, con tiene la intención de fortalecer la paz universal y el acceso a la justicia. Entre los objetivos caben mencionar poner fin a la pobreza en el mundo, erradicar el hambre y lograr la seguridad alimentaria; garantizar una vida sana y una educación de calidad; lograr la igualdad de género; asegurar el acceso al agua y la energía; promover el crecimiento económico sostenido; adoptar medidas urgentes contra el cambio climático; promover la paz y facilitar el acceso a la justicia (ONU,2015)

servicios integrados y continuos centrados en la persona y que tienen en cuenta las cuestiones de género. Nos esforzaremos por evitar la fragmentación y garantizar un sistema funcional de derivación entre la atención primaria y otros niveles de atención. Nos beneficiaremos de una atención primaria de la salud sostenible que mejore la resiliencia de los sistemas de salud para prevenir y detectar las enfermedades infecciosas y los brotes y responder a ellos. (p.4)

Aludiendo a la relevancia de la autonomía de las personas para el manejo de su salud, dentro de los desafíos emergentes considerados en esta última Declaración, cabe señalar el impacto de la creciente carga de enfermedades no transmisibles; la mala calidad de vida de la población enferma; y en el aumento de las muertes prematuras, debido a estilos de vida y comportamientos poco saludables.

Desde la perspectiva del manejo de recursos de forma equitativa, los determinantes medioambientales de la salud son considerados relevantes en esta segunda Declaración, y se propone reducir los factores de riesgo integrando un enfoque que incorpore la salud en todas las políticas, logrando una participación de todas las partes interesadas, gestionando los conflictos de intereses, fomentando la transparencia y estableciendo una gobernanza participativa.

Respecto al uso de tecnología, se promueve el acceso y uso racional y seguro de medicamentos de calidad, así también, mejorar los sistemas de información para recopilar adecuadamente, datos desagregados y mejorar la continuidad de la información y la coordinación, protegiendo los datos personales. El uso de tecnologías digitales y de otro tipo, se permite para que las personas y las comunidades identifiquen sus necesidades de salud, participen en la planificación y prestación de servicios, y desempeñen un papel activo en el mantenimiento de su salud y bienestar.

En definitiva, cabe destacar que la Declaración de Astaná considera que el éxito de la AP dependerá del desarrollo de conocimientos y capacidades en derechos, necesidades, dignidad y autonomía. Repitiendo lo de Alma Ata, se hace un llamado para alinear el apoyo de las partes interesadas (profesionales de la salud; instituciones académicas; pacientes; la sociedad civil; asociaciones locales e internacionales; el sector privado;

organizaciones confesionales y otras entidades) con las políticas, estrategias y planes nacionales, en particular, a través de enfoques centrados en las personas.

Aunque en contextos históricos diferentes, ambas Declaraciones instan a fortalecer la AP. En Alma Ata fue clave la equidad, el enfoque integral y la participación comunitaria. Mientras que, para Astaná, el compromiso con la AP se enmarca en los nuevos desafíos globales. Esto implica mucho trabajo pendiente aún por hacer y otro por consolidar.

Una vez descritos los principios de las dos conferencias mundiales, para transitar de lo teórico a lo práctico, es necesario introducir el trabajo de décadas a cargo de la Dra. Bárbara Starfield, investigadora referente de salud pública y AP a nivel mundial. En sus primeras publicaciones en 1998, ella describió los atributos propios de la AP: i) la accesibilidad o primer contacto, pues representa la puerta de entrada al sistema de salud y a su vez, es el filtro para acceder a servicios más especializados; ii) la longitudinalidad, referido a la atención a largo plazo; iii) la integralidad, al cubrir las necesidades de salud desde lo biopsicosocial y ofrecer servicios de promoción y prevención en salud; y iv) la coordinación entre niveles de atención. Según Starfield et al. (2005), la AP evaluada como óptima, se debe al grado de cumplimiento de estas cuatro características.

Para Starfield (2009), la atención integral es la característica que distingue a los países con sistema de salud y orientación en la AP, de aquellos que no lo son. La integralidad es la que permite evitar derivaciones para cubrir necesidades comunes de la población y, por lo tanto, ahorrar gastos innecesarios, pues implica contar con la disponibilidad de una amplia gama de servicios para satisfacer, de manera efectiva, un mayor número de problemas, excepto aquellos que son demasiado poco comunes para la competencia de los equipos de salud. Esto varía de un lugar a otro.

Hasta hoy, la implementación de la AP a nivel global ha estado limitada por la falta de una definición universalmente aceptada, no obstante, la visión de la AP que señala la Organización Mundial de la Salud (2018) para el siglo XXI, la describe como un enfoque de salud que abarque a toda la sociedad, basado en tres componentes interrelacionados y sinérgicos: el núcleo de los servicios de salud integrados; el empoderamiento de las personas y comunidades; y una política multisectorial.

En suma, tanto las Declaraciones de Alma Ata y de Astaná, los trabajos de Starfield (1998, 2009), como la visión de OMS (2018), constituyen orientaciones para el desarrollo de la AP a nivel internacional, reafirmando su centralidad para alcanzar cuidados en salud con equidad, continuidad, sostenibilidad, participación comunitaria e intersectorialidad. Sin embargo, persisten desafíos (OPS, 2022a):

El enfoque de la atención primaria de salud no ha sido aplicado lo suficiente para mejorar los resultados de salud de manera eficiente y no ha incorporado de manera adecuada un enfoque de promoción de la salud basado en la comunidad. (p.7)

Las brechas profundas en el ideario conceptual y en su implementación práctica se señalan en cuanto a que: las desigualdades sociales y territoriales continúan marcando el acceso (CEPAL, 2023); la fragmentación de los sistemas de salud debilita la integralidad y coordinación (OPS, 2010); y la insuficiente participación comunitaria e intersectorial en la promoción de la salud (OPS, 2022a). En este sentido, la reflexión crítica de Bárbara Starfield sigue vigente, ya que evidencia que los sistemas de salud con orientación sólida en AP logran mejores resultados sanitarios, mayor equidad y costos más eficientes, pero también subraya que su efectividad depende de cómo se materialicen sus atributos esenciales en contextos concretos.

Este desafío pendiente se plantea entre los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2019-2030, conocidos como “Agenda 2030” (ONU, 2015). En esa agenda se plantea la renovación de la promoción de la salud a través de acciones sociales, políticas y técnicas que aborden los determinantes sociales para mejorar la salud y reducir las inequidades. Además, se declara un compromiso con los principios del respeto de los derechos humanos, la equidad y la inclusión como base de todas las líneas estratégicas de acción (OPS, 2022a).

A partir de este marco teórico internacional, resulta pertinente examinar cómo Chile ha configurado su propio sistema de salud en torno a la AP; cuáles han sido sus avances y limitaciones; y de qué manera se proyecta hacia el futuro en la búsqueda de un modelo más justo, integral y orientado a empoderar a la comunidad y el equitativo uso de recursos.

Para contextualizar de manera adecuada esta tesis, se llevará a cabo un análisis detallado de las particularidades del sistema de salud chileno a través de un recorrido histórico de sus hitos, lo que ha marcado una trayectoria particular dentro de la región, logrando mejorar los indicadores sanitarios, desde sus inicios hasta la actualidad. Además, resulta imprescindible identificar las características específicas de la AP chilena, la cual comparte atributos y principios universalmente reconocidos que se reflejan en las políticas de salud implementadas y cómo han impactado en la atención brindada a la población en las últimas décadas. Este marco permitirá evaluar la viabilidad y relevancia del modelo de apoyo en ética asistencial en el primer nivel de atención del sistema de salud en Chile.

Según la Organización Mundial de la Salud (2000) resulta complejo una definición exacta de lo que es un sistema de salud, sin embargo, señala su concepto basado en un sistema que abarca todas las actividades cuya finalidad son la promoción, el restablecimiento y la mantención de la salud.

Para comenzar con el sistema de salud chileno, es necesario señalar que, en el ejercicio del derecho constitucional, la protección de la salud, incorpora principios de libertad e igualdad como guía (Decreto con Fuerza de Ley n.º 1, 2005):

(...) el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y a aquellas que estén destinadas a la rehabilitación del individuo, así como la libertad de elegir el sistema de salud estatal o privado al cual cada persona desee acogerse. (Art. 131)

Considerando esa base constitucional, se comenzará por una breve reseña de la trayectoria histórica del sistema de salud. El Observatorio Chileno de Salud Pública (n.d.) distingue 5 períodos, desde tiempos de la Colonia hasta su expansión y consolidación de manera paulatina, lo que actualmente representa una estructura compleja constituida por múltiples instituciones estatales, públicas y privadas, que alcanzan una alta cobertura a nivel nacional en lo financiero, previsional y asistencial:

- i) **1552-1917:** marco asistencial ligado a la filantropía, la beneficencia y la caridad con el Reglamento Orgánico de la Junta de Beneficencia³ (1886), la creación de la Junta Nacional de Salubridad⁴ (1887) y el Consejo de Higiene Pública⁵ (1892);
- ii) **1917-1952:** consolidación institucional del sistema de salud mediante leyes de protección social: el Ministerio de Higiene, Asistencia y Previsión Social (1924), Ley de Medicina Preventiva⁶ (1938); el Seguro Obrero Obligatorio⁷ y SERMENA⁸ (1942).
- iii) **1952-1973:** creación del Servicio Nacional de Salud inspirado en el modelo británico, con fuerte centralización y amplia cobertura geográfica y poblacional, dejando otras entidades previsionales y asistenciales con menor cobertura, vinculadas a universidades, empresas estatales y las fuerzas armadas y policiales;
- iv) **1973-1990:** se trabajó en reformas neoliberales que redujeron el rol estatal; la descentralización de la Atención Primaria a los municipios; se introdujeron los sistemas de seguro privado; se estableció el Sistema Nacional de Servicios de Salud (1979), el que reorganizó el Ministerio de Salud y sus entidades relacionadas; y la introducción de un modelo de financiamiento y atención sanitaria, destacando la posibilidad de elegir entre prestadores públicos o privados, y la configuración en un sistema mixto.
- v) **1990-2010:** las políticas de centroizquierda se orientaron a recuperar la protección social con hitos como el Chile Solidario⁹. Se institucionaliza el

³ Destinada a tutelar el funcionamiento de los establecimientos de beneficencia y establecer una política de salubridad.

⁴ Destinada a asesorar al gobierno en materias de salud

⁵ Cuerpo consultivo para asesorar a las autoridades sobre medidas de salud

⁶ Destinado a cubrir lo relacionado con salud laboral

⁷ Ley n.º 4.054 para cubrir riesgos de enfermedad, invalidez, vejez y muerte

⁸ Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA) para la atención de empleados públicos y privados

⁹ Sistema que incluye programas propios y promueven la incorporación de personas en situación de extrema pobreza a las redes de protección social. (Chile Solidario, n.d.)

Subsistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo¹⁰ y la Ley de Garantías Explícitas en Salud¹¹.

El sistema de salud en la actualidad enfrenta un nuevo perfil en el país que, según la Organización Panamericana de la Salud (2022b), para el 2024, la población chilena habría ascendido a 19.764.771, con una población de mayores de 65 años que representa el 14.1% del total; una razón de 101.2 mujeres por cada 100 hombres; 83.3 personas mayores (de 65 años o más) por cada 100 menores de 15 años; la población de 15 a 64 años (potencialmente activa) representaría un 68.9% de la población total del país, con lo que se obtiene una relación de dependencia de 45.1 personas potencialmente pasivas por cada 100 potencialmente activos; y una esperanza de vida al nacer de 81.4 años, cifra mayor al promedio de la Región de las Américas.

A esta transición demográfica, se debe agregar la epidemiológica asociada a los determinantes sociales de la salud, en los cuales se evidencia que gran parte de la población adulta no está accediendo a servicios integrales y se han incrementado las patologías crónicas. Por ello se ha planteado fortalecer una visión salutogénica y preventiva a lo largo del curso de vida, mediante la universalización de la AP, pero ello requiere de cambios legales y culturales (Fábrega et al, 2023).

En este escenario, el país fija nuevos objetivos para su sistema de salud para la década 2021-2030 (MINSAL, 2023): i) mejorar la salud y bienestar de la población; ii) disminuir las inequidades; iii) asegurar la calidad de la atención en salud; y iv) avanzar hacia la construcción de comunidades y entornos saludables.

Mientras que los nuevos objetivos se realizaron tomando en consideración los determinantes sociales de la salud, como la identificación de desigualdades para grupos poblacionales particulares asociados al territorio, a la condición socioeconómica, al género, a la pertinencia cultural o étnica; y a la interseccionalidad de todas las anteriores,

¹⁰ Sistema de apoyo integral a niños y niñas desde su gestación hasta los 5 años que se atienden en el sistema público de salud (75% de los niños y niñas del país) para ofrecer un apoyo diferenciado a las familias que se encuentren en situación de vulnerabilidad socioeconómica (hogares del 60% más vulnerable). (Chile Crece Contigo, n.d.)

¹¹ Ley n.º 19.966/2004, de 25 de agosto, Régimen que permite el acceso a cualquier centro público o privado que esté abierto al mercado, según lo que respalde la garantía explícita, para cada una de las enfermedades cubiertas por ese sistema.

el plan estratégico estableció como componentes transversales: el enfoque de equidad, el modelo de salud integral, la perspectiva de curso de vida y la intersectorialidad.

Varios investigadores en Chile han analizado los aciertos en la historia del sistema de salud. Gracias al desarrollo político y económico de las últimas décadas, el sistema de salud chileno ha aumentado su cobertura, mejorado la gestión e invertido en infraestructuras sanitarias (Oliva y Narváez, 2022). Desde 1978, el nivel de salud de los chilenos ha continuado con un destacado avance en relación con el desarrollo global del país por su crecimiento económico; una mejor calidad de vida; la reducción de pobreza; las políticas de seguridad social; la acción subsidiaria concentrada en los grupos de mayor riesgo y vulnerabilidad social; el rol complementario de la atención privada de salud y la contribución de otros sectores, como obras públicas, saneamiento, educación, empleo, vivienda, entre otros (Gattini, 2024).

En materia de éxito en salud, también existen otros factores que han influido, como el papel que ha jugado la población con una mayor cultura sanitaria, “expresada en un alto grado de valoración y adherencia a los programas preventivos, tales como vacunaciones, controles de salud, entre otros, y en un buen nivel de confianza y receptividad frente al sistema de atención” (Téllez, 2006 p.1).

Aun cuando se constatan estos avances, quedan tareas por cumplir que se encaminen hacia un sistema más equitativo y solidario. Si bien se reconoce que la finalidad principal de un sistema de salud es mantener y mejorar el bienestar de la población, dando un buen trato a las personas usuarias y protegiendo financieramente los costos, también son objetivos sostener los valores intrínsecos de equidad, justicia y respeto por la dignidad de las personas (Téllez, 2006). Para Chile ha sido difícil lograr estos tres objetivos por las críticas continuas al alto costo de las prestaciones y por la mala calidad del trato, a pesar de los buenos resultados en los indicadores poblacionales de salud (Aguilera, 2019). Por ello, el éxito de las reformas de salud también depende, en buena medida, de lo invertido en el desarrollo de competencias en el recurso humano (Téllez, 2006).

Respecto a las estructuras organizativas del sistema de salud, cabe mencionar que la gobernanza y el marco regulatorio lo ejerce el Ministerio de Salud (MINSAL)¹², el cual está integrado en su cúpula por la máxima autoridad o ministro, y dos subsecretarías. Las funciones del ministro¹³ son: la dirección superior del Ministerio; fijar las políticas; dictar las normas; aprobar los planes y programas generales; y evaluar las acciones de los organismos de su dependencia y demás integrantes del sistema de salud. La Subsecretaría de Salud Pública¹⁴ está a cargo de la administración y el servicio interno del Ministerio; y las materias relativas a la promoción de la salud; vigilancia; prevención; y control de enfermedades que afectan a la población. Además, esta subsecretaría es el superior jerárquico de las Secretarías Regionales Ministeriales (SEREMI)¹⁵. Por su parte, la Subsecretaría de Redes Asistenciales¹⁶ está a cargo de la articulación y el desarrollo de la red sanitaria, y la regulación de las prestaciones de acciones de salud. Esta subsecretaría es el superior jerárquico de los Servicios de Salud en cada región.

Las SEREMI se encuentran distribuidas en cada una de las regiones del país para velar por el cumplimiento de las normas, planes, programas y políticas nacionales de salud fijados por la autoridad; adecuar los planes y programas a la realidad de la respectiva región; ejecutar las acciones que correspondan para la protección de la salud de la población de los riesgos producidos por el medio ambiente; velar por el debido cumplimiento de las disposiciones del Código Sanitario y de los reglamentos, emitir resoluciones e instrucciones; elaborar informes en materias sanitarias; fiscalizar a los establecimientos públicos y privados; velar por la debida ejecución de las acciones de salud pública por parte de las entidades que integran la Red Asistencial de cada Servicio de Salud; y mantener actualizado el diagnóstico epidemiológico regional. Esta entidad es responsable del proceso de acreditación de los Comités de Ética Científicos.

Tal como ya se mencionó, bajo la dependencia administrativa de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, se encuentra el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), que lo componen 29 servicios¹⁷ distribuidos en las 16 regiones del país, y que funcionan como

¹² Decreto con Fuerza de Ley n.º 1 del 2005, Artículos 1 y 4

¹³ Decreto con Fuerza de Ley n.º 1 del 2005, Artículo 7

¹⁴ Decreto con Fuerza de Ley n.º 1 del 2005, Artículo 9

¹⁵ Decreto con Fuerza de Ley n.º 1 del 2005, Artículo 12

¹⁶ Decreto con Fuerza de Ley n.º 1 del 2005, Artículo 8

¹⁷ Decreto con Fuerza de Ley n.º 1 del 2005, Artículo 16

organismos estatales, funcionalmente descentralizados, dotados de personalidad jurídica y patrimonio propio para cumplir sus funciones. Entre ellas, está la ejecución de las acciones integradas en la red sanitaria regional para el fomento, protección y recuperación de la salud de las personas.

La red asistencial regional¹⁸ de cada Servicio de Salud está constituida por establecimientos asistenciales públicos, establecimientos municipales de AP y establecimientos públicos o privados que suscriban convenio con el respectivo Servicio de Salud. La red asistencial¹⁹ se organiza con un primer nivel de atención que ejerce funciones asistenciales en un determinado territorio con población a cargo, y otros niveles de mayor complejidad, que sólo recibirán derivaciones desde el primer nivel de atención, salvo en los casos de urgencia y otros que señalen la ley y los reglamentos.

Los seguros de salud en Chile son financiados con la contribución del 7% mínimo del salario de trabajadores formales, y aquellos independientes que emitan boletas a honorarios. Además, también se cuenta con un financiamiento que proviene de impuestos generales con el fin de cubrir a la población carente de recursos. Es así como en el sistema de salud del país se distingue un sector público, que accede a centros de salud primaria y hospitales públicos; un sector privado, que accede a clínicas de administración privada; y un sistema propio de hospitales y centros de salud, para las Fuerzas Armadas y de Orden.

El sector privado es administrado por las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE)²⁰, las cuales financian las prestaciones y beneficios de salud, con cargo al aporte de la cotización legal para salud o una superior convenida, a las personas afiliadas en este sistema.

Los Servicios de Salud del sector público, se financian²¹ con los aportes y pagos que efectúe el Fondo Nacional de Salud ²² (FONASA). Este servicio público, dependiente del MINSAL, es el que recauda, administra y financia las prioridades de salud del país y las

¹⁸ Decreto con Fuerza de Ley n.º 1 del 2005, Artículo 17

¹⁹ Decreto con Fuerza de Ley n.º 1 del 2005, Artículo 18

²⁰ Decreto con Fuerza de Ley n.º 1 del 2005, Artículos 170 y 171

²¹ Decreto con Fuerza de Ley n.º 1 del 2005, Artículo 29

²² Decreto con Fuerza de Ley n.º 1 del 2005, Artículos 49 y 50

prestaciones que se otorguen a los beneficiarios. Eso mediante los frutos que produzcan sus bienes propios y con el producto de la enajenación de esos mismos bienes; con las donaciones que se le hagan y las herencias y legados que acepte; con las participaciones, contribuciones, arbitrios, subvenciones, aportes, transferencias, rentas, utilidades, multas y otros recursos que reciban, y a través de la presentación de proyectos a fondos concursables y a instituciones u organismos solidarios.

Según las cifras publicadas por el gobierno²³ en el 2024, el 82% de la población total a nivel país es beneficiaria de FONASA con el siguiente desglose: 8 de cada 10 personas que habitan el país; 8 de cada 10 mujeres; y 9 de cada 10 personas con 60 años y más. Lo que concentra a una gran parte de la población nacional.

Corresponde a otro organismo dependiente del MINSAL, la Superintendencia de Salud²⁴, supervigilar y controlar a FONASA y a las ISAPRE, velando por el cumplimiento de las obligaciones que les imponga la ley y los reglamentos que las rigen, en todas aquellas materias relacionadas con los derechos que tienen los beneficiarios. Del mismo modo, este organismo fiscaliza a los prestadores públicos o privados, respecto de su acreditación en calidad y seguridad del paciente y la mantención del cumplimiento de los estándares establecidos para tal efecto.

El primer nivel de atención en Chile, la Atención Primaria²⁵, está compuesto por establecimientos que ejecutan la asistencia sanitaria con una población a cargo. Estos establecimientos son administrativamente dependientes de municipios o corporaciones municipales²⁶ y, excepcionalmente, algunos son dependientes de Servicios de Salud o administraciones que tengan convenios con éstos, y deben atender en el territorio del Servicio respectivo.

Estos establecimientos de AP están supeditados a las mismas reglas técnicas y aportes financieros según el tipo de población y los servicios brindados, y son supervisados y

²³ Publicación web: Copago Cero cumple dos años: 1,6 millones de personas ya han sido beneficiadas. Disponible en: <https://www.gob.cl/noticias/copago-cero-cumple-dos-anos-16-millones-personas-han-sido-beneficiadas/>

²⁴ Decreto con Fuerza de Ley n.º 1 del 2005, Artículo 107

²⁵ Decreto con Fuerza de Ley n.º 1 del 2005, Artículo 18

²⁶ Persona jurídica de derecho privado, sin fines de lucro

coordinados por el Servicio de Salud correspondiente, prestando atención de salud programada y de urgencia. También pueden realizar determinadas actividades en postas, estaciones médicas u otros establecimientos autorizados, a fin de facilitar el acceso a la población. El prestador institucional de AP cumple las políticas públicas que indica el MINSAL.

Los establecimientos de salud en el país que pertenece al nivel primario dependen de cuatro niveles de gestión: i) a nivel central, se encuentra la División de Atención Primaria (DIVAP), la cual es dependiente de la Subsecretaría de Redes Asistenciales; ii) a nivel regional, se encuentra el Servicio de Salud; iii) a nivel comunal, están los municipios con sus Departamentos de Salud; y iv) a nivel local, están los diversos establecimientos: Centro de Salud Familiar (CESFAM), Centro Comunitario de Salud Mental Familiar (COSAM), Centro Comunitario de Salud Familiar (CECOSF), Posta de Salud Rural (PSR) y otros.

Del total de recursos que el nivel central destina a la AP, aproximadamente un 70% está asociado al mecanismo *per cápita*, el cual consiste en que cada municipio recibe recursos según el número de beneficiarios públicos registrados en cada establecimiento de salud que administre (Raña et al., 2007). Los recursos están asociados a indicadores de desempeño. El MINSAL elabora anualmente el Índice de Actividad de la Atención Primaria de Salud (IAAPS), que es un conjunto de indicadores que evalúan cuatro ejes: estrategia, producción, cobertura e impacto (Comisión Nacional de Productividad, 2022).

Los establecimientos municipales de AP²⁷ corresponden a los consultorios generales urbanos o rurales; las postas rurales; y cualquier otro tipo de establecimientos sanitarios administrados por las municipalidades o las instituciones privadas sin fines de lucro, que los administren en virtud de convenios. La dotación de personal contratado²⁸ para desarrollar las actividades de salud de cada año es fijada por la entidad administradora, según los siguientes aspectos: la cantidad de población beneficiaria; las características epidemiológicas de esa población; las normas técnicas que sobre los programas imparta el Ministerio de Salud; la estructura organizacional; el número y tipo de establecimientos

²⁷ Ley n.º 19.378 establece estatuto de Atención Primaria de Salud municipal. Artículo 2

²⁸ Ley n.º 19.378 establece estatuto de Atención Primaria de Salud municipal. Artículo 11

de AP a cargo de la entidad administradora; y la disponibilidad presupuestaria para el año respectivo.

Los funcionarios que laboran en establecimientos urbanos o rurales calificados por el MINSAL, como establecimientos de desempeño difícil²⁹, reciben una asignación debida a la marginalidad económica, social y cultural de la población; la inseguridad y riesgo para el personal, derivado de las condiciones del lugar en que se ejecuten las acciones de salud; condiciones de aislamiento geográfico; dispersión de la población; y marginalidad económica, social y cultural de la población beneficiaria. Este derecho es una asignación sobre la suma del sueldo base y la asignación de AP municipal, correspondientes a su nivel y categoría funcionaria, en una carrera referencial lineal diseñada a partir del sueldo base mínimo nacional, en relación con una jornada de cuarenta y cuatro horas semanales.

Las entidades administradoras definen la estructura organizacional de sus establecimientos de AP y de la unidad encargada de salud en la entidad administradora, sobre la base del Plan de Salud Comunal anual y del modelo de atención definido por el Ministerio de Salud³⁰. Este Plan sintetiza y estima la brecha entre las necesidades de salud de la comuna y los recursos con los que se cuenta para satisfacerlas, contextualizando un diagnóstico de necesidades locales en salud y un diagnóstico de recursos, y así, determinar la brecha sanitaria existente para la comuna. Esto implica una aproximación territorial y demográfica, incorporando un enfoque de determinantes sociales de salud, e incluyendo el diagnóstico epidemiológico y participativo. La actualización del Plan depende de los cambios en la situación de salud del territorio y de los avances o retrocesos en las metas programadas para el periodo (MINSAL, 2023).

Los beneficiarios del sistema de seguro público (FONASA) son lo que pueden registrarse en un establecimiento de AP que se encuentre ubicado cerca de su domicilio o lugar de trabajo. Lo anterior implica que la población más vulnerable del país está bajo la asistencia de la AP, por lo tanto, asume la responsabilidad de proteger y promover sus derechos y mitigar los determinantes sociales que les afecta su salud. Por ello y otras características del sistema, ya no es posible pensar que la AP es un nivel simple de

²⁹ Ley n.º 19.378 establece estatuto de Atención Primaria de Salud municipal. Artículo 28, 29 y 30

³⁰ Ley n.º 19.378 establece estatuto de Atención Primaria de Salud municipal. Artículo 56 y 58

atención sin identificar la complejidad que enfrentan los equipos de salud y las nuevas competencias que deben adquirir (Téllez, 2006):

(...) la magnitud de la tarea que enfrenta, la multiplicidad de factores que debe considerar y la diversidad de metodologías y herramientas que debe administrar para lograr sus exigentes objetivos, la posicionan en realidad como un ámbito de gran complejidad. Para enfrentar este desafío se necesitan equipos de salud suficientes, no sólo en términos de dotación, sino también en el perfil de sus competencias. (p.10)

Los atributos propios de la AP y los principios contenidos en la Declaración de Alma Ata, forman parte de la estrategia de fortalecimiento que la AP pública chilena ha ido adquiriendo a través de una atención de salud familiar, comunitaria y territorial, centrada en la persona: “La atención primaria de salud es el lugar en el que las personas plantean por primera vez sus inquietudes de salud, por lo tanto, resulta necesario tener una oferta de atención integral e integrada.” (MINSAL, 2023 p.24).

El Ministerio de Salud, a través de los Servicios de Salud adhiere al Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (MAIS), el cual fue parte de la reforma de 2005, y fortalece el papel de la AP, como base del sistema de salud (MINSAL, 2019):

Desarrollar una gestión que esté basada en la capacidad protectora y resolutive a nivel de la atención primaria, con herramientas para la derivación y seguimiento de los pacientes que requieren atención de especialistas o intervenciones en centros hospitalarios, permitirá que la atención de salud este centrada en las personas y que se logre la continuidad de la atención que requieren (p.22).

Las prestaciones de salud de la AP se resumen en el “Plan de Salud Familiar”, que representan un conjunto de acciones en el territorio a cargo, para diversas necesidades de las personas en su curso de vida. Así se desarrollan los programas de Salud de Niños; Salud de Adolescentes; Salud de la Mujer; Salud de Adultos; y Salud de Adultos Mayores. En la AP, las actividades con Garantías Explícitas en Salud están asociadas a programas; consultas o controles y tamizajes, entre otros (MINSAL, 2023).

El trabajo intersectorial en el territorio, propio de la AP, se constituye en mesas territoriales; comisiones mixtas entre educación y salud; la formación de líderes y gestores sociales; el trabajo de asesoría al consejo municipal para la implementación de ordenanzas, decretos o reglamentos que promuevan la vida saludable en la comuna; la comunicación social para la salud en ferias de salud, eventos masivos, uso de redes sociales; y la educación en salud en un trabajo educativo comunitario para la práctica de hábitos saludables (MINSAL, 2023).

En síntesis, la AP chilena representa la base de un sistema de salud mixto, público y privado, con una historia de larga data de fortalecimiento de sus políticas públicas. El MINSAL es la autoridad reguladora de las directrices nacionales, con representación en cada región. La administración de la AP está descentralizada, principalmente, en los municipios. Las acciones de la AP cubren a la población beneficiaria del sistema público de salud, que representa la mayoría del país. El modelo de atención integral de la AP, con un fuerte enfoque familiar y comunitario, tiene su centro en las personas y en la continuidad de los cuidados.

1.1.2 La atención centrada en las personas

Según la visión de la OMS y UNICEF (2018), para una AP en el siglo XXI, las personas deben ser el centro de su quehacer:

La AP es un enfoque de la salud que incluye a toda la sociedad y que tiene por objeto garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar y su distribución equitativa mediante la atención centrada en las necesidades de las personas tan pronto como sea posible a lo largo del proceso continuo que va desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, y tan próximo como sea posible del entorno cotidiano de las personas. (p.2)

Desde el punto de vista teórico y en una perspectiva más general, para Lorena y Vargas (2022) la atención centrada en las personas es garantizar que la atención brindada por los profesionales de la salud se base en la integralidad y en una experiencia positiva desde el

primer contacto con el sistema de salud, en un entorno de transparencia, individualización, reconocimiento, respeto, dignidad y elección en todos los asuntos relacionados con la persona, las circunstancias y las relaciones en la atención médica. En una perspectiva más particular, para la UNESCO (2006) es “el respeto a la dignidad del paciente: el reconocimiento de la elección autónoma de un paciente competente a participar en su tratamiento y decisiones implícitas y a aceptarlos o rechazarlos de antemano” (p.12).

Las personas atendidas en la AP tienen una relación clínica con características particulares que la hacen única dentro de la red de salud. El equipo multidisciplinario, que trabaja en ella, asume la tarea de ser: el primer contacto de las personas con el sistema de salud; ofrecer cuidado a largo plazo (longitudinalidad) y de forma integral; interactuar con la familia y la comunidad; y formar parte de la red intersectorial (Nadal, 2018). Esto se complementa con modelos de atención que han cambiado el antiguo paradigma biomédico:

i) El modelo biopsicosocial del psiquiatra norteamericano, Dr. George Engel (1977), señala que, en los fenómenos importantes relativos a la salud, participan aspectos biológicos, pero también de carácter psicológico y social. Por una parte, la alteración bioquímica no siempre se traduce en enfermedad, e incluso, algunas alteraciones psicosociales pueden derivarse "dolencias" que constituyen problemas de salud. Entonces, para Juárez (2011) este modelo proporciona una flexibilidad, que, si bien carece de una estructura consolidada de factores o dimensiones, esto mismo brinda una libertad suficiente “como para explorar las múltiples causas presentes en los problemas de salud.” (p.72).

ii) El “Método Clínico Centrado en el Paciente” (MCCP), del Dr. Ian McWhinney (1997). Este médico general y académico de la Universidad de Western Ontario (Canadá), incorpora al razonamiento clínico, elementos vivenciales y contextuales del paciente. Él aborda la dolencia, desde la mirada subjetiva de la enfermedad, otorgando importancia a los aspectos subjetivos de la medicina. De esa manera, propone en el método, una aproximación a la persona como un todo e insta a desarrollar la relación médico-paciente (Freeman, 2016). Desde la mirada de McWhinney (1997), el compromiso de la medicina general o familiar está con la persona, más que con un campo particular de conocimiento,

o un grupo de enfermedades, o una técnica especial. Además, se considera el pionero en introducir la participación del paciente en la toma de decisiones, con un modelo humanizador de la práctica asistencial en AP. Los componentes del método interactúan entre sí y se ensamblan unos con otros de forma única en cada encuentro médico-paciente, retroalimentándose con la longitudinalidad de los cuidados (Cacace & Giménez, 2022).

En Chile, en el marco de los planteamientos descritos y, como parte de la reforma de salud de inicios de la década de los 2000, se postuló el Modelo de Atención Integral en Salud con enfoque familiar y comunitario. Este quedó definido en un sentido más amplio que el enfoque tradicional de atención (MINSAL, 2005):

(...) conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige más que al paciente o la enfermedad como hechos aislados, a las personas consideradas en su integralidad física y mental, como seres sociales pertenecientes a distintas familias y comunidades, que están en permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural” (p.9)

Este modelo se basa en tres principios irrenunciables que se describen a continuación (MINSAL, 2023):

i) La atención centrada en las personas: Este principio establece una forma de relación colaborativa y de corresponsabilidad del cuidado de la salud entre el equipo tratante; las personas; sus familias y la comunidad. Considerando la ética personal y las necesidades de las personas, se le insta al equipo de salud para promover la participación y considerar las decisiones de las personas, por respeto a su dignidad.

ii) La integralidad es un principio que exige una cartera de servicios que incluya la promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos. Esto debe responder a las necesidades de salud de la población. Además, se exige una aproximación biopsicosocial del paciente para intervenir de forma pertinente y efectiva.

iii) La continuidad asistencial es un principio que hace referencia a servicios coherentes y conectados entre sí en el sistema de salud.

Una característica de la AP, que tributa al modelo de atención integral, es que representa el contacto más cercano y a largo plazo, de las personas, la familia y la comunidad, con el sistema público de salud chileno. Los Centros de Salud Familiar (CESFAM) se emplazan geográficamente en los territorios donde habita la comunidad a la cual atiende. Esto trae como ventaja la proximidad a los ámbitos cotidianos donde las personas desarrollan sus proyectos de vida, generando de manera natural un espacio que aborda la particularidad y la multicausalidad detrás de la salud, la enfermedad y la necesidad de atención. Debido a ello, el sistema de salud chileno le da un protagonismo a la AP para abordar los nuevos desafíos que trae la longevidad de la población y la influencia de los estilos de vida en la salud (MINSAL, 2024a).

A partir del modelo señalado y considerando los desafíos del nuevo perfil de la población, en el 2021, el MINSAL mandata una Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas (ECICEP) que consiste en (MINSAL, 2025):

(...) la entrega de cuidados centrados en la persona y su familia, acompañándolas desde el equipo de salud, según nivel de riesgo de complicaciones de salud que experimentan o al que se ven expuestas a lo largo del curso de la vida en una o más de las acciones principales de la APS: promoción de salud, prevención, tratamiento, seguimiento y rehabilitación. (p.8)

La ECICEP coloca las necesidades de las personas en el centro de la atención, particularmente, aquellas con condiciones crónicas, en situación de discapacidad funcional o alta demanda médica, para ser abordadas de manera conjunta con planes de cuidados consensuados, integrales y continuos. No sólo se aborda la enfermedad, sino también los determinantes sociales de la salud. Así, las personas con mayor complejidad en el manejo de sus patologías crónicas representan la población objetivo inicial. Este involucra una coordinación de prestaciones de salud en conjunto con el paciente, la familia y/o personas que colaboran en el proceso de cuidado, con miras al automanejo y al bienestar integral de la persona enferma (MINSAL, 2023).

El enfoque de esta estrategia establece criterios de estratificación según niveles de riesgos, con el propósito de contribuir a mayores niveles de equidad, a través de la entrega

de servicios y cuidados diferenciados que permitan: evitar que la población sana se enferme; fortalecer la prevención y promoción de la salud; mantener a las personas enfermas controladas y prevenir el desarrollo de complicaciones; incentivar el involucramiento y autonomía de las personas; y atender a las personas con múltiples patologías crónicas, de la manera más adecuada, asegurando la coordinación entre servicios (MINSAL, 2023).

Colocar a la persona usuaria paciente en el centro de los sistemas de salud actuales, es decir, con un enfoque de derechos, requiere implementar cambios estructurales y funcionales necesarios en las instituciones y los sistemas de salud. Esto puede conducir a un profundo cambio cultural e incidir en las correspondientes acciones educativas para el personal sanitario (Cabrera et al., 2016). En esta misma línea de capacitaciones, el Ministerio de Salud (2021), señala temáticas prioritarias como el enfoque de derecho, la pertinencia cultural y el modelo de salud familiar. Por lo tanto, una atención centrada en las personas no sólo requiere un marco teórico, sino también un marco operativo que incluya la formación continua de competencias y habilidades de los equipos de salud (MINSAL, 2025):

El inicio y desarrollo de un cambio requiere incorporar nuevos contenidos, reflexiones y habilidades que permitan trazar un camino hacia un objetivo compartido. El avance sin contar con las herramientas necesarias y pertinentes para ello puede derivar en fracasos que derriben la motivación a la transformación. (p.14).

Una deficiencia importante en ambas publicaciones del Ministerio de Salud (2021, 2025), respecto a la ECICEP, es la falta explícita de la dimensión ética para abordar el enfoque de derechos y las eventuales resistencias al cambio en relación con la instalación e implementación de la estrategia (MINSAL, 2025):

(...) la resistencia del equipo a entregar protagonismo en el control de la enfermedad crónica a la persona. Temor por parte del equipo de salud frente a la eventual pérdida de control de la intervención terapéutica. Temor por su implicancia en las metas sanitarias u otros instrumentos de administración. Desorientación del equipo al ser sacado de su rol de experto e incomodidad frente

a la necesidad de implementar formas nuevas y diferentes de hacer las cosas.
(p.25)

Desde el punto de vista práctico, la atención centrada en la persona requiere una perspectiva más profunda y reflexiva, principalmente por el nuevo cambio de paradigma de la relación profesional de salud-paciente, la cual ha transitado desde el paternalismo médico, el que se centra más en su propia práctica que en el bienestar del enfermo, hacia la autonomía del paciente (Beca, 2015, 2018). Además, la autonomía reconoce otros derechos conexos, como el derecho a recibir información detallada sobre los tratamientos, a tener control sobre su propio tratamiento, a la integridad física, a la asistencia religiosa de acuerdo con sus creencias, a la privacidad y a recibir cuidados integrales por parte de profesionales competentes (Casado & López Baroni, 2018).

La obligada reflexión ética, deontológica y legal, acerca de los niveles de exigencia profesional, debería conducir siempre hacia una praxis humanizadora para lograr los verdaderos y auténticos fines de la Medicina (Montalvo et al., 2023). Por eso es relevante, como señala Atienza (1998), considerar la relación asimétrica del profesional en relación con el paciente, pues siendo la salud el bien primario que está en juego dentro del espacio asistencial, adquieren una particular intensidad los problemas éticos derivados del paternalismo y el estado de necesidad, lo que justifica que los principios bioéticos sean considerados para enfrentarlos.

Un modelo de atención centrada en las personas constituye un cambio de paradigma en la práctica sanitaria, puesto que reconoce a cada persona como un sujeto de derechos y no sólo como portador de una enfermedad. Esta perspectiva, que integra la dimensión biopsicosocial, interpela de manera directa a la bioética, pues será inevitable enfrentar, entre otros, dilemas éticos en relación con las prácticas paternalistas y la distribución equitativa de recursos. Lo anterior, en línea con el modelo MAIS y ECICEP que mandata el MINSAL para la AP, pero sin ser considerado de manera explícita dentro de sus directrices.

En efecto, la bioética ofrece un marco de reflexión crítica y de acción práctica para enfrentar los conflictos que emergen en la relación clínica y en la organización de los sistemas de salud orientados a las personas. Las decisiones hacia el respeto de la

autonomía, la justicia en el acceso y la humanización del cuidado, convierten a la bioética en una aliada estratégica para hacer operativo el modelo de atención integral en salud.

1.1.3 La bioética, una herramienta de reflexión y acción

La ética es el “conjunto de normas morales que rigen la conducta de la persona en cualquier ámbito de la vida” (RAE, n.d.). Estas normas morales explican cómo los grupos humanos son más que un agregado circunstancial de individuos, pues la definición de una auténtica sociedad se basa en la virtud de sus normas prácticas que configuran las conductas y regulan la relación entre sus miembros, con otros grupos humanos y con la naturaleza (Valls, 2003). Con una mirada más pragmática, para Singer (1995), la razón principal de todo juicio ético es servir de guía a la práctica.

En estos textos sobre la definición de la ética, Valls y Singer defienden perspectivas complementarias. Por un lado, Singer sostiene que un juicio ético pierde su validez si no se puede implementar en la realidad, es decir, la esencia de la ética radica en su capacidad para orientar acciones y decisiones en el mundo cotidiano, convirtiéndose en una herramienta indispensable para enfrentar dilemas morales. Por otro lado, Valls aporta una dimensión colectiva, enfatizando que la ética no sólo se aplica a nivel individual, pues es esencial que los individuos cuenten con un marco común de derechos y deberes que les permita coexistir en forma armoniosa para sostener un tejido social.

Descendiendo la aplicación de la ética en el campo de la práctica sanitaria y la investigación biomédica, surge en los años setenta una rama derivada: la bioética. Tal como lo señala uno de los autores, a quien se le atribuye este neologismo, el bioquímico norteamericano Van Rensselaer Potter (1971), este concepto no es evidente en sí mismo. La idea original de este autor se remonta a establecer un puente entre las ciencias y las humanidades, como disciplinas complementarias para la intersección entre los valores humanos y la biología, y a su vez, necesarias para la sobrevivencia del ecosistema, con énfasis en saber usar el conocimiento con sabiduría para el lograr el bien social y mejorar la calidad de vida de las personas.

La biología, considerada por Potter (1971), como una ciencia reduccionista que descompone a los seres humanos en átomos y moléculas que parecen aislados, contrasta con la perspectiva humanista que integra la complejidad de la vida. Por ello propone, desde el inicio de la bioética, una perspectiva holística que reconozca la conexión entre las personas y su entorno, y las limitaciones del conocimiento humano respecto a la naturaleza y la necesidad de una actitud de humildad ante la arrogancia tecnológica relacionada con el progreso humano.

Años más tarde, Engelhardt (1986) contextualiza a la bioética en la aplicación de la filosofía a la oferta de servicios de salud y al desarrollo de las ciencias biomédicas en ámbitos sociales marcados por el pluralismo y el rápido cambio tecnológico. Así, la filosofía jugaría un rol de geógrafo de conceptos mapeando los valores en un intento por resolver la pregunta intelectual de cómo se puede entender la conducta correcta, en un profesional de salud y en las ciencias biomédicas, para justificarlo ante otros, de manera racional, mediante una evaluación crítica de los compromisos conceptuales y valorativos insertos en acciones y decisiones particulares. De ese modo, se va validando la definición de la bioética en una disciplina aplicada para un campo particular.

Autores más modernos, como García Manríquez (2015), define a la bioética como una disciplina de carácter práctico y racional, cuyo propósito fundamental es ofrecer criterios que orientan la conducta humana en ámbitos determinados y que se caracteriza por ser cuestiones particularmente problemáticas, no decididas de antemano y novedosas, en la cual la argumentación es fundamental. Sábada (2004) agrega a esta definición, que la bioética es la disciplina que armoniza valores y responsabilidades en una sociedad democrática, mientras Casado (2002) acuña el concepto de una bioética “flexible” haciendo referencia a que los problemas deben ser debatidos por la sociedad en su conjunto con anterioridad a que las soluciones normativas sean adoptadas, porque en una sociedad democrática y plural, es preciso encontrar consenso.

Uno de los pilares fundamentales de la bioética radica en la apreciación de la diversidad de perspectivas morales presentes en las sociedades contemporáneas, abogando por la importancia de establecer un marco básico de consenso. Este marco común permite que individuos pertenecientes a diferentes "comunidades morales" se sientan conectados por

una estructura compartida, que facilite la resolución de conflictos con un nivel adecuado de acuerdo (Casado, 2014).

La bioética actúa como una herramienta de deliberación en democracia, al facilitar el diálogo constructivo, participativo y colaborativo en la búsqueda de un modelo de convivencia que reconozca la diversidad de opciones morales disponibles (Bórquez & Lopichich, 2017) y también aboga por la creación de códigos de valores comunes para toda la humanidad, a pesar de las dificultades para lograr consensos entre diferentes cosmovisiones (Casado & López Baroni, 2018).

En el espacio sociosanitario, la bioética centrada en las relaciones humanas de curación y cuidado, que aborda los problemas morales, define a la ética asistencial (Casado, 2008). Más aún, si bien la acción humana precisa normas, el cumplimiento de estas no agotan la corrección de una acción, pues se necesita una sabiduría práctica o prudencia para saber cómo hacerlo. Por ello la relación asistencial es “una interpretación continua del significado de la norma y la sabiduría práctica (...)” (Casado, 2008 p.16).

Problemas no resueltos del todo y que son terreno de interés para una reflexión argumentada desde la ética asistencial, se evidenciaron ya a fines del siglo XX: i) el reconocimiento de la autonomía de los pacientes para tomar decisiones de su salud (Beca, 2015, 2018; Casado, 2015); ii) la atención fragmentada entre profesionales médicos de diversas especialidades y no médicos que intervienen un caso en común (Young & Justich, 2018); iii) la incorporación de las dimensiones sociales y psicológicas, además de las biológicas, en el abordaje de las enfermedades (Engel, 1977); iv) el modelo económico de gestión sanitaria y la influencia de la industria farmacéutica en el actuar médico (Martínez, 2018); v) el mayor acceso de los pacientes a la aplicación de los avances de las ciencias médicas (López Baroni, 2021); vi) la informatización de las historias clínicas (Buisan, 2013) y vii) las sociedades de base democrática con divergentes formas de ver el bien común, que velan por la defensa de sus derechos e identidad (Casado, 2015), entre otros.

En este mismo escenario sanitario, lo que ha sido fundamental para el desarrollo de la bioética, ha surgido de los problemas de la medicina, la enfermería, y otros campos, ya que se trascendió el ámbito meramente clínico (Casado & López Baroni, 2018). Esta

transformación ha dado paso a una relación clínica más amplia, donde participan múltiples profesionales y especialidades, y en la cual las personas usuarias se presentan cada vez con mayor conocimiento científico y mayor conciencia de sus derechos (Beca, 2018).

En una bioética aplicada, sus principios son un punto de partida en cualquier discusión a la hora de abordar temas complejos en la asistencia de pacientes (Beauchamp y Childress, 2019). Los principios de no maleficencia, que es la obligación profesional de no dañar; y el de beneficencia, que es promover el bienestar, son principios de la tradición médica. El de justicia, relacionado con el bien común, viene de una tradición política. La autonomía del paciente para decidir respecto a su vida deriva de la tradición jurídica como un derecho (Casado, 2008; Zúñiga, 2016). De ahí que se evalúan las decisiones, en un equilibrio de principios, considerando la importancia relativa de cada argumento y que, además, puede cambiar en distintos escenarios (García Manrique, 2015; Solinís, 2015). Para Atienza (1998) los principios de la bioética pretenden ofrecer respuesta a las siguientes interrogantes: ¿Quién debe decidir? (el enfermo, el médico, los familiares), ¿Qué daño o qué beneficio se puede (o se debe causar)?, ¿Cómo debe tratarse a un individuo en relación con los demás? y ¿Qué se debe decidir y a quién?

Por lo anterior, el tránsito de la relación médico-paciente, de corte paternalista, hacia una interacción basada en el enfoque de derechos y la toma de decisiones compartidas, es un tema relevante que se debate, permanentemente, en la ética asistencial, y que representa un área importante de la aplicación práctica de la bioética. Esto constituye un cambio profundo. El paciente se redefine como persona usuaria, más activa y crítica, mientras que el profesional de la salud se configura como prestador de servicios en un sistema donde la información, el consentimiento y la autonomía son principios ineludibles (Donoso, 2014; Momblac, 2020).

En aquel enfoque de derechos, para Casado y Luna (2012), la bioética se trata de orientar en un enfoque que preconiza la reflexión y la acción hacia la promoción y la ampliación de los derechos de las personas en el ámbito de salud, de la investigación y las aplicaciones biotecnológicas, tratando de conseguir condiciones que permitan ir afirmando la justicia, consolidando la autonomía y reduciendo la desigualdad a través de acciones concretas.

En definitiva, la bioética surge como una expresión concreta de una tradición reflexiva, proyectada hacia los dilemas que emergen en la práctica sanitaria. A partir del cruce entre ciencias y humanidades, la bioética se configura no sólo en un campo teórico, sino como una disciplina aplicada, orientada a enfrentar los retos que acompañan al desarrollo tecnológico, a la atención de salud y a la diversidad moral presente en la sociedad.

En su vertiente asistencial, la bioética aporta un marco indispensable para guiar la práctica clínica desde un enfoque de derechos y una deliberación plural e interdisciplinar, sin embargo, para incidir de manera concreta en las decisiones cotidianas, es necesario contar con espacios institucionalizados, donde los problemas éticos reales puedan ser discutidos. Es en ese punto donde surgen instancias de deliberación que permiten trasladar los principios bioéticos al terreno de la práctica, se encuentra a los Comités de Ética Asistencial.

1.1.4 La naturaleza del Comité de Ética Asistencial

Los Comités de Ética se enmarcan en la línea de los Derechos Humanos en el artículo 19 de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO (2005a). Este organismo internacional los reconoce como instrumentos fundamentales para abordar cuestiones bioéticas en el ámbito de la salud. Dichos comités son concebidos como mecanismos independientes, multidisciplinarios y pluralistas, orientados a la aplicación de principios que la misma declaración señala, en materia de investigación clínica, ética asistencial y evaluación de los adelantos científicos y tecnológicos. Puesto que el conocimiento técnico o legal no siempre basta para fundamentar las decisiones, se requiere competencia ética y espacios de reflexión colectiva y son, los comités de ética, esas instancias imparciales de deliberación que aportan nuevas perspectivas sobre los valores en juego y apoyan los procesos de decisión (Karlsen, 2023). Estos comités brindan servicios de asesoría y educación, más que jugar un rol de tomadores de decisiones dentro de la institución (Asociación Médica Mundial, n.d.).

A lo largo de los años, la UNESCO (2005b, 2006, 2007) ha tenido un rol activo en promover estos comités publicando documentos orientadores que operativizan su

funcionamiento y estructura, además de orientar la capacitación de sus miembros. En su concepción general, los comités se apoyan en un marco crítico de referencia y en un sistema de valores y principios que permiten juzgar los dominios de las ciencias de la vida y la salud, tanto en términos generales como en relación con los dilemas éticos cotidianos de la atención sanitaria y la salud pública.

Diversos autores han subrayado la importancia del papel deliberativo de estos órganos colegiados. Para Montero y Morlans (2009), los comités permiten enfrentar uno de los mayores retos del pensamiento moral contemporáneo: el diseño de procedimiento que faciliten la deliberación colectiva ante la incertidumbre moral. En esta misma línea, Atienza (2004) destaca que, además de apoyar la toma de decisiones sin sustituir la conciencia individual, los comités ejercen una forma de control social en aquellos ámbitos donde se encuentran en juego los derechos e intereses de las personas o de la comunidad. De Lecuona y Rogers (2012) refuerzan esta idea, al señalar que los comités “son una forma de hacer bioética que posibilita el paso de la teoría a la acción en los distintos contextos en los que se crean: asistencial, investigación o asesoramiento del poder político” (p.220).

En la práctica, siendo la deliberación su núcleo central, las principales funciones de estos comités señaladas a nivel internacional abarcan la educación en bioética; el examen y análisis de casos; la formulación de directrices y políticas institucionales; y la promoción de la reflexión ética dentro de las organizaciones sanitarias (Asociación Médica Mundial, n.d.; Karlsen, 2023; UNESCO, 2005a). Para Atienza (2004), la práctica deliberativa representa “en muchos aspectos, un modelo de discusión racional” (p.35), mientras que Rachels (2003) enfatiza que los juicios morales deben apoyarse en buenas razones y en la consideración imparcial de los intereses de todos los involucrados, para ser considerados “moralmente justo”. De este modo, los comités constituyen, no sólo espacios de deliberación, sino también de aprendizaje colectivo para mejorar la toma de decisiones y fortalecer la calidad de la atención.

Específicamente, en la línea asistencial de los comités de ética en las instituciones sanitarias, cabe mencionar que, originalmente, surgen en el contexto sanitario angloamericano en un periodo de cambios culturales como, por ejemplo, el movimiento americano de derechos civiles y la protección del consumidor, entre otros, que afectaron

la relación médico-paciente. El objetivo principal de su creación fue resolver dilemas de difícil resolución en la práctica clínica, de manera rápida, sistemática y de una forma diferente a la que ofrecían los médicos o las cortes (Fleetwood et al., 1989; Randal, 1983). Así, estos comités representaron un medio para dar respuesta antes que los casos fueran sometidos a litigios considerados insensibles, caros y que requerían mucho tiempo (Fleetwood et al., 1989). La historia reconoce casos complejos, en el ámbito clínico, que llevaron a pronunciamientos judiciales que destacaron la importancia de los Comités de Ética Asistencial (CEA) para resolver dilemas éticos dentro de los hospitales, en lugar de recurrir a los juzgados (De Lecuona, 2011).

El origen histórico de los comités de ética asistencial se remonta desde el año 1962, cuando en Washington (EE. UU.), se abrió el primer centro de diálisis (Seattle Artificial Kidney Center). La insuficiencia renal crónica dejaba de ser una enfermedad mortal. Sin embargo, la oferta era de tan solo tres camas. Con un desequilibrio evidente entre la oferta y la demanda, se hizo necesario la creación de un comité, para seleccionar a pacientes que recibirían tratamiento. Este comité, que fue conformado por personas anónimas, entre personal de salud y civiles, estuvo sometido a varias críticas, ya que los pacientes excluidos, fallecían. Esta experiencia ha sido reconocida como pionera en las deliberaciones bioéticas y para el posterior desarrollo de los CEA (Molina, 2022).

Un caso mediático fue el de Karen Ann Quinlan, la cual, luego de un estado vegetativo persistente tras una intoxicación de alcohol y barbitúricos, tenía escasas posibilidades de recuperar la conciencia. Sus padres solicitaron la retirada del respirador, argumentando que ella había afirmado que no estaba de acuerdo en mantener la vida artificialmente en una situación de coma o que le hiciese sufrir. Los profesionales que atendían a Karen, no estaban de acuerdo con la postura de sus padres, por lo que este caso fue judicializado. Finalmente, el Tribunal Supremo del Estado de Nueva Jersey, dio la razón al matrimonio Quinlan. A raíz de este caso, y la sentencia de la Corte Suprema de Nueva Jersey, a principios de los años 80, el congreso de Estados Unidos aprobó la creación de los comités de ética hospitalarios, aludiendo que las decisiones éticas sobre la vida o la muerte no se deben tomar por jueces, sino por los médicos, sus pacientes y las familias, dentro del ámbito sanitario (Couceiro, 1999).

Actualmente, el Comité de Ética Asistencial es reconocido por instrumentos jurídicos internacionales, como los mecanismos más adecuados para garantizar la protección de los derechos de las personas, a través del análisis de problemas éticos surgidos en la práctica clínica, mejorar las decisiones y beneficiar al paciente, además de mejorar la calidad asistencial de las instituciones (De Lecuona, 2011).

Valls (2003) observa que no es casual la proliferación de comités asistenciales y de investigación dentro del campo de la bioética, puesto que ello favorece que personas competentes de distintas disciplinas capten mejor las numerosas dimensiones que puede tener una cuestión, permitiendo un criterio colectivo que, en ningún caso, representa la respuesta de autoridades morales superiores. En este sentido, la bioética, para el mismo autor, forzó a que las decisiones se tomen en equipo, sobre todo para evitar las consecuencias gravosas de decisiones solitarias en la práctica médica.

Sumando a lo anterior, dentro los objetivos específicos de los comités de ética médica u hospitalaria, según la UNESCO (2005b), cabe mencionar: proteger las decisiones tomadas por pacientes capaces de hacerlo, con respecto al tratamiento médico; garantizar el bienestar de los pacientes tanto mentalmente capaces, como aquellos incapacitados mediante la asistencia de un representante legalmente designado; y proteger a los centros sanitarios y a su personal de responsabilidades legales, siempre cuando se evite que este enfoque sea el principal, y se desvirtúe hacia un órgano para la protección legal de la institución, en lugar de preocuparse de los intereses de los pacientes.

Es importante enfatizar que las recomendaciones de estos comités no tienen carácter vinculante (Couceiro & Beca, 2006). No obstante, su orientación ética ofrece fundamentos sólidos para una toma de decisiones más reflexiva y justificada. Asimismo, sus recomendaciones son de naturaleza consultiva, dado que su propósito no es interferir en la relación entre los médicos y sus pacientes, ni disminuir la responsabilidad de los profesionales tratantes (Asociación Médica Mundial, n.d.).

Se le reconocen beneficios e inconvenientes al modelo de CEA, como servicio de apoyo ético. En relación con los beneficios, se identifican: tutelar y proteger los derechos; la equidad y la dignidad de las personas; fomentar el debate social y el trabajo en equipo; minimizar la heterogeneidad de opiniones; reducir litigios contra los hospitales;

representar valores institucionales; y proveer el espacio de reflexión en materias éticas en áreas diferentes a la clínica (Gillon, 1997; González & Feltrer, 2020; Magelssen et al., 2020). Dentro de los inconvenientes que identifica Gillon (1997), menciona la interferencia con la relación médico-paciente; socavar la autonomía de los médicos; reducir la libertad de elección del paciente; crear disenso moral y político innecesario; aumentar la burocracia administrativa; disminuir el tiempo disponible para la atención clínica; y ser excesivamente cautelosos y potencialmente tiránicos.

La evolución de los CEA se encuentra en una etapa determinante para su consolidación, dado el tiempo y las experiencias relacionadas con su implementación en diversos lugares (Altisent et al., 2019). A pesar del tiempo transcurrido, aún hay cuestiones críticas no resueltas como, por ejemplo, la falta de conocimiento entre los equipos de salud, sobre su existencia y la escasa comprensión de su propósito, función y actividades (Favier, 2022; Taiwo, 2024); la poca agilidad de respuesta a quienes solicitan asesoramiento (Beca et al., 2010; Taiwo, 2024); la falta de evaluación de la calidad del trabajo de los comités (Arya et al., 2025; Crico et al., 2021; Fernández, 2016); y la accesibilidad y la sintonía con las auténticas necesidades de los contextos institucionales (Altisent et al., 2019; Taiwo, 2024). Lo anterior implica que los CEA deben considerar la importancia de difundir el conocimiento sobre su trabajo a través de publicaciones y seminarios, y deben revisar y evaluar discusiones de casos para identificar áreas de mejora (Førde & Pedersen, 2012).

En síntesis, la naturaleza de los CEA se fundamenta en su carácter colegiado, independiente, consultivo, multidisciplinario, plural y deliberativo, orientado a la reflexión ética colectiva en el ámbito de la salud y a la protección de los derechos de las personas en contextos sanitarios. Desde la perspectiva internacional de la UNESCO, son mecanismos destinados a aplicar los principios bioéticos en la atención sanitaria en una discusión racional y argumentada. En la práctica, estos órganos son asesores, pero no decisorios, teniendo como función principal la orientación en la toma de decisiones afectadas por conflictos éticos, por lo tanto, no son sancionadores, sino preventivos y educativos. Considerando sus aportes y limitaciones a lo largo de la historia, aún se requiere una mayor visibilidad de sus actividades y la medición de su trabajo.

1.2 Pregunta de investigación

¿Cómo es percibida la legitimidad, la relevancia y la utilidad de los Comités de Ética Asistencial con especialización en Atención Primaria en Chile, desde la perspectiva de sus integrantes y referentes nacionales en bioética, y cuáles son los factores que para ellos han facilitado o dificultado su implementación y desarrollo?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general

Comprender la implementación y el desarrollo de los CEA-AP en Chile desde la perspectiva de sus integrantes y referentes nacionales en Bioética.

1.3.2 Objetivos específicos

- i) Analizar la documentación disponible respecto al funcionamiento de los CEA-AP en Chile.
- ii) Obtener los aprendizajes que se revelan a partir de los modelos de implementación de CEA especializados en Atención Primaria en referentes internacionales.
- iii) Comparar la experiencia internacional de CEA especializados en Atención Primaria con lo implementado y desarrollado en Chile.
- iv) Describir las bases de un modelo de implementación de CEA-AP para Chile.

2. Metodología

La justificación de este estudio se basa en la trayectoria de los Comités de Ética Asistencial en Chile, relacionado con la promulgación de leyes y el sistema de acreditación de instituciones de salud. En sus inicios, los comités de ética en Chile surgieron durante la década de 1990 en los Servicios de Salud regionales y hospitales, sin una diferenciación de sus funciones, asumiendo simultáneamente, la revisión de investigaciones y problemas de índole ética y clínico. Posteriormente, se dividieron las funciones asistenciales de las evaluaciones de proyectos científicos. Así se dispone en la actualidad de dos tipos de comités, aquel enfocado en la evaluación de proyectos de investigación en seres humanos, Comités de Ética Científicos o CEC (ley n.º 20.120, 2006) y aquel encargado de asesorar ante conflictos éticos en la práctica asistencial, Comités de Ética Asistencial o CEA. Estos últimos de mandato obligatorio para prestadores institucionales de alta complejidad (ley n.º 20.584, 2012). Basado en lo anterior es que el sistema nacional de acreditación en calidad y seguridad del paciente exige a todos los establecimientos sanitarios un mecanismo de acceso a un CEA. Es así como, aquellos que no lo conforman localmente, deben adscribirse a un comité de otro establecimiento.

La limitada disponibilidad de Comités de Ética Asistencial con especialización en AP (CEA-AP) a nivel nacional, es materia de interés y análisis para esta investigación. Por ello, para comprender la implementación y el desarrollo de estos comités, se abordó su profundización, como fenómeno, mediante un estudio de caso, con metodología cualitativa basada en la Teoría Fundamentada constructivista.

El diseño y ejecución del proyecto se detallará en las siguientes secciones.

2.1 Diseño

La unidad de análisis o el objeto de este estudio fueron los Comités de Ética Asistencial especializados en temáticas de la Atención Primaria (CEA-AP) en Chile. Para efecto de

los objetivos de esta investigación, se entenderá a los CEA-AP a partir del lineamiento plasmado en el Decreto n.º 62 (2012), como comités cuyos propósitos son dirigir programas educacionales, apoyar normativas y desempeñar un rol de asesoría. En este caso, se incluyen a los comités que desempeñan sus funciones, exclusivamente, para apoyar a los equipos sanitarios que trabajan en la salud primaria y a la comunidad usuaria de esos servicios.

En el diseño de la metodología se incluyeron el paradigma, el método, la estrategia, la recolección de datos, el análisis y el producto final de este estudio. Estos se señalan en la Tabla 1 y se describen en los siguientes párrafos.

Tabla 1
Diseño de la metodología.

Diseño de la metodología		
Paradigma	Interpretativo, constructivista y abductivo	Charmaz (2025) Denzin y Lincoln (2018) Swedberg, 2016).
Método	Cualitativo	Charmaz (2025) Swedberg (2016) Tavory y Timmermans (2014),
Estrategia	Estudio de caso	Denzin y Lincoln (2018)

Recolección de datos y muestra	• Revisión documental • Grupos focales • Entrevistas	Charmaz (2025) García y Mateo (2000) Mason (1996) Robles (2011) Spraley (1979) Strauss y Corbin (2002) Vargillas y Ribot (2007)
Análisis	Teoría fundamentada constructivista	Charmaz (2025) Campillay (2024) Creswell (n.d.) Denzin y Lincoln (2018) Glaser y Strauss (1967) Mason (1996) Strauss y Corbin (2002) Swedberg (2016)
Criterios de rigor y estrategias	<i>Credibilidad</i>, se aceptan los resultados. • Consenso comunicativo entre los agentes implicados. • Ilustración de los datos con ejemplos específicos • Observación continua del fenómeno. • Triangulación	Noreña et al. (2011)

Criterios de rigor y estrategias	<i>Transferibilidad</i>, los resultados son transferibles a contextos similares, pero no generalizables • Descripción detallada del contexto y de los participantes. • Muestreo teórico • Recogida exhaustiva de datos <i>Dependencia o consistencia</i>, consigue una menor inestabilidad de los datos • Descripción de recogida de datos • Análisis e interpretación de los datos • Evaluador externo (director). • Reflexibilidad del investigador. • Triangulación	Noreña et al. (2011)
--	--	-----------------------------

Criterios de rigor y estrategias	<i>Confirmabilidad/Neutralidad</i>, garantizar la veracidad de las descripciones realizadas por los participantes • Transcripción textual de entrevistas • Contrastación de datos con la literatura existente • Revisión de hallazgos por otros investigadores • Identificación y descripción de limitaciones y alcances de la investigadora <i>Relevancia</i>, logra los objetivos y un mejor conocimiento del fenómeno estudiado • Integración teórica • Comprensión del fenómeno • Comprensión entre justificación y resultados	Noreña et al. (2011)
--	---	-----------------------------

Criterios de rigor y estrategias	<i>Adecuación teórica-epistemológica</i>, corresponde adecuadamente, el problema investigado con la teoría existente • Contrastación de la pregunta con los métodos • Ajustes del diseño	Noreña et al. (2011)
Producto	Comprensión de la implementación y desarrollo de CEA-AP en Chile	

2.1.1 Paradigma y método

El paradigma interpretativo, constructivista y abductivo fue la orientación desde donde se posicionó la investigadora. Interpretativo, buscando comprender significados, así la mirada se centró en cómo los participantes entendieron, vivieron y explicaron el fenómeno, por lo tanto, con base subjetiva. Constructivista, reconociendo múltiples realidades construidas socialmente en contextos específicos, por tanto, el conocimiento se co-construyó a partir de la interacción entre la investigadora y los participantes. Abductivo, pues el razonamiento se hizo entre datos e ideas, en un “ir y venir” desde y hacia los datos, ajustando constantemente en un proceso iterativo y reflexivo; comparando y refinando ideas para construir las mejores explicaciones posibles.

La investigadora, por su trayectoria profesional, formó parte del fenómeno de interés y es quien estableció conceptos sensibles *a priori* (legitimidad, relevancia, utilidad), siendo el objeto de estudio influyente en ella y viceversa. Por ello fue importante desde un inicio, considerar lo señalado por Denzin y Lincoln (2018), quienes identifican la existencia de

múltiples realidades (ontología relativista) y, al investigador y al participante, como colaboradores en la construcción de la comprensión del fenómeno estudiado (epistemología subjetiva).

El fenómeno que se quiso explicar tuvo que ser construido a partir del material observado. La abducción fue la forma de razonamiento con el cual la investigadora hizo la inferencia, considerando todas las explicaciones teóricas de los datos observados y que luego, puso a prueba las hipótesis para cada explicación hasta llegar a la interpretación teórica más plausible. La abducción representó una manera de encontrar una explicación que, entre distintas opciones, fue la más adecuada (Charmaz, 2025; Swedberg, 2016).

Basado en el paradigma interpretativo, constructivista y abductivo, se utilizó el método, cualitativo con enfoque en la Teoría Fundamentada de variante constructivista de Charmaz (2025). La elección se fundamentó en la naturaleza del fenómeno estudiado, el cual se caracteriza por ser complejo y contextualizado. Por ello fue relevante comprender sentidos, procesos, interacciones y dinámicas relacionadas, más que estimar magnitudes. Este enfoque permitió construir ideas desde las distintas perspectivas de integrantes de CEA-AP y de referentes nacionales en bioética. Esta aproximación, inspirada en autores como Charmaz (2025), Swedberg (2016) y Tavory y Timmermans (2014), permitió construir una teoría sustantiva sobre los CEA en AP a partir del diálogo entre la evidencia empírica y la reflexión conceptual.

2.1.2 Estrategia

Como el objetivo de estudio fue examinar en profundidad un fenómeno de interés dentro de su contexto real, la estrategia escogida por la investigadora fue el estudio de caso (Denzin & Lincoln, 2018), basado en las unidades empíricas, representadas por los CEA-AP en Chile.

El estudio de caso permitió explorar el fenómeno dentro del contexto histórico, organizativo, sociocultural y geográfico de un país (Chile) y dentro de las particularidades del ámbito asistencial donde se experimenta (Atención Primaria).

La elección de esta estrategia fue pertinente, dado que el fenómeno estudiado estuvo profundamente condicionado por marcos normativos nacionales y por factores institucionales, profesionales y comunitarios específicos del ámbito local. Esto exigió un enfoque capaz de integrar y comprender las interacciones de estos factores en su complejidad.

2.1.3 Recolección de datos y muestra para grupos focales y entrevistas

Las técnicas de recolección de datos fueron la revisión documental, los grupos focales y las entrevistas.

La revisión documental de publicaciones científicas y de los documentos disponibles sobre los CEA-AP, que fueron considerados por la investigadora como datos relevantes derivados de la evidencia basada en textos (Mason, 1996), permitieron indagar cómo estos comités se presentan al público. Esta revisión constituyó una fuente adicional de información, complementaria a las demás técnicas empleadas para la recolección de datos (Charmaz, 2025).

El grupo focal constituyó la segunda técnica, caracterizada por la interacción entre varias personas en un mismo momento, moderadas por la entrevistadora, en este caso, la investigadora. Esto permitió obtener datos que hubieran sido menos accesibles de otro modo, pues básicamente, fue una conversación grupal planeada, desde su diseño, para conseguir información de un área definida, comprendiendo el por qué y cómo piensan los participantes e importando, en particular, la reflexión de los puntos comunes o divergentes (García & Mateo, 2000). La investigadora convocó a los participantes para una conversación abierta, si bien dirigida al tema de interés, con la suficiente flexibilidad para explorar temas emergentes y la libertad para responder o no, a las preguntas planteadas.

La entrevista en profundidad fue la tercera técnica para recopilar información. En este caso la entrevistadora interactuó con una persona o informante clave, para explorar sobre el tema determinado para este estudio. Ella fue un instrumento más de análisis y fue quien exploró, detalló y rastreó por medio de preguntas, la información más relevante para los

intereses de la investigación (Robles, 2011). Esta técnica fue realizada a través de una conversación flexible, en la que se persiguió que el entrevistado expresara de forma libre sus opiniones, actitudes, o preferencias sobre el tema objeto del estudio, mientras la investigadora poco a poco fue introduciendo nuevos elementos e indagando de manera hábil, para lograr mayor profundidad en la información que ofreció el entrevistado. Se requirió desarrollar un tipo especial de relación entre las personas implicadas, pues esto condicionaba la calidad de la información recibida. Para ello la investigadora responsable, desarrolló las etapas del proceso de la entrevista descritas por Spraley (1979) y así generó un proceso de relación armoniosa, en un clima de confianza, neutralidad y libre expresión (Vargillas & Ribot, 2007). La importancia del conocimiento y la evidencia generada se basaron en lo contextual y situacional (Mason, 1996).

Entrevistar a los sujetos participantes tuvo muchas ventajas en la investigación, tales como marcar el ritmo de las consultas respecto a los marcos teóricos claves abordados; mantener a la investigadora en un proceso iterativo, revisitando y reencuadrando categorías conceptuales, en la búsqueda de precisiones teóricas y obteniendo datos útiles para analizar de diferentes maneras (Charmaz, 2025).

Las preguntas orientadoras que se detallan en el anexo n.º 1 y anexo n.º 2 cubrieron los temas de esta investigación, sin embargo, estas fueron una guía inicial de categorías, construido a partir de los objetivos del estudio y de la bibliografía consultada para los temas centrales relacionados con las preguntas de investigación. Las guías temáticas se modificaron a la luz de lo ocurrido en el trabajo de campo, para profundizar y abordar nuevas perspectivas en los siguientes grupos focales y entrevistas.

De estas dos últimas técnicas descritas, se generó una comunicación de significados, pues los participantes explicaron su visión del tema y, la investigadora, intentó comprender e interpretarlo, registrando *memos* (Vargillas & Ribot, 2007).

La muestra teórica fue intencionada, que de acuerdo con Strauss y Corbin (2002), esto permitió maximizar las oportunidades o aumentar la densidad para comparar acontecimientos, incidentes o sucesos y determinar cómo varía una categoría en términos de sus propiedades y dimensiones. Se inició la recolección de datos con un conjunto característico de informantes para el grupo focal y para las entrevistas en profundidad.

Siguiendo a Charmaz (2025) la muestra teórica tuvo como objetivo obtener datos que explicaran las categorías en el desarrollo conceptual y teórico del análisis, y no en representar a una población o aumentar estadísticamente la generalización de los datos.

El trabajo de campo para grupos focales y entrevistas incluyeron los siguientes criterios:

El criterio de inclusión para el grupo focal fue:

- Integrante activo o antiguo (exintegrante) de un CEA-AP en un servicio de Atención Primaria.

Los criterios de inclusión para entrevistas en profundidad fueron:

- Integrante activo o antiguo (exintegrante) de un CEA-AP en un servicio de Atención Primaria.
- Persona licenciada en derecho que participó desde su rol laboral en un CEA-AP.
- Profesional que trabaja o trabajó en la Oficina de Bioética del MINSAL
- Autor de publicaciones en revistas científicas en relación con el tema de bioética y Atención Primaria en Chile.
- Socio del Grupo de Trabajo en bioética de la Sociedad Chilena de Medicina Familiar.
- Socio de la Sociedad Chilena de Bioética
- Académico de una universidad nacional relacionado con la bioética.

2.1.4 Análisis

El análisis se basó en los principios de la Teoría Fundamentada constructivista propuesta por Charmaz (2025), iniciando con una codificación inicial línea por línea y continuando con una codificación focalizada, que permitió agrupar los códigos en categorías conceptuales más abstractas.

Para esta investigación se adoptó la aproximación comparativa, emergente y de final abierto (*opened-ended*), original de Glaser y Strauss (1967), para lo cual la investigadora comparó constantemente entre sí, datos y códigos, evitando conclusiones prematuras y tomando decisiones en la medida en que las categorías iban emergiendo a partir del

análisis iterativo. Como lo señala Charmaz (2025), la investigadora asumió que la realidad social es procedimental, múltiple y construida, por lo que tomó en cuenta su posición, sus perspectivas y su interacción con los participantes, como parte inherente de la subjetividad dentro del análisis. Así, ella vio en los resultados “algo construido, en lugar de descubierto” (traducido del inglés del texto original, p.12), fomentando su reflexividad, pues “la subjetividad es inseparable de la existencia social” (traducido del inglés del texto original, Charmaz, 2025, p.13), donde la interacción, el contexto social, compartir puntos de vista y la comprensión interpretativa, representó a esa mirada constructivista.

La codificación fue el pivote entre la obtención de datos y el desarrollo de teorías emergentes para explicarlos, y a su vez, direccionó las sucesivas etapas de la investigación. Así, los códigos “cristalizaron” lo que aprendía la investigadora mientras estudiaba sus datos (Charmaz, 2025). Se establecieron fases. La primera fue leer las palabras, las líneas y los segmentos para luego enfocarse en sintetizar, integrar y organizar las grandes cantidades de datos. En esta fase, el objetivo fue mantener a la investigadora abierta a todas las posibles direcciones teóricas debido a la lectura de los datos. Posteriormente, la codificación se enfocó en los códigos más frecuentes que respondían a las preguntas de investigación, los cuales, luego, se pusieron a prueba con el otro lote de datos, para lograr una integración teórica con códigos específicos y procedimientos para los siguientes pasos del análisis. Por ello lo planificado en un inicio difirió con posterioridad (Charmaz, 2025).

La investigación cualitativa es creativa e interpretativa. En este sentido, la investigadora creó narrativas basadas en composiciones entrelazadas de experiencias relatadas por los participantes. Las interpretaciones cualitativas fueron construidas, en la práctica, por la investigadora que se transformó en el medio para que esas voces fueran escuchadas (Denzin & Lincoln, 2018).

2.1.5 Criterios de rigor

En relación con los criterios de rigor que validan la metodología cualitativa utilizada, se utilizaron las estrategias que se describen a continuación:

Para el criterio de *credibilidad*, el consenso comunicativo entre los agentes implicados se obtuvo al mantener un diálogo constante con los participantes, contrastando las interpretaciones emergentes con sus percepciones y experiencias. Este proceso de devolución se realizó durante los grupos focales y las entrevistas, lo que permitió confirmar las categorías que se iban construyendo y que reflejaban, de manera auténtica, los significados atribuidos por los informantes claves. Para la ilustración de los datos con ejemplos específicos, los resultados se respaldaron mediante citas textuales y se seleccionaron fragmentos representativos provenientes del estudio de campo, evitando imposiciones externas o interpretaciones forzadas. La observación continua del fenómeno estudiado, de manera iterativa y en distintos momentos y contextos, considerando la diversidad de los entrevistados, fortaleció la comprensión profunda de las experiencias y garantizó la coherencia entre los datos recogidos y el análisis interpretativo. La triangulación metodológica y teórica, fue producto de la combinación de distintas técnicas de recolección de datos y contraste de los resultados con la literatura nacional e internacional, lo que aumentó la robustez de las categorías emergentes y consolidó la coherencia teórica de la construcción final.

Para el criterio de *transferibilidad*, la investigadora describió de forma detallada los perfiles de los participantes, las actividades y el contexto de los CEA-AP que participaron en los grupos focales y entrevistas. De esta manera, los resultados de la investigación podrían tener aplicabilidad en contextos similares. Por otra parte, la investigadora utilizó un muestreo teórico, orientado a la búsqueda intencionada de la diversidad de experiencias y perspectiva de los participantes, hasta alcanzar la saturación de las categorías emergentes. De ese mismo modo, se realizó una recogida exhaustiva y profunda de datos, transcribiendo de manera literal lo expresado por los participantes y complementando con memorias analíticas (*memos*), lo observado. Los resultados pueden ser transferibles a escenarios con características semejantes, aunque no sean estadísticamente generalizables.

Para el criterio de *dependencia o consistencia* del estudio, la investigadora obtuvo los datos de documentos, grupos focales y entrevistas, siguiendo procesos rigurosos. Los documentos se obtuvieron mediante búsqueda avanzada de bibliografía en medios confiables, y el trabajo de campo cumplió las técnicas y los criterios de inclusión

orientados a los objetivos de este estudio. El proceso de análisis fue iterativo y flexible, con datos literales de sus fuentes y la elaboración de *memos* para registrar las reflexiones, decisiones y conexiones teóricas, asegurando la trazabilidad de las interpretaciones. La comparación constante entre datos, códigos y categorías favoreció la coherencia interna del análisis y evitó inconsistencias conceptuales. Así también, se realizó una contrastación continua con la literatura relevante, lo que permitió fortalecer y refinar las categorías teóricas en desarrollo. La investigadora mantuvo una actitud reflexiva permanente durante todo el proceso, registrando en sus *memos* analíticos, las posibles influencias de sus propias experiencias, valores y expectativas sobre la interpretación de los datos.

El proceso analítico fue revisado y supervisado por el director de la tesis, quien actuó como evaluador externo, así también, se presentaron los resultados a un equipo de investigación experto y a dos académicas externas a la Universidad de Barcelona, las cuales elaboraron un informe favorable de esta tesis. Este acompañamiento contribuyó a examinar la congruencia entre los datos empíricos y las interpretaciones propuestas por la investigadora. Finalmente, la triangulación entre fuentes de información, técnicas de recolección de datos y supervisión externa, facilitaron la validación de las categorías emergentes.

Para el criterio de *confirmabilidad y neutralidad*, se realizó una transcripción textual y fidedigna de las entrevistas y grupos focales, como primer paso, preservando expresiones y matices del discurso, con el fin de mantener la autenticidad del relato y minimizar el sesgo interpretativo. Más tarde, se efectuó una contrastación sistémica de los datos con la literatura existente, lo que permitió someter a todas las categorías emergentes, en un diálogo crítico con estudios previos y marcos teóricos relevantes. Además, se promovió la revisión y validación de los hallazgos por parte del director de la tesis y de dos académicas externas a la Universidad de Barcelona. La investigadora identificó limitaciones de este estudio desde su propia posición en el proceso de indagación y análisis, así como también, de la metodología utilizada, reconociendo los posibles condicionamientos derivados de su rol, experiencia y trayectoria laboral.

Para el criterio de *relevancia*, la investigadora describe, en la integración teórica, la comprensión del fenómeno con una coherencia entre la justificación, los hallazgos y las

conclusiones. Las decisiones metodológicas fueron constantemente revisadas a la luz de los avances analíticos, garantizando que las interpretaciones finales estuvieran sustentadas empíricamente y fueran consistentes con los propósitos iniciales de este estudio. La integración teórica se logró mediante un proceso analítico iterativo, donde la codificación inicial y focalizada permitió conectar categorías emergentes de manera coherente y articulada para tributar en las respuestas de las preguntas de investigación. Se mantuvo una lógica interna clara entre los datos empíricos, los conceptos teóricos y las interpretaciones progresivas, de tal manera, se aseguró que las categorías desarrolladas reflejaran fielmente la experiencia de los participantes. Este proceso incluyó la redacción constante de *memos* y la contrastación continua con la literatura especializada, lo que favoreció la construcción de una teoría fundamentada con solidez conceptual y pertinencia práctica. De este modo, la investigación logró producir conocimiento relevante, útil y aplicable para la comprensión del desarrollo de los CEA-AP en Chile.

Para el criterio de *adecuación teórica-epistemológica*, la investigadora mantuvo una contrastación permanente entre el marco teórico, las preguntas de investigación, el estado del arte, los objetivos, los métodos de recolección y análisis de datos, de tal manera, asegurar que las estrategias utilizadas respondieran al propósito del enfoque cualitativo, evitando la contradicción entre ellas. Las preguntas de investigación se analizaron, críticamente, a la luz de los supuestos teóricos de la Teoría Fundamentada constructivista, lo que permitió asegurar la correspondencia entre el posicionamiento epistemológico de la investigadora y las técnicas de recolección y análisis de información. La contrastación de las preguntas con los métodos se realizó de manera continua, ajustando el diseño del estudio en función del avance del análisis y la emergencia de nuevas categorías teóricas.

Finalmente, es importante reconocer que las conclusiones se interpretaron en un contexto particular y qué los resultados no son generalizables.

En este caso, el objetivo de esta tesis fue comprender la experiencia de los CEA-AP, en el contexto chileno.

2.2 Ejecución

Para la identificación de los CEA-AP objetos de este estudio, se llevó a cabo un proceso de indagación en registros de fuentes confiables.

A nivel internacional, se realizó una búsqueda de publicaciones en bases de datos y páginas *web* de CEA-AP en países que cumplieran con los criterios de búsqueda.

A nivel nacional, en primer lugar, se realizó un levantamiento de documentos relacionados con CEA-AP accesibles y publicados por el Ministerio de Salud. En segundo lugar, se identificaron las regiones del país que contaban con Comités de Ética Asistencial formalmente constituidos en la AP, y reportados en los registros oficiales del Ministerio de Salud (n.d.) (Tabla 2). Este registro permitió establecer un marco de referencia territorial a nivel nacional. En tercer lugar y, a partir de esa información, la investigadora contactó a los 17 municipios con CEA-AP, para representar distintas realidades geográficas, y asegurar una muestra heterogénea y pertinente con los objetivos de esta investigación.

Tabla 2:

Cantidad de CEA-AP en Chile distribuido por regiones.

Región	Cantidad de CEA en Atención Primaria
Coquimbo	2
Valparaíso	2
Metropolitana	7
O'Higgins	2
Maule	2
Biobío	1
Araucanía	1
Total	17

Nota: Elaboración propia basada en información publicada por la Oficina de Bioética. Ministerio de Salud (n.d.)

Al finalizar el proceso de obtención de datos, se identificaron documentos internacionales de 3 países: España, Noruega y México. En el caso de Chile, se identificaron protocolos internos de funcionamiento de 5 municipios y 4 regiones. La participación en grupos focales y entrevistas representó a 7 regiones del país, 8 municipios identificados en un inicio y 1 municipio incorporado con posterioridad, pues no se encontraba en los reportes del Ministerio de Salud.

2.2.1 Revisión documental de experiencias internacionales

Para esta fase se inició una revisión selectiva de documentos, de fuentes primarias y secundarias, lo que facilitó analizar, críticamente, el estado del arte del tema de interés a nivel internacional. Esta revisión se orientó a la recuperación de un conjunto de documentos publicados a nivel global sobre la temática. Se accedió a documentos y publicaciones en español, inglés, catalán y noruego, lo que aportó información relevante para responder al propósito del estudio.

Para las fuentes primarias, se realizó una revisión específica de documentos de acceso abierto en países seleccionados. Para las fuentes secundarias, se realizó una revisión específica de documentos de acceso abierto y, para aquellos restringidos, se utilizó el acceso institucional de la Universidad de Barcelona. se realizó una revisión utilizando, como primera estrategia de búsqueda, las palabras claves en las principales revistas que contienen la temática del estudio y en bases de datos fiables. Para la selección de los artículos, se hizo un primer afinamiento para que las palabras estuvieran contenidas en todo el texto, y una segunda etapa, fue la lectura de los artículos. También se revisaron algunas fuentes a partir de las referencias de los artículos seleccionados en la búsqueda avanzada.

En una primera fase, en la búsqueda avanzada se filtraron las publicaciones en español e inglés desde el 2021, utilizando las siguientes palabras claves: “comité de ética asistencial” and “atención primaria de salud”; “dilemas éticos en atención primaria” and “Salud”; “Comités” and “ética” and “asistencial”; “Bioethics Primary care”; “Ethics support” AND “Primary Care”; “Clinical ethics support” AND “primary care” en el buscador Google scholar, obteniendo un total de 266 artículos. Se revisó que el contenido

de los artículos aludiera directamente al contexto de este estudio, lo que descartó la gran mayoría de ellos, quedando con un total de 26 artículos pertinentes.

Dado lo emergente de la temática, se consideró ampliar el periodo de búsqueda. Como criterio de inclusión se consideró revisar los artículos desde el año 2013 y agregar otras bases de datos. Se buscó en CRAI³¹, WOS³², SCOPUS³³ y SCIELO³⁴. De la fuente CRAI se obtuvieron 41 artículos, de la SCOPUS se obtuvieron 66 artículos, de la WOS se obtuvieron 137 artículos y de SCIELO se obtuvieron 84 artículos. Se realizó el descarte de los artículos repetidos y de aquellos que no hacían referencia específica a los CEA, a la ética asistencial y/o a la AP. Siendo escasos los artículos seleccionados, se prosigue a la búsqueda y a la lectura de las fuentes referidas en dichos artículos. De este modo se seleccionó un total de 86 artículos, de los cuales 5 corresponden a publicaciones nacionales.

Complementariamente, se hizo una revisión y recopilación de informes técnicos de la Asociación Médica Mundial, la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud, la CEPAL, la UNESCO, entre otras, reconocidas por su rigurosidad científica, lo que permitió situar la temática del estudio en su contexto internacional.

Posteriormente, se incluyó de manera dirigida la lectura de lo publicado por países que habían implementado CEA en el ámbito de la AP, seleccionando así a España, Noruega y México.

La elección de España, como objeto de estudio, se fundamenta en su cercanía con el modelo chileno de salud, en el cual la AP es la base del sistema de salud y de financiamiento público, con amplia cobertura de la población en centros de salud primaria con equipos multidisciplinarios y adscripción geográfica. Se investigó, particularmente, documentación de acceso abierto disponible respecto a experiencias de CEA en AP. Así se logra indagar en las Comunidades Autónomas de Aragón, Islas Baleares y Cataluña.

³¹ Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación de la Universidad de Barcelona

³² Web of Science

³³ Base de datos de resúmenes y citas científicas, lanzada por la editorial académica Elsevier

³⁴ Scientific Electronic Library Online

Esto fue complementado con la experiencia de la investigadora en el desarrollo de la bioética en el ámbito asistencial de la realidad española, adquirida durante el Máster en Bioética del Observatorio de Bioética y Derecho de la Universidad de Barcelona, que cursó entre el 2019 y el 2021, lo que permitió explorar el abordaje ético de los conflictos suscitados en ambos países. Así también, la investigadora tuvo la oportunidad de participar en actividades del CEAAPICS y del Grupo de Trabajo en Ética de la Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria (CAMFiC), durante su estancia en Barcelona, adquiriendo un enriquecedor intercambio de experiencias al comparar las realidades chilena y catalana, en relación directa con los objetivos de este estudio.

La elección de Noruega, a pesar de las diferencias socioculturales, institucionales y organizativas entre los sistemas nórdicos e iberoamericanos, la estructura de la AP se concibe en dispositivos de salud de base territorial, orientado a la resolución ambulatoria de problemas de salud y a la continuidad de los cuidados integrados en la comunidad. Así, aunque los marcos normativos y los recursos disponibles varíen entre Noruega y Chile, la lógica organizativa gestionada en los municipios y los principios de actuación de proximidad, longitudinalidad, trabajo interdisciplinario y orientación comunitaria, permiten establecer una analogía funcional entre ambos modelos.

La práctica asistencial de salud primaria en Noruega, a diferencia de Chile, no se concentra en centros de salud, sino que sus servicios están descentralizados en médicos de cabecera contratados por el municipio, hogares de ancianos, atención domiciliaria, servicios de salud escolar, centros de salud para niños y adolescentes, servicios de abuso de sustancias y salud mental y salas de emergencia (Magelssen et al., 2021). La investigadora de esta tesis no sólo realizó una búsqueda avanzada de literatura nórdica, sino también, mediante un contacto directo con los investigadores del Centro de Ética Médica de la Universidad de Oslo, realizó una estancia como investigadora invitada, intercambiando experiencias y accediendo a los artículos y documentaciones publicadas respecto a un programa piloto en ese país, cuyo objetivo fue aumentar las competencias éticas en equipos de AP y conformar CEA en los municipios noruegos.

Aun cuando su experiencia en la materia es reciente y carece todavía de resultados publicados, la elección de México se justifica por la cercanía que comparte con Chile dentro del ámbito latinoamericano. La publicación reciente sobre la iniciativa

desarrollada por el Comité Estatal de Bioética de la Ciudad de México evidencia problemáticas y necesidades similares a las observadas en Chile, lo que refuerza la pertinencia de considerarlo como un referente comparado.

Como resultado de esta fase, se hizo un acabado del estado del arte, para comprender y fundamentar los servicios de apoyo en ética asistencial en AP, con énfasis en la implementación y el desarrollo de los CEA-AP a nivel internacional y en Chile.

2.2.2 Fase empírica en el contexto nacional

Esta fase comenzó con la búsqueda de documentación en fuentes primarias. Así, en una primera instancia se hizo una revisión de documentos generados por los CEA-AP de acceso público en la página *web* del Ministerio de Salud (n.d.). Ellos representaron, no sólo una cierta legitimidad institucional de la existencia de estos comités, sino también permitió conocer las principales temáticas que son incluidas en un modelo de funcionamiento. Los protocolos de funcionamiento interno de los CEA-AP a los cuales se tuvo acceso fueron de:

- i) La Municipalidad de Longaví (con fecha de vigencia desde el 21 de enero del 2020 hasta el 21 de enero del 2025).
- ii) La Municipalidad de Pirque CESFAM “JM Balmaceda” (con fecha de vigencia desde noviembre del 2017 hasta noviembre del 2022).
- iii) La Corporación Municipal de Puente Alto (con fecha de vigencia desde enero del 2020).
- iv) La Corporación Municipal de Rancagua (con fecha de vigencia desde abril del 2020 hasta abril del 2025).
- v) La Municipalidad de Tomé (con fecha de vigencia desde febrero del 2022).

A partir de la información obtenida de los documentos, se condujo una codificación línea a línea para clasificar las categorías emergentes, sin ideas preconcebidas, a modo abierto, según las estructuras de los protocolos internos de funcionamiento de los CEA-AP seleccionados. Así, se analizó la información relevante de cómo declaran funcionar los CEA-AP desde su puesta en marcha. Por otra parte, se solicitaron y recibieron vía correo electrónico, a través de los presidentes de CEA-AP, las actividades declaradas por los CEA-AP que participaron en los grupos focales, entre los años 2018 y 2024.

La información de las fuentes secundarias fue obtenida de la búsqueda avanzada, con los mismos criterios descritos en la fase de revisión documental a nivel internacional. Con ello fueron seleccionados 5 artículos.

En una segunda instancia, para levantar información primaria, mediante grupos focales y entrevistas en profundidad, se identificaron los establecimientos de salud municipales registrados, con CEA-AP, en los datos publicados en la página *web* del Ministerio de Salud (n.d.)³⁹. Durante el segundo semestre del 2022, se envió una invitación para participación en este estudio, vía correo electrónico, a las jefaturas de los departamentos de salud de dichos municipios o presidentes o secretarios de Comités de Ética Asistencial. El acceso de la investigadora a los correos electrónicos fue gracias a lo publicado por el MINSAL o solicitados a través de las oficinas de atención ciudadana de los establecimientos, explicando los fines que se perseguían, la metodología, el resguardo de datos y la colaboración solicitada a los informantes claves que formaron o forman parte de la implementación y funcionamiento del CEA-AP de la institución.

De las 17 invitaciones enviadas a los establecimientos, se recibieron 7 respuestas favorables para participar, potencialmente, contando con una carta de apoyo a la investigación por parte de los municipios de (1) Paihuano, (2) Valparaíso, (3) Talca, (4) Rancagua, (5) Recoleta, (6) Temuco y (7) Tomé. De esta forma, del universo de CEA-AP registrados por el MINSAL, 10 fueron descartados para la muestra. 7 municipios no respondieron a la invitación y 3 no aceptaron participar, entre cuyas razones aludieron a que no contaban, en la actualidad, con un comité. A su vez, fue agregada a la muestra, una comuna cuyo CEA-AP no estaba registrado por el MINSAL y se contactaron,

³⁹ Oficina de Bioética

directamente, con la investigadora, al conocer esta investigación en un seminario nacional.

Una vez autorizada la realización del estudio en los establecimientos seleccionados, correspondió enviar una invitación a la presidencia o secretaría del CEA-AP, vía correo electrónico, para motivar la participación en el estudio. La investigadora solicitó a la presidencia del CEA-AP, el envío de los correos electrónicos de los miembros antiguos o activos del CEA-AP que estuviesen interesados en participar de forma voluntaria. Cada potencial sujeto participante fue contactado por la investigadora para darle información y detalles del proyecto, vía telemática o presencial, antes del envío y entrega del documento de consentimiento informado, vía correo electrónico, para ser firmado de puño y letra, escaneado o fotografiado, y enviado por el mismo medio a la investigadora principal.

Una vez obtenido el consentimiento informado, se concertaron las fechas y horarios para la realización de los grupos focales. La entrevistadora fue la investigadora principal y cada grupo focal, en modalidad telemática, fue grabado en video y audio en formato obtenido por plataforma *zoom*, para su posterior transcripción. Al inicio de cada sesión, se solicitó un consentimiento oral para iniciar la grabación. Las grabaciones fueron almacenadas en la plataforma NúvolUB.

El número de CEA-AP que participaron de esta fase del estudio fue de 4, considerando que al menos 4 integrantes del mismo CEA-AP, activos o exintegrantes, voluntariamente, hubieran aceptado ser parte un grupo focal en una sesión concertada para dar cuenta de sus propias experiencias y reflexiones relacionadas con la temática de interés. El perfil de los participantes, las actividades del CEA-AP, su modelo de trabajo y la cantidad de personas registradas en los CESFAM, se detallan en el anexo n.º 3. En el caso de los municipios interesados en participar de este estudio que no lograron reunir el número mínimo de participantes establecido para un grupo focal, se contactó a los interesados, de igual forma, para una entrevista en profundidad, como informantes claves.

El total de participantes fue de 19, distribuidas en 6 personas para el primer grupo focal; 5 personas para el segundo grupo; 4 personas para el tercer grupo; y 4 personas para el cuarto grupo. La heterogeneidad del grupo lo dio el carácter interdisciplinar propio de los

equipos que trabajan en la AP chilena y que conforman este tipo de comité. El perfil de los participantes se detalla en el anexo n.º 3.

Para continuar levantando información en el campo, se identificaron actores relevantes en la implementación y desarrollo de CEA-AP, según lo identificado durante los grupos focales y, aquellos identificados por la propia investigadora, según los criterios de inclusión. Una vez identificados los informantes claves, la investigadora solicitó el correo electrónico, como medio de contacto, a integrantes del CEA-AP participante del grupo focal, o mediante la búsqueda en páginas *web* de acceso público. De ese modo se envió una invitación para la participación de las personas identificadas, explicando los fines que se perseguían, la metodología, el resguardo de datos y la colaboración solicitada.

Cada sujeto participante fue contactado por la investigadora para darle información y detalles del proyecto, vía telemática o presencial, antes del envío o entrega del documento de consentimiento informado, vía correo electrónico, para ser firmado de puño y letra; escaneado o fotografiado; y enviado por el mismo medio a la investigadora principal.

Una vez aceptada la invitación se concertó una fecha y horario para realizar la entrevista en profundidad de forma telemática, la cual fue grabada en imagen y audio en plataforma *zoom* para su posterior transcripción. Al inicio se solicitó un consentimiento oral para iniciar la grabación. La grabación quedó almacenada en la plataforma NúvolUB. El número de participantes de esta fase del estudio fue de 22 personas. El perfil de los participantes se detalla en el anexo n.º 4.

La saturación de datos y la saturación teórica fueron los criterios que detuvieron la obtención de datos, basado no sólo en la repetición de discursos, sino también cuando las categorías teóricas fueron robustas porque la investigadora no encontró nuevas propiedades y, se hubo definido, evaluado y explicado, las relaciones y el rango de variación entre ellas.

Como resultado de esta fase, se consolidó un diagnóstico de la situación de los CEA- AP en Chile.

En síntesis, en la revisión documental se tuvo acceso a protocolos internos que incluyó a 5 municipios: Longaví, Pirque, Puente Alto, Rancagua y Tomé.

La recolección de datos, a través de grupos focales o entrevistas, se realizó mediante la participación de 9 municipios y 7 regiones: Valparaíso (Valparaíso); Recoleta, Puente Alto y La Pintana (Metropolitana de Santiago); Rancagua (L.G. Bernardo O'Higgins); Talca (Maule); Tomé (Biobío); Temuco (La Araucanía); y Puerto Montt (Los Lagos), además de la participación de representantes de sociedades científicas, como la Sociedad Chilena de Medicina Familiar y Sociedad Chilena de Bioética; docentes universitarios en bioética de la Universidad de Chile, de la Universidad del Desarrollo y de la Universidad Austral; funcionarios de instituciones de salud pública del Ministerio de Salud y de Servicios de Salud regional; y autores de publicaciones en revistas científicas, en relación con la ética asistencial en la AP chilena. Lo anterior se resume en la Tabla 3 y se detalla, geográficamente, en la Figura 1.

Tabla 3:

Descripción de la participación nacional en las técnicas de obtención de datos

Técnica	N.º eventos	N.º participantes	Regiones	Documentos Informantes claves
<i>Revisión documental nacional</i>	5	5	4	<i>Protocolos internos de funcionamientos de CEA-AP de los municipios de Longaví, Pirque, Rancagua, Puente Alto y Tomé</i>
<i>Grupo focal</i>	4	19	4	<i>Integrantes de CEA-AP Exintegrantes, profesionales de salud, abogado, representantes de la comunidad</i>
<i>Entrevistas</i>	21	21	5	<i>Integrantes de CEA-AP, exintegrantes, académicos, responsables institucionales, autores de publicaciones científicas, miembros de sociedades científicas</i>

Figura 1

Regiones y comunas participantes en grupos focales y entrevistas en profundidad.



Los criterios éticos de la investigación y el plan de gestión de datos quedaron a cargo de la investigadora responsable, quien condujo este estudio y fue quien asumió el férreo cumplimiento de las pautas éticas internacionales de investigación y la legislación vigente del país donde ésta se realizó. Con fecha 16 de noviembre del 2022 fue aprobado el proyecto de esta investigación por el Comité de Ética Científico acreditado en Chile del Servicio de Salud Araucanía Sur y con fecha 28 de mayo del 2025, su renovación (Anexo n.º 5). Con fecha 2 de julio del 2025 fue aprobado por la Comisión de Bioética de la Universidad de Barcelona (Anexo n.º 6).

Una vez completado el proceso de recolección de datos y sistematización del material empírico, se procedió a desarrollar un análisis riguroso basado en los principios de la Teoría Fundamentada, siguiendo las orientaciones metodológicas de Charmaz (2025).

2.2.3 Fase de análisis

La primera parte se enfocó en la revisión documental de protocolos internos, desde donde se obtuvieron las características de los CEA-AP establecidas institucionalmente, en cuanto a composición y procedimientos, para compararlos entre sí y evaluar su armonía con la normativa vigente en el país.

Posteriormente, se procedió al análisis de datos de grupos focales y entrevistas. El análisis de los resultados de esta segunda parte se realizó en 2 fases:

c.1. Fase de codificación inicial y levantamiento de memos

Para esta fase se condujo la codificación sin códigos preconcebidos, a modo abierto, pero con la consideración de las ideas previas y experiencia de la investigadora principal. Los códigos iniciales de los grupos focales y de las entrevistas se realizaron en la medida que avanzaba el trabajo de campo y la transcripción de los primeros audios. Así, los códigos iniciales de la primera etapa se consideraron de carácter provisorio, para luego, volver a ellos de manera iterativa y ajustarlos acorde a lo que de las siguientes transcripciones se fueron incorporando. Esto para enfocarse en responder las preguntas de investigación, interpretando los datos literales obtenidos de los informantes claves.

Lo anterior permitió, en los siguientes grupos focales y entrevistas, que la investigadora adquiriese nuevas formas de dirigir la obtención de datos y mejorar la pesquisa de información, pues en la medida que los códigos fueron comparables y basados en los datos, se estableció mayor apertura a posibilidades analíticas y a la creación de datos que mejor encajaron con lo que se contaba (Charmaz, 2025). Los datos literales fueron codificados por la investigadora con la supervisión del director académico de la tesis, con quien se compartió la información en archivos cargados en la NúvolUB. De manera simultánea, la investigadora registraba en su cuaderno de *memos*, sus propias ideas y cuestionamientos que surgían a partir de la lectura de los relatos.

Esta primera parte se inició con el levantamiento de datos y un análisis exhaustivo de la lectura, línea a línea, del texto transcrito de los audios en formato *word*, interpretando la

experiencia del participante a través de su relato. Esto permitió que la investigadora elaborara una matriz que contenía en la primera columna, los datos interpretativos (código inicial) y en la segunda columna, los datos literales (transcripciones) que se correlacionaban con lo primero. A modo de ejemplo, se detalla a continuación en la Tabla 4.

Tabla 4

Codificación inicial.

Código inicial Datos interpretativos de la investigadora	Transcripción de audios Datos literales
▪ Conformándose a la luz de la acreditación de calidad ▪ Reconociendo esa característica de la acreditación, que indica que los establecimientos de atención primaria tienen que estar adscritos a un comité de ética ▪ Queriendo, como director, generar su propio comité de ética en la comuna (Municipio), a pesar de tener la posibilidad de adscribirse a un comité del hospital o del servicio ▪ Reconociendo que el director comunal (Municipal) consideró quienes podían conformar el comité y fue preguntando uno a uno su interés ▪ Reconociendo que la conformación del comité fue más desde lo normativo gracias a esa característica de la acreditación de calidad	Vocal CEA1: <i>La verdad que la conformación fue como un poco a la luz de la acreditación de calidad. Como que surge en base a eso. Esta característica que indica que los establecimientos de atención primaria tienen que estar adscrito a un comité de ética y el entonces director comunal quiso poder generar su propio Comité de Ética aquí en XX, porque pudiendo tener a lo mejor la oportunidad de adscribirnos al Comité de Ética del Hospital o creo que en el Servicio de Salud, en su oportunidad también tenían uno, el director comunal en esa oportunidad, él quiso tener su propio comité. Entonces, en virtud de quién él consideraba quiénes podían conformar este comité, no fue preguntando 1 a 1 si queríamos formar el Comité y de ahí surgimos nosotros acá en XX. Fue más de lo normativo, de cierta forma. Gracias a esta característica de la acreditación de calidad que surge del Comité acá en XX.</i>

Los códigos iniciales representaron lo que sucedió en el fenómeno estudiado, derivando en la identificación de las acciones en proceso, que nacieron inductivamente y fue el momento para que la investigadora buscara el mayor rango y afinamiento de los significados, a partir de los relatos de las personas, prestando atención cuidadosa y sistemática a los datos, identificando los conceptos claves, códigos *in vivo* y trabajando de manera iterativa y reflexiva con los textos transcritos. Los códigos “se comparan permanentemente, durante todo el proceso de análisis, buscando propiedades y dimensiones, revisando la literatura técnica, y utilizando los *memos* (comentarios

realizados por el o la investigador(a) incrustados en las transcripciones de las entrevistas dado que son fundamentales para contribuir a la interpretación)” (Campillay, 2024, p.122-123).

2. Fase de codificación focalizada y levantamiento de memos

La etapa de codificación focalizada constituyó el segundo momento analítico central siguiendo el enfoque de la Teoría Fundamentada Constructivista. Tras la codificación inicial y el desarrollo de un primer acercamiento abierto a los datos, esta fase permitió profundizar en los conceptos más significativos y recurrentes, seleccionando aquellos códigos que demuestran mayor capacidad explicativa y analítica respecto del fenómeno estudiado. A partir de este proceso, los datos se reorganizaron y compararon de manera sistemática.

El levantamiento de *memos* se integró, paralelamente, desde un inicio, como una herramienta para sostener la reflexividad analítica. Los *memos* permitieron hacer conexiones emergentes entre los códigos, lo que promovió la comparación constante y contribuyó a dar coherencia al proceso de construcción conceptual.

La codificación focalizada fue el proceso por el cual se estudiaron y compararon los códigos iniciales, los cuales fueron clasificados según las preguntas de investigación, para dirigir el análisis inicial hacia direcciones analíticamente más fuertes, sintetizar y conceptualizar los grandes segmentos de datos. Para ello se importaron los archivos en formato *Word*, que contenían las matrices de los códigos iniciales, hacia la plataforma Atlas.ti ®.

A modo de ejemplo se detalla a continuación en la Tabla 5.

Tabla 5.

Clasificación de los códigos iniciales en relación con las preguntas de investigación

Códigos iniciales	Preguntas de investigación a las cuales tributa el código inicial
▪ Reconociendo que durante su periodo el comité se constituyó para efectos de proteger los derechos de los usuarios ▪ Reiterando el impacto positivo del comité en relación con los derechos de los pacientes	¿Qué percepciones tienen los equipos de salud y los usuarios sobre la legitimidad, utilidad y relevancia de los CEA en Atención Primaria?
▪ Identificando a dos o tres miembros de la comunidad que participaban en el comité ▪ Reconociendo que hay más accesibilidad de las personas en los municipios y es donde la gente siente que puede participar	¿Qué factores institucionales, profesionales y comunitarios han facilitado o dificultado la implementación y consolidación de los CEA en Atención Primaria en Chile?
▪ Señalando que la gente no entiende la noción de eutanasia y hay muchos otros conceptos que hay que explicarlos ▪ Reiterando que la atención primaria tiene muchas particularidades que no se ven en la atención secundaria	¿Qué elementos organizativos, normativos y éticos deberían formar parte de un modelo viable de CEA en Atención Primaria orientado a la promoción de derechos en Chile?

De esa manera, se concentraron los códigos iniciales más útiles que respondían a las preguntas de investigación y se pusieron a prueba con los datos interpretativos y literales para concentrarlos en conceptos más abstractos (códigos focales) en la plataforma Atlas.ti®, tal como se muestra en la Tabla 7.

Una vez que los conceptos abstractos fueron clasificados y analizados según las preguntas de investigación, éstas fueron subdivididas en temáticas específicas, lo que facilitó identificar las categorías principales, para incorporar, en matrices, los temas más relevantes de las entrevistas (Mason, 1996). Con ello, se construyeron ocho matrices relacionadas con las siguientes categorías: (1) la legitimidad del CEA-AP; (2) la relevancia del CEA-AP; (3) la utilidad del CEA-AP; (4) las barreras de implementación de CEA-AP; (5) los facilitadores de implementación y desarrollo del CEA-AP; (6) los

elementos normativos del CEA-AP; (7) los elementos organizativos del CEA-AP; y (8) los elementos éticos del CEA-AP. De esta forma, los códigos focales se establecieron como subcategorías. A modo de ejemplo se detalla a continuación en la Tabla 6.

Tabla 6

Codificación focalizada.

CATEGORIA	Barreras en la implementación
Códigos iniciales	Códigos focales (sub-categoría)
▪ Preguntándose por parte de las autoridades de turno cuál es el rol y las funciones de un comité ▪ Reconociendo que está pendiente la sensibilización del trabajo que cumplen los comités ▪ Reconociendo que es una brecha la promoción y la difusión de la actividad del comité ▪ Reconociendo que no se entiende el sentido del comité ▪ Reconociendo que no se entiende bien que el sentido del comité de ética no es juzgar, sino apoyar ▪ Reiterando que no se entiende bien las funciones del comité	Falta de sensibilización institucional respecto a las funciones del CEA-AP
▪ Reconociendo que se hace complejo abrirse a la comunidad ▪ Creyendo que el tema de la participación comunitaria está aún pendiente, pues no se sabe cómo hacerlo	La dificultad del trabajo con la comunidad
▪ Creyendo totalmente insuficiente las reuniones mensuales para que sea efectivo el impacto del comité ▪ Reconociendo que cuesta juntarse para reunir al comité	Escasez de tiempo para cumplir las labores del comité

En esta segunda parte, se relacionan los datos y los códigos, logrando conceptos de mayor poder explicativo (Strauss & Corbin, 2002) y la relación entre ellos (Charmaz, 2025) mientras la investigadora aprendió lo que las experiencias de las categorías representaron. Ella le dio el sentido al dato, sin un marco explícito que guiara las construcciones analíticas de las experiencias de los participantes.

El levantamiento de *memos*, durante todo el proceso de investigación, fue sistemático y basado en las valoraciones, las observaciones y los cuestionamientos experimentados por la investigadora, quien, por su trayectoria profesional, ha experimentado vivencias, contextos y circunstancias similares a las relatadas por los participantes. Esto representó un “privilegio epistemológico” que la convirtió en una “participante-observadora” y le permitió generar datos basados en la interacción social del contexto específico donde ocurrieron (Mason, 1996).

La investigadora estuvo constantemente enfocada en cuestionarse su propia posición en comparación con la de los participantes, en relación con la temática estudiada, a través de la identificación de concordancias, discrepancias y diferentes perspectivas de interés para comprender lo que sostenía su propia perspectiva. Por otra parte, la clasificación teórica, diagramación e interpretación de *memos*, basados en la observación e interpretación de la investigadora, fueron incluidos en el proceso de análisis.

Como parte del proceso de profundización analítica, una vez definidas las categorías resultantes de la codificación focalizada, se procedió a organizar la información en matrices interpretativas que permitieron sistematizar y contrastar los distintos niveles de análisis.

Para cada categoría se construyó una matriz con mayor interpretación de los datos. De ese modo, en la primera columna, se registró el código focal; en la segunda columna, se señala la explicación; en la tercera columna, se muestran los datos literales relacionados; y en la cuarta columna, se registraron los *memos* analíticos de la investigadora.

A modo de ejemplo, se detalla a continuación en la Tabla 7.

Tabla 7

Matriz de análisis según categorías.

Categoría: Barreras en la implementación de los CEA-AP			
Pregunta de investigación: ¿Cuáles BARRERAS identifican los integrantes en la implementación de los CEA en Atención Primaria?			
Código focal (sub-categoría)	Explicación	Citas representativas	Memo analítico
Falta de sensibilización institucional respecto a las funciones del CEA-AP	No hay suficiente conocimiento ni apoyo de las autoridades de la institución a los comités	<i>“Está pendiente la sensibilización del trabajo que cumplen los comités”</i> <i>“Fue difícil que la directora (del CESFAM) accediera (a asignar tiempo para el comité) por las horas médicas (que implica)”</i> <i>“En mi establecimiento nos hemos alejado del tema desde que asumió el nuevo director”</i> <i>“Queda muy sujeto a la autoridad de turno...”</i>	Se reconoce una falta de compromiso con los CEA-AP por parte de autoridades, en gran medida asociada al desconocimiento. Existe una fuerte dependencia de la motivación de la autoridad para que el comité pueda hacer su trabajo. Esto afecta directamente la asignación de recursos y el trabajo del CEA-AP

Finalmente, el análisis incluye una tercera parte que consistió en extraer de las experiencias internacionales, los puntos comparativos con los resultados obtenidos del estudio de los CEA-AP chilenos.

Para el levantamiento de propuesta de las bases de un modelo operativo de implementación de CEA-AP, se consideró el análisis en su conjunto, con un peso mayor en las experiencias relatadas por los participantes, identificando las categorías emergentes en que las que hubo consenso y en las que se difirió, de tal manera, se elaboró una síntesis

integrada. Esta fase permitió hacer una integración entre el marco teórico, el estado del arte y los datos obtenidos, desarrollando una propuesta para Chile.

Para cerrar el análisis, se realizó una integración teórica que consistió en reunir todas las categorías y subcategorías desarrolladas, vincularlas e integrarlas en una teoría cohesionada y coherente respecto a al fenómeno estudiado. La investigadora reconoce que el producto primario de su estudio es una teoría con componentes específicos: un fenómeno central, condiciones causales, estrategias, contextos y consecuencias, los cuales conforman un esquema abstracto analítico de un fenómeno, relacionado con una situación en particular.

Esta integración también implicó un proceso de validación, en el que la investigadora, pone a un lado sus ideas preconcebidas de la unidad de análisis, volviendo a los datos y comprobando que su teoría se ajusta a ellos y los explica a través de las voces de los informantes.

La investigadora comprendió las diversas perspectivas detrás de su acercamiento, especialmente el concepto de estudiar cómo los participantes experimentan el fenómeno estudiado. Con ello, se responden las preguntas de investigación y se desarrolla una teoría relacionada de cerca al contexto del fenómeno bajo estudio, en proceso de zigzag: entrando y saliendo del campo para obtener información y analizar los datos (Creswell, n.d.).

En el marco del proceso de redacción y refinamiento del texto final, se emplearon herramientas de apoyo destinadas a fortalecer la claridad expositiva y de traducción de idiomas extranjeros.

Durante la preparación del manuscrito final la investigadora usó ChatGPT (versión gratuita). En todo momento, la investigadora revisó y editó el contenido, según fue necesario, y asume plena responsabilidad por el contenido de esta tesis.

3. Comités de Ética especializados en AP a nivel internacional

La Atención Primaria (AP) ha sido histórica y mundialmente reconocida como un pilar fundamental para los sistemas de salud con bases de justicia social y equidad, ya que la evidencia ha demostrado su asociación con una distribución más equitativa de los recursos sanitarios, en contraste con la atención especializada (Starfield et al., 2005).

Como primer punto de contacto entre la población y los servicios sanitarios, la AP se establece en contextos próximos a la realidad de las personas, sus familias y la comunidad. Entre sus características distintivas, se destacan la longitudinalidad en la atención y la perspectiva global del paciente, facilitando una conexión más directa con las necesidades y los valores de las personas usuarias (Rosas et al., 2013). Esto implica un cuerpo de conocimiento y conflictos éticos que difieren de la atención hospitalaria, y que requieren una observación meticulosa y rigurosa (Pérez, 2016).

Los servicios de apoyo en ética clínica o asistencial fueron creados con el objetivo de apoyar a los profesionales de salud en la gestión de cuestiones éticas controvertidas, que afectan su práctica y abarcan distintas modalidades: consultas éticas, grupos de reflexión y comités, siendo su objetivo común, el promover la deliberación estructurada de dilemas. Entre ellos, los Comités de Ética Clínica constituyen la forma más representativa. Aunque el número de publicaciones respecto a ellos es extenso, aún está pendiente la evaluación de su efectividad en la práctica (Crico et al., 2021; Karlsen, 2023).

La revisión sistemática de Crico et al. (2021), centrada en experiencias hospitalarias, sugiere que estos comités tienen un impacto positivo en el personal sanitario y en las instituciones. Por su parte, la revisión de Arya et al. (2025), en relación con los comités de ética extrahospitalarios, indica que, si bien son reducidos en número, tienen un gran potencial para mejorar la prestación de la atención médica en entornos ambulatorios, pero comparte que se requiere más trabajo para evaluar su impacto.

La mayoría de los estudios sobre comités de ética se centra en la práctica hospitalaria, con un reducido número de publicaciones científicas sobre servicios de apoyo ético en contextos extrahospitalarios, comunitarios o de AP (Altisent et al., 2019; Arya et al., 2025). Sin embargo, cabe mencionar a países como España, Noruega, México y Chile, que han documentado experiencias concretas de comités especializados en deliberaciones de temas propios de la AP (Altisent & Espíldora, 2001; Campillay & Nadal, 2025; CEAAPICS, 2016; Karlsen et al., 2024; León et al., 2010; Magelssen et al., 2021; Nadal & Campillay, 2024; Solari & Escobar, 2009; Vicenteño & Consejo, 2025).

Las experiencias publicadas muestran que los CEA en AP representan una herramienta única para identificar y abordar los conflictos éticos de la atención ambulatoria y comunitaria, pero dependientes de una organización sólida, del apoyo institucional y de la formación ética de los profesionales. Estudios internacionales y nacionales coinciden en que ellos fomentan la deliberación, la formación, el respeto por los derechos de los pacientes y fortalecen la atención centrada en la persona (Campillay & Nadal, 2025; Magelssen et al., 2021; Magelssen & Karlsen, 2022; Nadal & Campillay, 2024; Vicenteño & Consejo, 2025), pero requieren condiciones estructurales que eviten depender únicamente del compromiso individual (Karlsen et al., 2024).

Considerando las publicaciones encontradas, es factible afirmar que los conflictos éticos en AP, no coinciden necesariamente, con los del nivel hospitalario, siendo especialmente relevante el contexto donde se delibera y las temáticas propias que enfrentan los equipos, por ello la necesidad de reflexiones situadas en la realidad específica de la salud primaria (Cárdenas et al., 2025; CEAAPICS, 2016; Clark-Grill, 2016; Cox et al., 2021; Forcino et al., 2024; Giannetta et al., 2021; González-de Paz, et al., 2014; Hudgins et al., 2013; Karampatakis et al., 2023; Karlsson et al., 2013; Lillemoen & Pedersen, 2013; Longo et al., 2016; Silvia et al., 2021; Magelssen et al., 2020; Papanikitas et al., 2014; Perinchery-Herman, 2023; Reiter & Runyan, 2013; Roest & Leget, 2023; Smith et al., 2023; Spicer et al., 2021; Stapleton et al., 2014; Thiersch et al., 2019; Torry, 2017; Tunzi et al., 2021; Ulrich et al., 2014; Whitt et al., 2016). En un escenario de crisis sanitaria, como la pandemia por COVID 19, también hubo conflictos éticos en la AP, por lo que es un área donde la ponderación de valores no debiera quedar desatendida (Craviotto, 2022; Fisher et al., 2024; Ganau et al., 2023; González & Feltre, 2020; Jiménez et al., 2022; Macías, 2022; Rojas et al., 2022; Segura, 2020).

En la toma de decisiones, tanto por el modelo de atención como por los factores valorativos, la literatura internacional hace hincapié en la pertinencia de servicios de apoyo en ética asistencial en AP, orientados a la creciente participación de profesionales, pacientes y familias en decisiones con implicaciones éticas de ese nivel (Altisent & Espírola, 2001; Lillemoen & Perdersen, 2015; Silva et al. 2021; Slowther, 2009).

Poco a poco, la bioética encuentra un camino para institucionalizarse en la AP (León et al., 2010) mediante el mecanismo de comités recomendado en la Declaración Universal sobre Bioética y los Derechos Humanos de la UNESCO (2005a), al promoverlos y apoyarlos, al nivel que corresponda, logrando características de independencia, multidisciplinariedad y pluralismo. Al mismo tiempo, es necesario explorar cómo los análisis éticos y las recomendaciones, contribuyen a la atención centrada en las personas (Braddock et al., 2013).

La bioética y la AP tienen una relación poco explorada. Mientras los equipos de salud requieren la ayuda de la bioética para garantizar la calidad y la excelencia asistencial, la bioética debe reconocer un campo de desarrollo en la Medicina de Familia y en la AP en general, para abordar los problemas cotidianos. Sin embargo, aún no existe la presión suficiente para que los servicios de AP tengan comités de ética para asesorar a los médicos, pacientes y familias sobre las difíciles decisiones éticas que surgen en la práctica en ese contexto de cercanía y cotidianidad (Slowther, 2009; Taiwo, 2024). Esto se muestra ante la falta de un marco normativo que lo sostenga a largo plazo (Karlsen et al., 2024).

A pesar de lo anterior, se cuenta con experiencias de CEA-AP, como mecanismos diferenciados de lo hospitalario en materias de ética asistencial, orientados tanto a la resolución de casos y consultas, como a la formación, asesoría y reflexión colectiva. A nivel internacional, las publicaciones y páginas *web* propias, muestran modelos innovadores de implementación y desarrollo, con aprendizajes sobre su viabilidad, participación y sostenibilidad (CEAAPICS, 2016, 2018a, 2018b, 2020, 2021; Servei de Salut Atenció Primària de Mallorca, n.d.; Magelssen et al., 2020; Nadal & Campillay, 2024; Solari & Escobar, 2009).

En Europa, destacan experiencias en España y Noruega. En España, se ha publicado respecto al Comité Asesor de Bioética de Atención Primaria (CAB) de Zaragoza en Aragón (1997), el cual constituyó un referente pionero (Altisent & Espíldora, 2001). Posteriormente, desde el 2003, en Cataluña, el CEA-AP (CEAAPICS) ha jugado un papel importante, institucionalizando la ética asistencial mediante la formación, la producción de documentos, la asesoría ética y la generación de redes, abordando dilemas propios de la AP catalana. El Comité de Ética Asistencial de Atención Primaria (Servei de Salut Atenció Primària de Mallorca, n.d.) en Islas Baleares, es otro ejemplo. Este se consolidó como un órgano autónomo y consultivo, desarrollando funciones de asesoría en conflictos de ética asistencial; elaboración de orientaciones preventivas; promoción de formación e investigación; y resguardo de la confidencialidad.

Por su parte, en Noruega, se combinó un programa de sensibilización y capacitación, con un piloto dirigido por una institución universitaria, que evaluó la viabilidad de CEA-AP y de Grupos de Reflexión Ética a nivel de servicios de AP de administración municipal (Magelssen et al., 2016).

En América Latina, países como México y Chile han desarrollado experiencias de CEA con enfoque en AP. En México, el proyecto piloto CBPNA (Comité de Bioética del Primer Nivel de Atención) integra la participación local, la capacitación dirigida y un enfoque multidisciplinario (Vicenteño & Consejo, 2025). En Chile, el desarrollo se ha impulsado, localmente, a nivel municipal, vinculado a procesos normativos de acreditación de establecimientos de salud en calidad y seguridad del paciente (Nadal & Campillay, 2024; Solari & Escobar, 2009).

En conjunto, la revisión internacional y nacional, que a continuación se describirá, demuestra elementos diferenciales y factores comunes que se han dado en los distintos países, para implementar y sostener servicios de apoyo en ética asistencial especializados en AP.

3.1 La trayectoria comparada entre Comunidades Autónomas en España

El sistema sanitario en España se transformó profundamente con la reorganización del Estado en 17 Comunidades Autónomas, dotadas de amplia autonomía legislativa y ejecutiva. La Ley General de Sanidad de 1986 configuró el Sistema Nacional de Salud bajo los principios de cobertura universal con acceso gratuito; financiación pública mediante, impuestos generales; integración de redes asistenciales; descentralización político-administrativa y un renovado modelo de AP enfocado en la promoción, prevención y rehabilitación, además de su función de puerta de entrada al sistema (Dedeu et al., 2015).

La descentralización sanitaria se implementó de manera progresiva, primero en Cataluña (1981), Andalucía (1984) y el País Vasco (1987), seguida de traspasos parciales a otras Comunidades Autónomas hasta que, en 2002, se completó la transferencia de los servicios gestionados por el Instituto Nacional de Salud (INSALUD). Este proceso permitió el desarrollo de marcos regulatorios propios y una diversidad de modelos autonómicos de provisión de AP, manteniéndose, no obstante, los principios básicos definidos por la legislación estatal. La AP se organiza en centros de salud con equipos multidisciplinares y adscripción territorial. La cartera de servicios de la AP abarca actividades de promoción, prevención, diagnóstico y seguimiento de enfermedades crónicas, además de cribados específicos y atención domiciliar y comunitaria (Dedeu et al., 2015).

En el caso de España, se seleccionaron tres Comunidades Autónomas que implementaron CEA con especialización en AP. Esta selección se debe al acceso abierto de sus actividades, en publicaciones científicas o páginas *web*. Cabe mencionar que en Cataluña se registra el primer Comité de Ética Asistencial del país, desde 1974, en el Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona. La iniciativa de los CEA-AP, según lo publicado, fue muy posterior, a partir de los años noventa.

A continuación, se describe la experiencia de Aragón, Cataluña e Islas Baleares.

3.1.1 Comunidad Autónoma de Aragón

En 1997, en el marco de una iniciativa promovida por la Subdirección General de Atención Primaria del Instituto Nacional de Salud (INSALUD), se constituyó el Comité Asesor de Bioética de Atención Primaria (CAB)⁴⁰. Su creación fue impulsada, inicialmente, por la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) y por la Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista (SEMERGEN). Este comité comenzó a funcionar en un área de salud de Zaragoza que abarca una población aproximada de 550.000 habitantes.

El CAB se reunió por primera vez en 1999. En su fundación se siguieron las pautas de la normativa dictada por el INSALUD para su constitución. Posteriormente, se informó a los profesionales de todos los estamentos, mediante una carta personal, los objetivos, el funcionamiento del CAB y el procedimiento de incorporación de sus miembros. Esto fue abierto a todos los que lo solicitaron. Entre las tareas desarrolladas por el CAB de Zaragoza, se identificaron temas éticos de amplia prevalencia, así como la tendencia a que los casos consultados, por tratarse de situaciones subagudas o crónicas, permitieran un período de reflexión mayor que la experiencia hospitalaria, muy coherente con la experiencia propia de la AP (Altisent & Espírola, 2001).

De las actividades desarrolladas por el CAB, entre 1999 y 2001, cabe mencionar en relación a lo consultivo, inquietudes respecto a la confidencialidad en el suministro de reflectómetros a los pacientes; las relaciones con la industria farmacéutica; la gestión de la incapacidad temporal y relación con las mutuas; las condiciones de la residencia de ancianos; las listas de espera en especialidades; el consentimiento informado; la limitación del tratamiento en domicilio de un enfermo en situación terminal por decisión de la familia; entre otros (Altisent & Espíldora, 2001).

Dentro de las actividades formativas se realizó un curso de introducción a la bioética para los miembros del comité sin formación previa, un taller sobre confidencialidad dirigido a personal de los servicios de admisión y una jornada sobre aspectos éticos y legales de la propiedad de la historia clínica (Altisent & Espíldora, 2001).

⁴⁰ Decreto n° 96/2013, de 28 de mayo, del Gobierno de Aragón, por el que se regula el Comité de Bioética de Aragón y los Comités de Ética Asistencial de la Comunidad Autónoma de Aragón

El CAB dejó de funcionar desde la aparición del Decreto n.º 96 (2013) que regula los CEA en Aragón. Según éste, podrán constituirse al menos un CEA por cada sector de salud, con sede en el hospital de referencia de cada sector y que ejercerá sus funciones respecto a la totalidad de los centros sanitarios y sociales que, careciendo de uno propio, estén ubicados en su área.

Con esa situación, surgió la interrogante si el modelo de apoyo en ética clínica para la AP debía ser separado del hospital. Para responder, esto los investigadores de esta experiencia señalaron la relevancia de las características de tamaño y la estructura del territorio sanitario, pero también de lo decisivo que fueron las circunstancias históricas del grupo de profesionales que promovió la constitución del CAB (Altisent & Espíldora, 2001). Todas las opciones se consideraron abiertas, lo que permitió aconsejar que hicieran un ejercicio de prudencia y flexibilidad, al legislar sobre esta cuestión con ocasión de la culminación de las transferencias en materia de sanidad. Sin embargo, hubo dos puntos en los que fue recomendable establecer criterios bien determinados: la dotación de recursos y la evaluación de los comités.

Según información publicada con fecha de actualización el 23 de octubre del 2024, de los nueve CEA acreditados en Aragón, ocho están funcionando en hospitales y uno está funcionando en un centro neuropsiquiátrico (Gobierno de Aragón, 2024).

Esta experiencia ilustra cómo en un caso, ciertas condiciones institucionales, organizativas y profesionales pueden favorecer o, en contraste, limitar la consolidación de los Comités de Ética Asistencial en AP. A partir de dicha revisión, es posible identificar un conjunto de fortalezas y debilidades que permiten comprender las dinámicas que influyeron en su trayectoria y que, al mismo tiempo, ofrecen aprendizajes relevantes para otros contextos.

En síntesis, la experiencia desarrollada en la Comunidad Autónoma de Aragón se constituye como un referente, al comprender las posibilidades asociadas a la implementación de CEA para la AP. Entre sus principales fortalezas se reconoce, en primer lugar, el decidido impulso institucional y profesional, así como la participación abierta de distintos actores. Destaca también, el desarrollo de un trabajo sistemático que

incorporó procedimientos claros y coherentes con las necesidades específicas de la AP. Atención Primaria. Pese a estos elementos positivos, la experiencia también evidencia importantes debilidades, entre ellas, resulta relevante el cese del funcionamiento del comité como consecuencia de la entrada en vigor de una nueva normativa. Se observa una marcada dependencia de circunstancias históricas asociadas a la motivación y liderazgo de determinados profesionales. A estas limitaciones se suman la falta de una integración normativa consolidada, la ausencia de recursos claramente establecidos para su operación, la carencia de mecanismos de evaluación que permitan monitorear su desempeño y la persistencia de un desbalance territorial (Tabla 8).

Tabla 8

Fortalezas y debilidades del modelo de CEA-AP en Aragón.

Fortalezas	Debilidades
• Impulso institucional y profesional: El CAB surgió gracias a la iniciativa conjunta de la Subdirección General de Atención Primaria (INSALUD) y sociedades científicas (semFYC, SEMERGEN), lo que le dio legitimidad y respaldo. • Participación abierta, pues se invitó a todos los profesionales mediante una carta personal, fomentando inclusión y pluralidad. • Trabajo sistemático: Abordaron casos éticos relevantes y prevalentes en AP	• Cese de funcionamiento: El CAB dejó de operar, lo que muestra dificultades de sostenibilidad en el tiempo. • Dependencia de circunstancias históricas, pues su origen estuvo muy ligado a la motivación de un grupo de profesionales concretos, sin institucionalización suficiente. • Falta de integración normativa: La regulación posterior (Decreto 96/2013) se centró en comités hospitalarios, relegando o invisibilizando la especificidad de la AP.

• Enfoque adaptado a la AP: Se trataron problemas de carácter subagudo y crónico, coherentes con la práctica en AP • Actividades formativas, que fortalecieron competencias en bioética entre profesionales sin formación previa. • Los espacios de reflexión diferenciados, generó una identidad propia, distinta de los comités hospitalarios, más cercana a la realidad de la AP.	• Carencia de recursos: Se identificó la dotación de recursos como un punto crítico que no se resolvió adecuadamente. • Ausencia de mecanismos de evaluación: Aunque se señaló como necesario, no se consolidaron procesos de evaluación de los comités. • Desbalance territorial: En la actualidad (2024), casi todos los CEA acreditados en Aragón están en hospitales (8 de 9), lo que refleja marginalidad de la AP.
---	---

3.1.2 Comunidad autónoma de Cataluña

El Comité de Ética Asistencial de Atención Primaria del Instituto Catalán de Salud (ICS) declara constituir un grupo de personas vinculadas laboralmente al ICS y a la Facultad de Filosofía de la Universidad de Barcelona. Su historia comienza con la acreditación del CEA de AP del Instituto Universitario de Investigación en Atención Primaria (IDIAP) Jordi Gol en el 2003. Posteriormente, en 2013, el CEA de AP del IDIAP Jordi Gol se adscribe al ICS pasando a denominarse “Comité de Ética Asistencial en Atención Primaria del ICS” (CEAAPICS), con el objetivo de seguir trabajando conjuntamente por la ética asistencial de la AP de Cataluña.

En su primer año, este comité se propuso la iniciativa de ofrecer, a todos los Servicios de Atención al Público (SAP) de Cataluña, una oferta docente con los problemas éticos respecto a cuidados de final de la vida, a la continuidad de los cuidados y a la

confidencialidad. Además, se perfiló el diseño de la página *web* del comité, con la cual se promovió la participación y el contacto con los profesionales de la AP.

En el ámbito de la gestión, el CEAAPICS identificó algún aspecto organizativo para promover un mejor desempeño de algún derecho o deber de los ciudadanos que utilizan los servicios, de esa manera, se realizaron dos alertas de gestión: una en relación con la entrada de los inmigrantes en el sistema, y la otra para recoger las Voluntades Anticipadas en las historias clínicas electrónicas. Además, se diseñó y realizó un curso básico de bioética de 20 horas dirigido a miembros o futuros miembros del comité, actividad relevante para sacar adelante la iniciativa de los debates en bioética.

En los siguientes 11 años, se promedió un total de 6 reuniones anuales, abordando nuevas temáticas, entre otras: Consentimiento informado en la hoja de colonoscopias y pruebas de radiodiagnóstico; la nutrición enteral en enfermos geriátricos terminales; la seguridad informática; los incentivos a farmacia; las consultas a la Asesoría Jurídica por parte de los profesionales, etc. Las principales actividades se muestran en la Tabla 9.

Tabla 9

Actividades del CEA-AP de Cataluña entre los años 2015 y 2022.

Año de la memoria	Reuniones ordinarias	Reuniones extraordinarias	Cantidad de casos, consultas y asesoramientos	Temas abordados
2015	6	1	9	9
Temas abordados: • Confidencialidad a contactos VIH • Borrar datos de la Historia Clínica • Administración de vacunas que no están en el calendario vacunal • Evaluación del Código Ético Corporativo • Consentimiento Informado • Medicina en el entorno penitenciario • Vacunas: desacuerdo entre los padres; Dudas vacuna papiloma • Eutanasia y Atención paliativa • Confidencialidad de datos clínicos				

Año de la memoria	Reuniones ordinarias	Reuniones extraordinarias	Cantidad de casos, consultas y asesoramientos	Temas abordados
2016	7	0	16	13

Temas abordados:

- Confidencialidad de datos clínicos
- Diabetes en tratamiento por endocrinólogo público e inmunólogo privado
- Vacunaciones pediátricas
- Rechazo tratamiento paliativo
- Rechazo de derivación al especialista
- Acreditación de los EAPS⁴¹ y medida de los estándares de ética
- Tratamiento fertilidad y VIH
- Medicación y Alzheimer
- Persona menor de edad que administra medicación a su madre con enfermedad grave
- Petición de la madre para eliminar datos de los documentos sanitarios de su hija menor
- Petición de información del ingreso de un paciente sin su consentimiento
- Padres que piden utilizar semen de su hijo muerto
- Añadir diagnóstico de VIH en el eCAP⁴²

Año de la memoria	Reuniones ordinarias	Reuniones extraordinarias	Cantidad de casos, consultas y asesoramientos	Temas abordados
2017	6	0	19	19

Temas abordados:

- Rechazo asistencia y sospecha de incapacidad por parte de los familiares de la paciente
- Madre pide estudio analítico de tóxicos al hijo de 17 años
- Paciente se niega a realizar tratamiento VIH e informar a la pareja
- Maestra de escuela pide información de salud de su alumno
- Información sobre aspectos éticos, legales y protocolos actuación en VIH
- Confidencialidad y estudiantes
- Atención al ciudadano en huelga de hambre

⁴¹ Equipos de atención psicosocial

⁴² Programa de historia clínica informatizada

- Consentimiento informado ¿Hasta dónde?
- Información del estado de salud en la hoja de derivación
- Incumplimiento de los deberes de los usuarios
- Equidad en los horarios
- Descalificación de compañeros
- Información de resultados por parte del personal
- Ocultar información en paciente VIH
- Variables de sexualidad y registro en eCAP
- Nuevos equipos atención domiciliaria
- Uso del pañuelo (Hiyab) por los trabajadores de AP
- Registro diagnóstico VIH en la historia clínica
- Maternidad Subrogada

Año de la memoria	Reuniones ordinarias	Reuniones extraordinarias	Cantidad de casos, consultas y asesoramientos	Temas abordados
2018	No publicado	No publicado	No publicado	
2019	No publicado	No publicado	No publicado	
Año de la memoria	Reuniones ordinarias	Reuniones extraordinarias	Cantidad de casos, consultas y asesoramientos	Temas abordados
2020	3	0	13	11

Temas abordados:

- Confidencialidad y responsabilidad del tratamiento para dejar de beber
- Denuncia de paciente falta aviso equipo MEAP
- Autorización salida niño parálisis cerebral en época de confinamiento
- Relación casas comerciales con profesionales y direcciones AP
- Consentimiento informado del paciente para realizar videoconferencia
- Revisión y renovación de prescripciones de residentes geriátricos por médicos clínicos en situación de urgencia
- Obligación a aceptar imposición períodos de vacaciones y traslados de profesionales; Acceso a los centros en época de pandemia por COVID 19
- Reflexiones y decisiones sobre los adolescentes y niños en época de COVID 19
- Acompañamiento de los padres durante pruebas PCR en las escuelas

• Paciente con VIH y sífilis que no informa a su pareja • Paciente diabético y absentismo escolar de los hijos por miedo a contagio COVID 19				
Año de la memoria	Reuniones ordinarias	Reuniones extraordinarias	Cantidad de casos, consultas y asesoramientos	Temas abordados
2021	5	0	12	21
Temas abordados: • Cribado en pediatría por parte de enfermera. • Protocolo en la toma de decisiones al final de vida entorno residencial • Compartir diagnósticos confidenciales • ¿Es ético y legal forzar a vacunarse a una persona incapacitada parcialmente • Consulta de una Historia Clínica desde otro centro • Comunicados oficiales ante paciente negacionista de COVID • Voluntad del paciente y derecho de información de los hijos • Paciente de salud mental solicita derecho ayuda a morir • Eliminar de Mi Salud⁴³ diagnóstico importante y persistente • Acceso Unidad Pediatría Social Confidencialidad y tratamiento de datos sanitarios de menores de edad • Límites y pautas de actuación con menores de edad en CJAS⁴⁴ • Petición de eutanasia para una paciente no capacitada de hecho y sin DVA⁴⁵ • Petición eutanasia paciente no atendido en ICS⁴⁶ empadronado en Estado Español pero residente en Francia • Dudas jurídicas legales sobre indicaciones autorizadas de medicamentos originales y genéricos • Director de EAP⁴⁷ vulnera la intimidad médico-paciente • Falta de igualdad en los criterios para conceder pruebas y problemas derivaciones a especialistas • Flujos información desde salud primaria hacia especialistas • Datos confidenciales a listados públicos por oposiciones • Organización y ética en las derivaciones de salud primaria hacia el hospital • Alertas de pacientes sin vacunación contra COVID • Petición de modificación del informe médico aportado en proceso judicial				

⁴³ “Meva Salut” (en catalán) es un espacio personal de salud digital que permite relacionarse de manera no presencial con el Sistema de Salud de Cataluña.

⁴⁴ Centro Joven de Atención a las sexualidades

⁴⁵ Documento de Voluntades Anticipadas

⁴⁶ Instituto Catalán de Salud

⁴⁷ Asesoramiento y orientación psicopedagógica, son un servicio de apoyo psicopedagógico y social en los centros educativos y en la comunidad educativa.

- Consentimiento de ambos progenitores para derivar a un hijo menor de edad en CSMIJ⁴⁸

Año de la memoria	Reuniones ordinarias	Reuniones extraordinarias	Cantidad de casos, consultas y asesoramientos	Temas abordados
2022	7	0	14	14

Temas abordados:

- Consulta de una HC⁴⁹ desde otro centro
- Comunicados oficiales ante paciente negacionista de COVID⁵⁰
- Voluntad del paciente y derecho de información de los hijos
- Paciente de salud mental solicita derecho ayuda a morir
- Eliminar de Mi Salud diagnóstico importante y persistente
- Acceso Unidad Pediatría Social Confidencialidad y tratamiento de datos sanitarios de menores de edad
- Límites y pautas de actuación con menores de edad en CJAS
- Petición de eutanasia para una paciente no capacitada de hecho y sin DVA
- Petición eutanasia paciente no ICS empadronado en Estado Español pero residente en Francia
- Dudas jurídicas legales sobre indicaciones autorizadas de medicamentos originales y genéricos
- Director de EAP vulnera intimidad médico-paciente
- Falta de igualdad en los criterios para conceder pruebas y problemas derivaciones a especialistas
- Flujos información desde salud primaria hacia especialistas
- Datos confidenciales a listados públicos por oposiciones.

Nota:

Elaboración propia de un resumen de los temas abordados y la cantidad de reuniones, casos, consultas y asesoramientos del CEA según información obtenida de las memorias anuales publicadas (CEAAPICS, n.d.)

En líneas generales, el comité recibió 169 consultas entre el 2002 y el 2022; ha organizado jornadas de capacitación ética en AP, siendo la primera de estas realizada en el 2016, cuyo tema central fue la confidencialidad; y otras instancias en conjunto con el Grupo de

⁴⁸ Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil

⁴⁹ Historia Clínica

⁵⁰ Enfermedad por coronavirus (COVID-19)

Ética de Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària que tuvo lugar en noviembre del 2011.

Varios integrantes del CEAAPICS han participado en diversos eventos con algunas ponencias, por nombrar algunos: las XII Jornadas de la Sociedad Balear de Medicina Familiar y Comunitaria titulada "Los valores en la Atención Primaria"; y la participación en Jornadas de Comités de Ética Asistencial de Cataluña. La participación de sus integrantes ha sido activa en reunirse con los grupos de ética establecidos en el territorio, creando además una red de ética.

El comité ha publicado recomendaciones, boletines y material bibliográfico en la página *web*, dos libros de casos en el 2016 y el 2018; y ha conformado grupos de trabajo en temáticas específicas, por ejemplo, sobre el entorno penitenciario y la eutanasia.

Durante el periodo de pandemia, el comité siguió participando en encuentros con otros grupos de ética de Cataluña. Ejemplo de ello fue la Jornada de Ética de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària con la ponencia: "La pandemia, el poder (también el poder profesional) como excusa para conculcar derechos de ciudadanía y derechos de los pacientes". Además, el comité publicó un documento respecto a lo vivido durante la pandemia (CEAAPICS, 2020).

En el 2021, luego de promulgada la Ley de despenalización de la Eutanasia y ante los modelos de despliegues de las Comunidades Autónomas, el CEAAPICS colaboró en la divulgación, difusión y puesta en marcha de este proceso. El grupo trabajó en la elaboración de un documento respecto a la Eutanasia en la Atención Primaria (CEAAPICS, 2021).

El CEAAPICS ha logrado sostener en el tiempo un trabajo sistemático y coherente, consolidando una trayectoria que le otorga legitimidad y reconocimiento. Del mismo modo, en contraste con otras experiencias que vieron limitado su funcionamiento durante el periodo de pandemia, el comité catalán permaneció activo, adaptándose a las circunstancias y manteniendo su rol deliberativo y formativo, en un contexto crítico. Esta capacidad de continuidad, resiliencia y arraigo institucional convierte al comité, en un

referente para la AP mundial, ofreciendo un modelo de implementación, desarrollo y consolidación de un Comité de Ética Asistencial especializado en AP.

Esta experiencia catalana se destaca por su trayectoria y continuidad; la legitimidad institucional alcanzada; la producción intelectual y formativa; la capacidad deliberativa y respuesta a las consultas; el rol formador; establecer trabajo en red de colaboración; la resiliencia en crisis, y el reconocimiento externo. Como debilidades se identifican: las limitaciones de su difusión; la carga de trabajo concentrada; el enfoque principalmente profesional; la visibilidad externa desigual, y la dependencia institucional (Tabla 10).

Tabla 10

Fortalezas y debilidades del modelo CEA-AP en Cataluña.

Fortalezas	Debilidades
• Trayectoria y continuidad, activo desde 2003, con más de 20 años de funcionamiento ininterrumpido. • Legitimidad institucional, acreditación formal y adscripción al ICS (2013), lo que le da respaldo • Producción intelectual y formativa, elaboración de recomendaciones, dictámenes, alertas de gestión, boletines, libros de casos (2016 y 2018) y documentos temáticos • Capacidad deliberativa y respuesta a consultas, 169 consultas recibidas (2002-2022) con temáticas variadas y relevantes	• Limitaciones de su difusión, aunque cuenta con una página <i>web</i>, no cuenta con publicaciones científicas • Carga de trabajo concentrada, promedio de solo 6 reuniones anuales, lo que puede ser insuficiente frente a la magnitud de su trabajo. • Enfoque principalmente profesional, por poca evidencia de participación de pacientes o familiares en la deliberación.

• Rol docente y formador, cursos básicos de bioética, jornadas regionales, colaboraciones con sociedad científica. • Red de colaboración, vínculo con grupos de ética territoriales y participación en red • Resiliencia en crisis, mantuvo actividades durante la pandemia de COVID-19 • Reconocimiento externo, participación en congresos y jornadas de ética consolidando su influencia.	• Visibilidad externa desigual, producción relevante, pero limitada en comparación con su larga trayectoria (publicaciones sistemáticas aparecen recién en el 2016). • Dependencia institucional, al estar vinculado estrechamente al ICS, puede enfrentar presiones en casos que afecten directamente las políticas del mismo organismo.
---	--

3.1.3 Comunidad autónoma de Islas Baleares

La Constitución del Comité de Ética Asistencial de la AP de Mallorca, COMETA-AP, surge en 2017 como respuesta a una necesidad institucional explícita detectada por la Gerencia de Atención Primaria de Mallorca (GAPM). La convocatoria pública y la elaboración participativa de un reglamento interno expresaron un esfuerzo por dotar a la AP de un órgano independiente, autónomo y consultivo, que garantice la legitimidad y accesibilidad a profesionales y personas usuarias (Servei de Salut Atenció Primària de Mallorca, n.d.).

El reglamento interno dotó el comité de un marco institucional robusto, con objetivos que trascienden en la mera resolución de conflictos, al situar la reflexión ética, la formación de profesionales y la humanización de la atención, como ejes estratégicos. Este planteamiento refleja un entendimiento amplio de la bioética aplicada, concedida no sólo

como herramienta de respuesta a dilemas puntuales, sino también como dispositivo para reforzar la calidad asistencial, el respeto de derechos y la promoción de valores organizacionales.

Las funciones asignadas al comité son la protección de la dignidad, el asesoramiento ético, el desarrollo de protocolos preventivos, la promoción de la formación, la investigación y la elaboración de memorias anuales. El cumplimiento efectivo de este mandato exigió una capacidad operativa, recursos humanos diversos y un reconocimiento institucional sostenido.

En cuanto a su composición, la inclusión de perfiles heterogéneos, entre profesionales sanitarios, sociales, jurídicos, administrativos y una persona externa sin vínculos con el sistema de salud, apuntó garantizar pluralidad y equilibrio en la deliberación. No obstante, la exigencia mínima de reuniones y la posibilidad de acuerdo por mayoría simple podrían limitar el carácter profundamente consensual y deliberativo, que se proclamó como principio rector.

El reglamento también reguló mecanismos de acceso y de tramitación de casos, y plazos definidos para la emisión de recomendaciones, aportando formalidad y previsibilidad. Así también, se reconocen garantías institucionales esenciales, como la protección de la confidencialidad, la dotación presupuestaria y la obligación de rendición de cuentas, mediante memorias anuales. Estas disposiciones refuerzan la legitimidad y la sostenibilidad del comité, aunque dejan abierta la cuestión de la suficiencia de los recursos asignados y de la real incidencia de sus recomendaciones en la práctica asistencial.

En resumen, el modelo normativo del COMETA-AP refleja un diseño institucional cuidadoso, alineado con estándares bioéticos contemporáneos, pero también enfrenta resistencias estructurales comunes a los CEA en AP, tales como el desafío de compatibilizar la pluralidad deliberativa con la eficacia operativa, asegurar continuidad de funcionamiento más allá de la voluntad inicial de sus impulsores y traducir sus recomendaciones en cambios tangibles en la práctica clínica y organizacional.

Respecto a la trayectoria del COMETA-AP, se analizaron las memorias anuales entre el 2017 y el 2022 (Servei de Salut Atenció Primària de Mallorca, n.d.), lo que permitió

identificar cuatro grandes etapas: la conformación inicial, la institucionalización, la adaptación a la pandemia y la reconfiguración post pandémica.

En la fase de conformación inicial, el comité se constituyó con una composición plural, aunque con predominio de médicos de familia, y se orientó a su propia capacitación, explorando métodos deliberativos, análisis de casos y aspectos legales de la práctica asistencial. Seguido paralelamente, el comité desarrolló una estrategia de visibilidad mediante la elaboración de guías, publicaciones y la organización de la primera jornada de bioética en Mallorca. Esta etapa evidencia un énfasis en la formación interna y la legitimación externa de la existencia del comité.

La fase de institucionalización estuvo marcada por la publicación del Decreto n.º 3 (2019) que formalizó la creación y acreditación de los comités asistenciales en Islas Baleares. El comité se integró así, en un marco normativo que reforzó su posición institucional. En este contexto, amplió su radio de acción con el desarrollo del grupo de trabajo sobre “Voluntades Anticipadas”⁵¹, en colaboración con la dirección General de acreditación, docencia e investigación en salud, lo que denota un tránsito desde el aprendizaje inicial hacia la producción de aportes éticos aplicados a la práctica clínica.

La fase de adaptación a la pandemia, entre 2020 y 2021, supuso un desafío inédito para el comité. Si bien la virtualidad permitió mantener cierta continuidad, la sobrecarga asistencial impactó en la capacidad de consulta y de deliberación. En el 2020, el comité demostró resiliencia al elaborar recomendaciones específicas vinculadas a la crisis sanitaria, como la comunicación con familiares de pacientes hospitalizados por COVID-19, y el integrarse en grupos de trabajo sobre eutanasia y acceso a historias clínicas. No obstante, en el 2021 se evidenció una caída en la demanda de asesoramiento ético, lo que se tradujo en ausencia de consultas, reflejando el predominio de la urgencia asistencial sobre la deliberación ética.

En el año 2022 comienza la reconfiguración pospandémica. Esta estuvo marcada por una disminución en la asistencia de sus integrantes y por la necesidad de reposicionarse tras

⁵¹ Documento de Voluntades Anticipadas

la pandemia. La participación en jornadas y la publicación de un informe sobre discapacidad intelectual, mostraron un intento por recuperar espacios de reflexión colectiva y de producción de conocimiento, aunque con un menor nivel de cohesión interna.

La evolución del comité revela un tránsito desde la autoformación y la búsqueda de legitimidad, hacia la institucionalización normativa y la diversificación de funciones, pasando por una etapa de fuerte intranquilidad durante la pandemia, que condicionó su funcionamiento. La etapa post pandémica plantea el desafío de reconstruir la participación interna y reforzar su rol en la promoción de derechos y en la deliberación ética en la AP. Las actividades del CEA-AP se muestra en la Tabla 11.

Tabla 11

Actividades del CEA-AP de Islas Baleares entre los años 2017 y 2022.

Año de la memoria	Reuniones ordinarias	Reuniones extraordinarias	Cantidad de casos, consultas y asesoramientos	Temas abordados
2017	6	0	3	No registrado
2018	7	1	9	6
Temas abordados: • Voluntades anticipadas • Rechazo de ingreso • Rechazo de tratamiento • Consentimiento informado • Posible maltrato • Abuso de mórficos				

Año de la memoria	Reuniones ordinarias	Reuniones extraordinarias	Cantidad de casos, consultas y asesoramientos	Temas abordados
2019	6	1	3	2
Temas abordados • Rechazo de tratamiento • Vivienda digna				
Año de la memoria	Reuniones ordinarias	Reuniones extraordinarias	Cantidad de casos, consultas y asesoramientos	Temas abordados
2020	3	0	5	5
Temas abordados: • Abuso de drogas y rechazo de diálisis • Directrices en pandemia • Información a familiares de paciente COVID 19 ingresados • Rechazo de atención por razón de sexo • Pruebas realizadas en privada				
Año de la memoria	Reuniones ordinarias	Reuniones extraordinarias	Cantidad de casos, consultas y asesoramientos	Temas abordados
2021	5	1	0	0

Año de la memoria	Reuniones ordinarias	Reuniones extraordinarias	Cantidad de casos, consultas y asesoramientos	Temas abordados
2022	5	3	4	1
Tema abordado Rechazo de tratamiento				

Nota:

Elaboración propia de un resumen de los temas abordados y la cantidad de reuniones, casos, consultas y asesoramientos del CEA según información obtenida de las memorias anuales publicadas (Servei de Salut Atenció Primària de Mallorca, n.d.).

La experiencia de este comité destaca dentro de sus fortalezas: su origen legítimo y participativo; su marco normativo robusto; las diversas funciones realizadas; la composición plural y multidisciplinar; las garantías institucionales; la capacidad de visibilidad y producción; y la resiliencia en crisis. Entre las debilidades se presentan: la limitación en la operatividad; el mínimo de reuniones y las decisiones por mayoría simple; la dependencia de la voluntad de los impulsores iniciales; el impacto de la sobrecarga asistencial durante la pandemia; los desafíos post pandemia y el predominio médico en la fase inicial (Tabla 12)

Tabla 12

Fortalezas y debilidades del modelo CEA-AP en Islas Baleares.

Fortalezas	Debilidades
Origen legítimo y participativo: surge de una necesidad institucional explícita, con convocatoria pública y elaboración participativa del reglamento.	Limitaciones en la operatividad por recursos humanos y materiales inciertos; dudas sobre la incidencia real de sus recomendaciones.

• Marco normativo robusto (Decreto n.º 3/2019): reglamento claro, con objetivos amplios (no solo resolución de conflictos, también formación, humanización y promoción de valores). Con sistema de acreditación • Funciones diversas: asesoramiento, prevención, protocolos, formación, investigación y rendición de cuentas. • Composición plural y multidisciplinar que incluye perfiles sanitarios, sociales, jurídicos, administrativos y un miembro externo. • Garantías institucionales de confidencialidad, previsibilidad en plazos, dotación presupuestaria, memorias anuales. • Capacidad de visibilidad y producción de guías, publicaciones, jornadas de bioética. • Resiliencia en crisis al adaptarse durante la pandemia con producción de recomendaciones específicas.	• Las reuniones escasas y decisiones por mayoría simple pueden reducir la disponibilidad y consensual. • La dependencia de la voluntad de impulsores iniciales fue riesgo de discontinuidad en el tiempo. • La sobrecarga asistencial durante la pandemia impactó en consultas y deliberación, caída en la demanda de asesoramiento ético. • En Postpandemia disminuyó la cohesión interna y asistencia de sus integrantes, dificultad para reposicionarse. • Predominio médico en la fase inicial, aunque se buscó pluralidad, había sesgo hacia médicos de familia.
---	--

3.2 El proyecto noruego liderado por la Universidad de Oslo

En el sistema de salud noruego, es el Estado quien define las políticas nacionales, supervisa la legislación y distribuye los recursos, mientras que la provisión de servicios recae principalmente en cuatro autoridades regionales de salud y en 431 municipios. Estas últimas son las responsables de los servicios de AP. Esta abarca acciones preventivas y curativas, tales como programas de salud escolar e infantil; control prenatal y vacunación; diagnóstico, tratamiento y rehabilitación; y cuidados de enfermería, tanto institucionales como domiciliarios. Asimismo, los municipios gestionan residencias de larga estadia y servicios de enfermería a domicilio. Un componente central del modelo es la relación contractual entre municipios y proveedores privados, especialmente con los médicos generales, quienes están integrados al sistema nacional de médicos de cabecera, al cual está adscrito el 99% de la población. Estos contratos, además de regular obligaciones, permiten a los municipios asignar tareas específicas, entre ellas, actúan como filtro para el acceso a servicios especializados mediante derivaciones (Hasvold & Christensen, 2015).

Respecto al desarrollo de servicios de apoyo en ética clínica para la AP, se destaca un estudio inicial de Lillemoen y Pedersen (2012) que tuvo como propósito identificar la frecuencia de los conflictos éticos y analizar la importancia que los profesionales atribuyen a mejorar el abordaje de dichas temáticas, para determinar qué tipo de apoyo consideraban necesario. Los resultados de este estudio mostraron que los trabajadores de la AP enfrentan con frecuencia desafíos éticos variados y complejos en su labor cotidiana. El abordaje de estas situaciones se daba mayoritariamente en discusiones informales entre colegas, y, asimismo también, se utilizaban diversas reuniones regulares para ello. No obstante, una proporción considerable de participantes indicó que los conflictos éticos, con frecuencia, no se discuten; se dejan a criterio individual; o su opinión tiene escasa relevancia. Casi la totalidad de los participantes consideró relevante trabajar de manera más sistemática en los problemas éticos y en fortalecer las competencias en esta área, dentro de sus lugares de trabajo. Para alcanzar este objetivo, ellos sugirieron dentro de sus tres primeras preferencias: a través de alguien que guíe (76%); un colega con competencias en ética (66%) o un comité (57%).

De los servicios de apoyo en ética de la red sanitaria noruega, según Karlsen et al. (2024), se destaca que los comités de ética clínica existen en los hospitales desde finales de los años noventa, pero se convirtieron en un requisito obligatorio a partir de 2021. Por su parte en AP, no existe un mandato equivalente, contando con tan sólo veinte comités de ética municipales.

La coordinación nacional y el desarrollo de los comités de ética clínica, tanto en hospitales como municipios, está a cargo del *Senter for medisinsk etikk* (Centro de Ética Médica o CME traducido del noruego) desde 1995. El CME fue establecido en 1989 gracias a la Asociación Noruega de Enfermeras, la Asociación Médica Noruega, una compañía farmacéutica (NYCOMED), el entonces Consejo Noruego de Investigación para la Ciencia y las Humanidades y la Universidad de Oslo. Organizado inicialmente como un centro fuera de la estructura universitaria, pasó a formar parte de la Facultad de Medicina de la Universidad de Oslo a partir de 1995. Actualmente, el CME es uno de los centros más grandes de Europa en ética médica y ciencias de la salud. Uno de sus principales proyectos titulado “*Etikk i helse- og omsorgstjenesten*” (Ética en los servicios de salud y cuidados, traducido del noruego) recibe financiamiento permanente del Estado y tiene como objetivo fortalecer la competencia ética mediante la coordinación y el desarrollo de los comités de ética clínica, a través de cursos y recursos de aprendizaje, para el personal sanitario. Es en esta línea de trabajo que se realizaron dos proyectos en los municipios de Noruega (CME, n.d.).

El primer proyecto fue un programa para incorporar actividades de ética clínica en 241 municipios, entre 2007 y 2015. Esta iniciativa fue impulsada por el gobierno, la asociación de municipios y los sindicatos de enfermeras y auxiliares de enfermería. Estos identificaron la necesidad de generar conocimiento y sensibilizar a los equipos en temas de ética asistencial en la salud primaria (Magelssen et al., 2016). Este proyecto nacional fue creado y dirigido por la *Kommunesektorens organisasjon* (Asociación Noruega de Autoridades Locales y Regionales o KS, traducido del noruego). Para tal efecto, se creó un grupo directivo con representantes de la KS; el Ministerio de Salud y Servicios Asistenciales; organizaciones laborales y profesionales; y el CME.

En concreto, el gobierno quería que el proyecto contribuyera a la competencia básica en ética profesional para los empleados de los servicios de salud y desarrollara modelos para integrar el trabajo en ética clínica en el contexto municipal. En líneas generales, esta estrategia fue para mejorar la calidad del servicio y las competencias del personal (Lillemoen & Pedersen, 2013).

Todos los municipios fueron invitados a participar en el proyecto. Para ser admitido, cada uno debía tener un plan de trabajo, un gerente de proyecto local y la aprobación de sus autoridades municipales. Se esperaba que los municipios informaran sobre su progreso a la administración del proyecto, la KS, de forma anual. Además, en una primera etapa, hubo una evaluación mediante encuestas a las partes involucradas directamente en el proyecto, en particular, a las personas de contacto de los municipios y los facilitadores a cargo de llevar a cabo las actividades en sus instituciones de salud (Magelssen et al., 2016).

El proyecto nacional de ética contribuyó a realizar actividades en los municipios, principalmente, ofreciendo cursos nacionales y regionales sobre métodos de reflexión ética, proporcionando becas de viaje y desarrollando herramientas y material, como libros, folletos y tarjetas de reflexión ética. Mientras que la KS se encargó de ejecutar el proyecto en sí y de la responsabilidad principal de la capacitación en ética, el CME contribuyó a la capacitación y llevó a cabo investigaciones de evaluación.

Desde el principio, se animó a los municipios participantes a desarrollar proyectos locales, seleccionar sus propias iniciativas y desarrollar sus propias estrategias de implementación. Sin embargo, a partir del 2010, el proyecto promovió los *Etiske refleksjonsgrupper* (Grupos de Reflexión Ética o GRE, traducido del noruego), como medio para estimular la deliberación. En ellos, los equipos locales discutieron temas relacionados con la autonomía del paciente, la competencia para dar su consentimiento y la cooperación con los familiares. En el 2018 existían solo siete comités municipales en el país, pues la mayoría de los municipios optaron por un modelo de GRE, considerados un nivel previo o complementario al comité. Sin embargo, se observó un interés creciente de los municipios por crear comités formales, aunque aún no existe un modelo nacional consolidado (Karlsen, 2023).

En una primera evaluación del proyecto, a nivel nacional, en el 2016 se preguntó en qué consistieron las actividades éticas municipales y qué consecuencias habían tenido para los servicios y los profesionales. Aproximadamente, la mitad de las personas encuestadas consideró que el proyecto tuvo una gran relevancia para su práctica profesional cotidiana, mencionando un mejor abordaje de los desafíos éticos; una mayor cooperación entre los trabajadores; una mejora en la calidad del servicio; y mejores relaciones con pacientes y familiares. En este seguimiento se evidenció una gran variedad en la organización, las actividades y los métodos de las iniciativas éticas en los municipios. En algunos de ellos, las actividades éticas cesaron, y en la mayoría, consistieron en discutir dilemas reales experimentados en la práctica de los profesionales, aunque pocos utilizaron métodos estructurados para la deliberación ética.

De este primer proyecto se obtuvo como resultado la capacitación de 2515 facilitadores en ética y se implementaron los GRE, los cuales suelen estar formados por 5 a 8 miembros que se reúnen regularmente, idealmente, reservando 60 o 90 minutos para la discusión y aplicando el método deliberativo propuesto por el CME, denominado “El modelo de los 6 pasos”. Este se publicó por primera vez en *Manualen for kliniske etikk-komiteer* (Manual para los comités de ética clínica, traducido del noruego) en el 2007. La secuencia de los pasos implica responder las siguientes preguntas de forma consecutiva: ¿Cuál es el desafío ético?; ¿Cuáles son los hechos del caso?; ¿Quiénes son las partes involucradas y cuáles son sus opiniones e intereses?; ¿Qué valores, principios y legislación entran en juego?; ¿Cuáles son las posibles opciones de acción? y se insta a finalizar con un debate de evaluación integral de las opciones (Association of Local and Regional Authorities and Center for Medical Ethics, 2022).

Tønnessen et al. (2016) estudiaron con mayor profundidad el trabajo de los Grupos de Reflexión Ética, destacando que el conocimiento de la ética y la formación práctica en la metodología de reflexión, son factores clave para dirigir discusiones grupales, y la necesidad de más conocimientos y formación práctica, para facilitar el proceso de reflexión.

La reflexión ética se describió en tres niveles diferentes. En un primer nivel, las conversaciones se mantuvieron a nivel general sobre conceptos, valores y cuestiones que invitan a la reflexión. El segundo nivel implicó una conversación sobre situaciones

prácticas relevantes en las que pueden desahogar sus frustraciones. Aquí las perspectivas éticas no se introducen de forma sistemática, lo que llevó a que se abordaran una y otra vez los mismos temas. El último nivel utiliza modelos de reflexión, como herramienta para estructurar la conversación, con el fin de arrojar luz sobre los conflictos éticos experimentados personalmente. En este nivel, se discuten los desafíos éticos desde diferentes perspectivas, se sopesan los argumentos éticos y se identifican acciones alternativas (Tønnessen et al., 2016).

El resultado de este proceso reflexivo fue que los participantes adquirieron una nueva comprensión, vieron nuevas soluciones y obtuvieron un mayor alcance para la acción. La mayoría de los grupos de reflexión del estudio parecieron funcionar, más como un “espacio para respirar”, que como un espacio de aprendizaje para la reflexión ética. Muchos miembros del grupo probablemente se volvieron más conscientes de la ética y de los desafíos en general, pero es poco probable que ese respiro haya contribuido al aprendizaje y al cambio de prácticas. El estudio muestra que la competencia de los facilitadores y la confianza en su papel fueron cruciales para el modo en que se lleva a cabo la reflexión en los grupos. Parece, en particular, que la educación sanitaria de los facilitadores es un factor importante para garantizar que los grupos de reflexión funcionen según lo previsto. Es igualmente importante que los grupos realicen un proceso de reflexión sistemático basado en situaciones prácticas concretas. Sin embargo, esto ocurre en un pequeño número de grupos. Para que la reflexión ética funcione como se espera, es necesario capacitar exhaustivamente a los facilitadores, antes de comenzar su trabajo, y hacer un seguimiento estrecho (Tønnessen et al., 2016).

La participación en los GRE fue desigual, mayor en hogares de ancianos, atención domiciliaria y viviendas tuteladas; y menor en salud infantil, salud primaria médica y salud escolar. Si bien los GRE ofrecieron espacio para discutir dilemas reales, fue escasa la sistematización de su trabajo y hubo un uso limitado de métodos estructurados de deliberación. El impacto positivo fue que los profesionales adquirieron conocimientos éticos, mejoraron la colaboración y comenzaron a visibilizar problemas éticos que antes se consideraban asuntos privados. El proyecto evidenció que los servicios éticos en AP requieren tiempo, recursos y formación continua. La falta de estructura y anclaje administrativo condujo a un alto grado de fragilidad en la sostenibilidad en el trabajo ético asistencial.

En el segundo proyecto, fueron cuatro los municipios apoyados para establecer comités de ética clínica. Se hizo un seguimiento de sus actividades durante 2,5 años. Cada municipio designó a dos personas, dentro del equipo sanitario local, que luego asumirían la responsabilidad principal de establecer el CEA, y se convertirían en su líder o secretario. Los investigadores del CME brindaron capacitación y apoyo para la implementación, antes y durante el período de estudio, el que se extendió desde enero de 2018 hasta junio de 2020. Los cuatro municipios estaban ubicados en la región sureste de Noruega y tenían poblaciones que variaban desde poco más de 10.000 (CEA 4) hasta más de 80.000 personas (CEA 1). Mientras que los CEC 1 a 3 estaban destinados a atender toda la gama de servicios de salud y atención del municipio, el CEC 4 debía atender a todo el municipio, es decir, también a los servicios municipales fuera del sector de salud (Magelssen et al., 2020, 2021).

El seguimiento de las actividades se realizó a través de tres fuentes: informes anuales, informes de casos anónimos de cada deliberación; y para cada deliberación de caso, el CEA rellenó un breve formulario con información sobre la deliberación con datos como quién estaba presente, la duración de la deliberación y una autoevaluación sencilla. Se contactó a los especialistas del CEA, al final del período de estudio, para aclarar o proporcionar cualquier información faltante.

Respecto a la estructura organizativa, en los cuatro municipios, los CEA ocupaban un lugar alto en la jerarquía organizativa, ya sea directamente bajo el líder de los servicios de salud y atención, y en la sección de salud y bienestar, o directamente bajo el comisionado municipal. El número de integrantes de cada CEA oscilaba entre siete y trece personas. Todos los comités tenían al menos un médico, un enfermero y un miembro lego. Otras profesiones de la salud representadas eran los auxiliares de enfermería, los trabajadores sociales, los psicólogos, los enfermeros de salud escolar y los fisioterapeutas. Dos CEA tenían un abogado municipal, mientras que un CEA invitaba a un abogado cuando era necesario. Un CEA contaba con un especialista académico en ética. Un religioso era miembro de tres CEA, mientras que dos CEA contaban con directivos municipales de nivel medio. Dos CEA estaban dirigidos por médicos, uno por un fisioterapeuta y otro por una enfermera de cuidados paliativos.

Una de las respuestas consistentes de los presidentes, durante el estudio, fue que el CEA colocó apropiadamente la ética en la agenda local. Los informes anuales de los comités respaldan esta impresión. Según los líderes, los problemas éticos y su manejo ya no eran sólo responsabilidad del individuo, pues se hablaba más de situaciones éticamente difíciles y el trabajo ético era visto positivamente. La gravedad y complejidad de los temas que trabajaron los comités, indicaron que existe una necesidad de tiempo, espacio y experiencia para discutirlos, tanto en foros separados como en los departamentos o servicios municipales (Lillemoen et al., 2016).

A través de la creación de los comités de ética, se generó un nuevo enfoque estructural en el municipio, aquel que reconocía que los problemas éticos eran parte de la prestación de servicios y que el personal de salud necesitaba apoyo para manejarlos de manera adecuada. La gran mayoría de los directivos consideró que el trabajo de los comités de ética había tenido un impacto positivo en los servicios (Lillemoen et al., 2016).

Respecto al proceso de deliberación, se analizaron, aproximadamente, 50 deliberaciones consideradas con suficiente información dentro del reporte de los comités. El CEA en pleno participó en 36 de ellas, mientras que en 14 casos estuvieron presentes entre dos y cuatro integrantes del CEA. No hubo casos en los que las consultas fueran realizadas por un solo miembro del CEA. Los CEA elaboraron un informe de caso de texto completo en 30 casos, mientras que escribieron un informe simplificado en 23 de ellos. En un caso, no se redactó ningún informe. Se contó con datos completos o parciales de los informes de autoevaluación de los CEA, en 33 de los casos.

La impresión general fue que los CEA estaban satisfechos con el desarrollo de las consultas de los casos y que las puntuaciones de autoevaluación más altas se dieron hacia el final del período de estudio. Cuando las partes interesadas (el personal y los familiares más próximos al caso) estaban presentes, los CEA calificaron muy bien la forma en que los incluyeron y los atendieron. Los CEA informaron que a veces carecieron de la competencia requerida en algún caso, debido al tema de la legislación pertinente.

Las deliberaciones sobre los casos duraron una media de 81 minutos (rango de 50 a 120). Los profesionales de los departamentos relevantes (gerentes de nivel medio en la jerarquía) participaron en 43 deliberaciones de casos, mientras que en cinco no fueron

invitados. Los familiares más próximos al caso participaron en 10 deliberaciones de casos. En otro caso, declinaron participar. En otros 27 casos, en los que los familiares estaban involucrados, no fueron invitados. Sin embargo, los informes de los casos muestran que, en varios de ellos, el CEA sugirió que se invite a los familiares, pero los miembros del personal, con los que se originó el caso, no lo quisieron. Los pacientes no estuvieron presentes en ninguna deliberación y ningún caso fue enviado por pacientes o familiares.

Los hogares de personas mayores y la atención domiciliaria fueron los servicios de AP involucrados con mayor frecuencia, seguido de viviendas protegidas; servicios para discapacitados; servicios fuera del ámbito de la salud; servicios de rehabilitación y estilo de vida; atención de salud mental y abuso de sustancias; y de la oficina de servicios municipales. La investigación indica que podría ser factible que los CEA alcancen un alto nivel de actividad. También se confirma que surgen problemas morales significativos, característicos y complejos en los servicios de AP.

Otras actividades de los CEA, además de la consultiva, fue la formativa a través de presentaciones para gestores municipales; visitas a servicios y seminarios para el personal; y la normativa a través de aportes al desarrollo de lineamientos. Además, algunos comités contribuyeron con el aumento de competencias en ética para el personal; directivos de los servicios sanitarios y asistenciales del municipio; y supervisores de los grupos de reflexión. Algunos ejemplos de temas incluyeron: cuestiones relacionadas con la coerción, dilemas éticos al final de la vida, aclaración del tratamiento y conversaciones preparatorias.

El tipo de formación varió en su duración, desde cursos de un día hasta cursos mensuales de medio día a lo largo de un semestre. Varios comités establecieron una red para las personas del municipio que se ocupan de cuestiones éticas (supervisores de ética o contactos de ética). Las reuniones de red se utilizaron para compartir experiencias y se celebran entre una vez cada seis meses y una vez al año. Muchos líderes de comités dijeron explícitamente que veían la necesidad de cursos de ética para empleados en su propio municipio y que les gustaría contribuir al desarrollo de la competencia ética, tanto entre líderes, empleados e integrantes del comité. Sin embargo, debido a los recursos limitados, no vieron posibilidad de implementarlo. Los directivos que realizaron

actividades externas también señalaron que dirigían una operación "frágil", tanto por los escasos recursos financieros, como por la limitada experiencia del comité de ética (Lillemoen et al., 2016).

Siendo evaluados con diferentes métodos a lo largo del tiempo, esto permitió concluir que para la implementación de nuevos CEA se deben considerar factores dentro de la complejidad propia del proceso, como el rol de la administración para facilitar o dificultar el camino; el tipo de capacitación más útil para los nuevos integrantes; la manera de involucrar a las partes interesadas en las deliberaciones; y el impacto que tiene la creación de un CEA municipal para los servicios, los profesionales, los pacientes y los familiares.

Los investigadores de Oslo señalaron que el trabajo de los CEA es complejo y requiere habilidad, dedicación y tiempo, aunque la experiencia en el proyecto superó sus expectativas. Sorprendentemente, los cuatro CEA estuvieron sobre el nivel hospitalario en sus primeros años, respecto a la cantidad de casos recibidos luego de iniciar su funcionamiento (sobre los 4,7 casos anuales). Sin embargo, aunque los CEA recibieron muchos casos, la distribución de los servicios y las profesiones que han recurrido a ellos estuvo muy sesgada, porque en el contexto noruego, las instituciones sanitarias (hospitales y residencias de personas mayores) han sido tradicionalmente las más activas a la hora de incluir la ética en su agenda.

El CME ha sido responsable de la formación de los profesionales e integrantes del CEA. Los médicos de cabecera fueron un grupo especialmente difícil al que llegar con trabajo y formación ética sistemática, en parte, porque están especialmente presionados por el tiempo y por la remuneración que reciben por sus actividades, por lo que carecen de incentivos para participar en las deliberaciones. Sin embargo, podría ser importante incluirlos en las discusiones sobre los pacientes de los que son responsables, por lo que, siempre debería considerarse la posibilidad de invitarlos. Su participación podría ser muy relevante, por ejemplo, para los pacientes que reciben atención domiciliaria, donde la responsabilidad se comparte entre el médico de cabecera y los servicios de atención domiciliaria.

Por otra parte, los investigadores destacan la participación en la deliberación de los gerentes de nivel medio en el CEA, incluso con más frecuencia que el personal directamente involucrado en la atención al paciente. Las razones pudieron ser, según los investigadores, que este grupo ha recibido más información sobre el CEA y que los gerentes se comunican con el CEA en nombre de sus empleados. El hallazgo también encaja con la impresión de que los gerentes de nivel medio, en la atención municipal noruega, tienen roles particularmente centrales en el manejo de problemas difíciles que surgen en los servicios. Responsables, tanto de su personal como de la calidad de atención, el CEA es particularmente un servicio de apoyo adecuado para ellos.

Si bien el estudio no fue diseñado para dilucidar los factores que son decisivos para promover la implementación de un CEA, se formulan algunas hipótesis en tres factores significativo, tales como la capacitación y el apoyo por el CME; las expectativas y obligaciones que asumieron los municipios; y la red profesional y dedicación personal de los profesionales del equipo que asumieron el desafío. Otras opiniones afirmaron que el trabajo del comité estaba anclado en todos los documentos de planificación del municipio y que, por lo tanto, los líderes del municipio eran evaluados directamente en función de cómo y en qué medida se llevaba a cabo el trabajo ético dentro de sus actividades (Magelssen et al., 2021). Otros dijeron que el proyecto del KS, respecto a la cooperación en el desarrollo de competencias éticas, era el que estaba anclado y que no estaban seguros de si el comité de ética, como iniciativa separada, estaba en algún lugar de la organización local. Un presidente de comité declaró, explícitamente, que el comité de ética no tenía ningún tipo de aprobación por parte de la administración del municipio. La justificación para mantener la actividad en el comité fue la suposición del presidente y de los integrantes del comité, de que muchas personas querían que el trabajo continuara. La mitad de los líderes del comité no estaban seguros de si el trabajo estaba arraigado en los empleados (Lillemoen et al., 2016).

Para Lillemoen et al. (2016), la actividad de los comités fue significativa, pero frágil. La mayoría afirmó que redactaban actas, pero que no informaban sistemáticamente sobre los asuntos que se habían discutido en el comité. Los comités de ética deben despertar el interés de los directivos, al considerarse como un importante trabajo de desarrollo de la calidad en la institución. A pesar de que las actividades de los comités de ética se consideran de gran importancia, se mostró que la administración municipal les dio una

baja prioridad, un anclaje débil y poco apoyo de la dirección, lo que da como resultado que gran parte de la responsabilidad de las actividades del comité recaiga en su presidente. El trabajo de los comités dependió en gran medida de personas comprometidas con sus tareas. Esto se aplica, sobre todo, a los presidentes de comités, que se imponen una responsabilidad, a menudo, no escrita respecto de la supervivencia del comité. El equipo de investigadores tuvo motivos para suponer que un mandato nacional, similar al de los comités de ética en los servicios de salud especializados (hospitalarios), contribuirá positivamente al anclaje, las finanzas, el procesamiento de casos y la documentación.

Los resultados muestran que el trabajo de los comités se percibe con un impacto positivo en los servicios que representan, ya que se volvió más legítimo hablar de problemas éticos, y éstos ya no eran considerados sólo un asunto privado. Los espacios para la discusión sistemática de problemas éticos, como los GRE y los comités de ética clínica, fueron dos formas importantes de generalizar y sistematizar la ética, así también, de satisfacer las necesidades de reflexión y discusión de los servicios de salud. La importancia de adquirir competencias y conciencia ética es evidente para tomar en serio las cuestiones e invitar a las partes involucradas, a un diálogo abierto e inclusivo, que ayude a fortalecer la confianza en el sistema de salud (Lillemoen et al., 2016).

Para Gjerberg et al. (2014) la necesidad de adquirir competencias para dirigir y estructurar el proceso de reflexión ética fue un hallazgo central en el seguimiento del proyecto. La participación de la KS, en la conferencia de inicio y en el transcurso del proyecto, fue concebida como un aprendizaje de métodos sencillos que estimularían a los municipios a establecer una reflexión ética. Esto sirvió de inspiración para que la mayoría de la gente comenzara a involucrarse en esta temática. Al mismo tiempo, los resultados indicaron que, para que la reflexión ética sea sistemática y continua, quienes lideraron la iniciativa, necesitan tanto competencia básica como acompañamiento en el tiempo, así adquirieron confianza para liderar la reflexión ética en su propio lugar de trabajo.

La experiencia noruega tiene dentro de sus fortalezas la alianza entre organizaciones; haber generado espacios de deliberación formalizada y graduales; haber demostrado una implementación factible y efectiva de comités; un acompañamiento permanente a los integrantes y la evaluación del trabajo; y el enfoque deliberativo y formativo. Dentro de

sus debilidades destaca la fragilidad institucional, la cobertura desigual, las limitaciones metodológicas, la participación limitada de pacientes y familiares (Tabla 13).

Tabla 13

Fortalezas y debilidades del modelo CEA-AP de Noruega.

Fortalezas	Debilidades
• Proyecto a nivel nacional, creado y dirigido por una asociación nacional y una institución de educación superior especializada • Se creó un grupo directivo con representatividad de actores claves • Soporte académico y técnico desde los inicios y de forma permanente • La inclusión inicial de facilitadores y Grupos de Reflexión Ética (GRE), y posteriormente, de CEA, generaron espacios de deliberación ética de manera gradual y legitimaron la discusión de dilemas en la AP. • Los proyectos muestran que la implementación es factible y efectiva, incluso en contextos municipales con recursos limitados.	• Fragilidad institucional, falta de estructura y anclaje: sin mandato legal ni respaldo financiero a largo plazo, la continuidad depende del compromiso individual. • Cobertura y participación desigual: mayor en hogares de ancianos y atención domiciliaria, menor en práctica asistencial de médicos de cabecera, salud escolar y servicios de salud mental. • Limitaciones metodológicas: los GRE muchas veces funcionaron como “espacios para respirar” y no siempre generaron aprendizaje profundo ni cambio de prácticas.

• El enfoque deliberativo y formativo contribuyó a visibilizar problemas éticos que antes eran privados y a sistematizar su abordaje. • La colaboración de autoridades locales y la autonomía para desarrollar estrategias propias de implementación. • Acompañamiento y medición del impacto de los proyectos evaluados con diferentes métodos a lo largo del tiempo	• Participación limitada de pacientes y familiares, lo que puede restringir la perspectiva ética a profesionales y gestores.
---	---

La experiencia en Noruega demuestra que el trabajo en ética clínica en la AP municipal es necesaria y posible, pero altamente sensible a factores estructurales, administrativos y formativos. Los proyectos nacionales, a nivel municipal, han logrado avances importantes en visibilidad de dilemas éticos y fortalecimiento de competencias en la AP, pero la sostenibilidad a largo plazo requiere un anclaje institucional; respaldo normativo y recursos, así como estrategias para integrar de manera inclusiva a todos los actores relevantes, incluidos pacientes y médicos de cabecera.

En términos analíticos, el proyecto noruego ofrece un modelo experimental valioso, que muestra el potencial transformador de la ética organizada en la AP y las limitaciones inherentes a su implementación sin un mandato formal.

3.3 La iniciativa de la Comisión Estatal de Bioética de la Ciudad de México

México es un país que cuenta con comités de bioética en los tres niveles de administración pública. A nivel nacional, se encuentra la Comisión Nacional de Bioética (CONBIOÉTICA), que es un órgano autónomo, cuyo principal objetivo es promover la cultura bioética en el país, a través de la deliberación multidisciplinaria y multisectorial, en temas relacionados con la salud humana. Para poder alcanzar su objetivo, desde la década de los 2000, la CONBIOÉTICA impulsó la creación obligatoria de las Comisiones Estatales de Bioética (CEB), para hacer el enlace entre los tres niveles institucionales.

A nivel local de instituciones de salud, se ordenó la creación obligatoria de Comités Hospitalarios de Bioética (CHB) en toda institución de salud privada, pública y social del Sistema Nacional de Salud. Esto para apoyar el análisis de conflictos bioéticos en la atención y docencia en salud. Además de crear los Comités de Ética en Investigación (CEI) en toda institución para la salud que realice investigación en seres humanos.

En la actualidad, los comités en el Primer Nivel de Atención de salud (PNA) representan menos de 5% del total de comités a nivel asistencial, por ello, la Comisión Estatal de Bioética de la Ciudad de México, con apoyo de la Secretaría de Salud y los Servicios de Salud Pública de la misma ciudad, implementaron el proyecto de “Comités de Bioética en el Primer Nivel de Atención” (CBPNA) para promover de soporte ético y abordar el análisis bioético de las particularidades de ese nivel de atención, integrando en su reflexión aspectos de la ética clínica, de la salud pública y del ámbito organizacional. Además, incluirlos en una red local en conjunto con los Comités Hospitalarios de Bioética y Comités de Ética en Investigación correspondientes (Vicenteño & Consejo, 2024).

Para la conformación de CBPNA, se convocaron a trabajadores del PNA de las jurisdicciones sanitarias seleccionadas, cuyos interesados declararon su interés por promover una atención médica de calidad y respetuosa de los derechos y de la dignidad humana; participar en el análisis y solución de problemas éticos generados en las atenciones médicas; fortalecer una cultura ética entre los servidores públicos; concientizar a las personas sobre la relevancia de la laicidad, la interculturalidad y la

pluralidad en la toma de decisiones; desarrollar acciones para respetar las decisiones de las personas usuarias sobre su atención de salud, particularmente, a la población más vulnerable y a quienes estén al final de su vida; y promover acciones de difusión para que el personal conozca y respete los principios bioéticos en los procesos de atención.

La capacitación inicial fue un curso de seis semanas sobre bioética aplicada al PNA y un Diplomado en Ética de la Salud, organizados por la Comisión Estatal de Bioética de la Ciudad de México. El proyecto inició a finales del 2019, pero fue detenido en el 2020 debido a la pandemia por COVID-19. Una vez reestablecido en el 2021, se volvió a trabajar con el personal del PNA de seis alcaldías: Cuauhtémoc, Gustavo A. Madero, Iztapalapa, Miguel Hidalgo, Tlalpan y Venustiano Carranza. Para ellas, se realizaron sesiones informativas y de capacitación. En el 2024 se terminaron de sumar Magdalena Contreras, Tláhuac y Xochimilco, para conformar un total de nueve CBPNA.

A fines del 2023 se creó un plan de trabajo y se desarrollaron actividades de capacitación para el personal de las jurisdicciones con las temáticas que ellos percibieron como prioritarias, entre las que destacan: la interrupción del embarazo; el embarazo adolescente; la interculturalidad; la medicina tradicional, complementaria y alternativa; la ética del profesional de salud; la ética de los servidores públicos; el rechazo de tratamiento en pacientes con enfermedades crónicas; la ética de la promoción de la salud; y la atención a población en marginación social.

Hasta la publicación de Vicenteño y Consejo (2024), los CBPNA sólo interactuaban con instituciones de protección social (centros de salud). Se destacó dentro del proyecto, que la creación de estos comités no fueron una imposición, sino más bien una co-construcción con los servidores públicos y las alcaldías, a partir de las necesidades que enfrentaban en su trabajo habitual y como apoyo a trabajadores y personas usuarias. Siguiendo las pautas de la UNESCO (2005b, 2006), los CBPNA definieron entre sus funciones incorporar la asesoría ante consultas de casos y la educación. Conformarse por al menos seis personas de distintas disciplinas, procurando el equilibrio de género, la intergeneracionalidad y la inclusión de al menos a un representante de las personas usuarias.

En síntesis, la experiencia de Ciudad de México tiene dentro de sus fortalezas el contar con una estructura nacional consolidada en bioética; apostar por este proyecto innovador

de comités en el primer nivel de atención con respaldo de una CEB; la participación y construcción con otros servicios y representantes; la capacitación especializada en las necesidades propias; el enfoque integral; y el potencial educativo y social. Como debilidades cabe mencionar la no obligatoriedad normativa para constituir comités en este nivel de atención; la cobertura insuficiente; las interrupciones del proyecto debido a contingencias; y la dependencia institucional (Tabla 14).

Tabla 14

Fortalezas y debilidades del modelo CEA-AP de Ciudad de México.

Fortalezas	Debilidades
• Estructura nacional consolidada: México cuenta con comités de bioética en los tres niveles de la administración pública: CONBIOÉTICA (nacional), Comisiones Estatales de Bioética (CEB) y Comités Hospitalarios de Bioética (CHB), así como Comités de Ética en Investigación (CEI). • Proyecto CBPNA innovador: La creación de nueve CBPNA en la Ciudad de México busca dar soporte ético específico al Primer Nivel de Atención (PNA), adaptando la bioética centrada en hospitales hacia la AP y comunitaria.	• No obligatoriedad normativa: con énfasis en comités hospitalarios • Cobertura insuficiente: Menos del 5% de los comités asistenciales se encuentran en el PNA, evidenciando un desarrollo limitado frente a la demanda • Interrupciones por contingencias: El proyecto inició en 2019, pero se detuvo en 2020 debido a la pandemia por COVID-19

• Participación y co-construcción: Los CBPNA se conformaron con servidores públicos voluntarios y representantes de usuarios, promoviendo la inclusión de género, intergeneracionalidad y pluralidad. • Capacitación especializada: Se implementaron cursos y un diplomado en bioética aplicada al PNA, abordando temas prioritarios • Enfoque integral: Los CBPNA buscan integrar la ética clínica, la salud pública y la ética organizacional • Potencial educativo y social: Promueven la cultura bioética entre trabajadores y usuarios, fortalecen la ciudadanía activa y facilitan la toma de decisiones informadas en salud.	• Dependencia institucional: los CBPNA depende de la coordinación con CHB, CEI y autoridades sanitarias; su desconexión podría limitar su avance.
--	--

En síntesis, la AP en España, Noruega y México enfrentan dilemas éticos propios, vinculados a la complejidad de la AP, lo que constituye un argumento central para la conformación de CEA-AP. El factor normativo, para constituir CEA a nivel hospitalario, es prioritario. Por ello la mayoría de las iniciativas de CEA-AP son experiencias escasas, aisladas y voluntarias, con una gran fragilidad institucional. Aunque se destacan buenas experiencias de CEA-AP consolidadas en sus instituciones, aún son limitados a nivel global, pero su viabilidad es un aprendizaje para tener en consideración, basado en las fortalezas y debilidades que se identificaron en estos países.

4. Estudio de caso: CEA-AP en Chile

Este capítulo se iniciará con un análisis de los principales conflictos éticos que emergen en la Atención Primaria de salud en Chile. Aunque escasamente publicados en la literatura especializada, ellos constituyen una base para comprender los desafíos que enfrentan los equipos de salud en ese contexto. Posteriormente, se desarrollará una revisión de la trayectoria de los Comités de Ética Asistencial en Chile, con una profundización en el ámbito de la AP, para continuar con el análisis de los resultados obtenidos de esta investigación y finalizar con una integración teórica de los resultados.

4.1 Los conflictos éticos en la AP chilena

A partir de la revisión de la literatura disponible, es posible confirmar la presencia de problemas éticos en la Atención Primaria chilena. Esto ha sido documentado en los resultados de cuatro investigaciones empíricas en el CESFAM del municipio de Recoleta (Solari & Escobar, 2009); los CESFAM del municipio de La Pintana, Peñalolén e Independencia (León et al., 2010); el CESFAM del municipio de Paine (Contreras, 2017) y el CESFAM del municipio de Rancagua (Nadal & Campillay, 2024).

En aquellos estudios se identificaron diversos conflictos éticos característicos del ámbito de la AP, entre los cuales destacan, la insuficiente red de apoyo familiar, especialmente en el caso de personas mayores; dificultades asociadas a la atención intercultural; el manejo ante actitudes conflictivas por parte de pacientes; la limitada implementación del consentimiento informado; la escasa valoración de la confidencialidad de las historias clínicas; la banalización de las preocupaciones de las personas usuarias; la falta de empatía y trato inadecuado hacia los pacientes; el predominio de relaciones paternalistas por parte de profesionales hacia los pacientes; el insuficiente desarrollo de virtudes profesionales; la carencia de recursos que repercuten negativamente en la calidad de la atención; el déficit en la educación sanitaria de la población usuaria para el uso adecuado de los servicios; y las vulneraciones al respeto de la autonomía.

Las investigaciones revisadas coinciden en que, si bien algunos conflictos éticos presentes en la AP son compartidos con otros niveles asistenciales, varios de ellos adquieren una naturaleza particular que los hace propios de este ámbito. Ello configura la necesidad de un espacio deliberativo, distinto al hospitalario, para deliberarlos con una reflexión ética sustentada con mayor profundidad en las características locales, en las dinámicas cotidianas de los equipos y en el contexto específico de los territorios. Una manera de canalizar este requerimiento han sido los CEA especializados en AP, al actuar como catalizadores de dichas instancias y de aumentar la participación social, contribuyendo a mejorar la calidad de la atención, a humanizar el quehacer profesional y a promover una gestión más adecuada de los recursos en los centros de salud (Nadal & Campillay, 2024).

Los investigadores chilenos, que han desarrollado trabajo en el campo de la bioética aplicada a la AP, han identificado también, ciertos enfoques característicos de este nivel asistencial. Entre ellos, se destaca la responsabilidad en la satisfacción de las necesidades de salud de la población, mediante la provisión de una atención oportuna, accesible y que actúe como primer punto de contacto, entendida desde la experiencia de las personas usuarias y no, únicamente, desde la definición profesional o institucional. Asimismo, se ha señalado la particular naturaleza que adquiere el consentimiento informado en contextos donde la relación asistencial es prolongada y sostenida en el tiempo. Estos elementos requieren una interpretación de los principios bioéticos desde una perspectiva más situada y cercana, dada la estrecha relación que se establece entre los equipos de salud y las personas usuarias, sus familias y la comunidad. En conjunto, este enfoque contextualizado permite comprender con mayor precisión las especificidades éticas que emergen en la práctica cotidiana de la AP en Chile (Contreras, 2017; León et al., 2010; Nadal & Campillay, 2024; Campillay & Nadal, 2025; Solari & Escobar, 2009).

Aunque aún falta mayor interés del mundo académico nacional por la AP y sus servicios de apoyo en ética clínica, se hace cada vez más importante evaluar la labor que podrían cumplir los CEA-AP a lo largo del país. Abordar conflictos éticos de la práctica habitual de la AP, ha sido la tarea de varios equipos de salud al establecer sus comités de forma local, sin adscribirse a uno ajeno a la institución. Aunque muy escasos aún, esta tesis explora las iniciativas de los municipios que asumieron tal desafío.

4.2 Comités de Ética Asistencial en Chile

La institucionalización de la bioética en el sistema sanitario chileno ha tenido un desarrollo progresivo en las últimas décadas. En términos históricos, los comités de ética tienen su origen con la Norma Técnica n.º 2 (MINSAL, 1994) que estableció lineamientos generales para su constitución con el objetivo de asesorar a los directores de los Servicios de Salud regionales y de hospitales, en la toma de decisiones incididas por los aspectos éticos del ejercicio profesional y por los derechos de los pacientes. Así, inicialmente, los comités de ética chilenos combinaban funciones asistenciales y de revisión de protocolos de investigación, hasta que nuevas normativas instauraron comités diferenciados. Con el tiempo se establecieron instancias formales de apoyo para estos comités, tanto a nivel nacional como regional.

Actualmente, los comités de ética diferenciados se regulan a través de la ley n.º 20.120 (2006), sobre investigación científica en el ser humano, su genoma, y prohíbe la clonación humana. Esta hizo obligatoria la existencia de Comités de Ética Científicos (CEC), en instituciones que realizan investigaciones en seres humanos. La ley n.º 20.584 (2012), que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención de salud, estableció la creación, el funcionamiento y el acceso a Comités de Ética Asistencial, a través del Decreto n.º 62 (2012), y su obligatoriedad en establecimientos de atención cerrada⁵², autogestionados en red, experimentales, de alta complejidad e institutos de especialidad:

Mediante un reglamento expedido a través del Ministerio de Salud se establecerán las normas necesarias para la creación, funcionamiento periódico y control de los comités de ética, y los mecanismos que permitirán a los establecimientos acceder a comités de ética de su elección, en caso de que no posean o no estén en condiciones de constituir uno. Además, se fijarán mediante instrucciones y resoluciones las normas técnicas y administrativas necesarias para la estandarización de los procesos y documentos vinculados al ejercicio de los

⁵² Instituciones asistenciales que otorgan prestaciones de salud en régimen continuado de atención (24 horas) a excepción de residencias protegidas, hogares protegidos, comunidades terapéuticas en modalidad residencial y establecimientos de larga estadía para adultos mayores (ISP, 2021).

derechos regulados en este párrafo. Dichos comités deberán existir al menos en los siguientes establecimientos, siempre que presten atención cerrada: autogestionados en red, experimentales, de alta complejidad e institutos de especialidad. (art. 20)

A nivel nacional y buscando fortalecer una política ministerial en materia de bioética, desde enero del 2010, el Ministerio de Salud (MINSAL) creó la Oficina de Bioética⁵³. Esta Oficina no reemplaza a la Comisión Nacional de Bioética, la cual aún no se establece en Chile, a pesar de lo dispuesto en la normativa vigente (ley n.º 20.120, 2006). Los objetivos declarados por la Oficina de Bioética son asesorar al MINSAL en asuntos vinculados a la bioética en salud; constituir un espacio de enlace con los Comités Ético Asistencial (CEA) y Ético Científicos (CEC); coordinar las acciones necesarias para el fortalecimiento de CEC y CEA; colaborar con la capacitación en temas de Bioética; y participar como Secretaría Ejecutiva de las Comisiones Ministeriales de Ética de Investigación en Salud⁵⁴ (CMEIS) y de Ética Asistencial⁵⁵ (CEAM).

La Comisión Asesora de Ética Asistencial del Ministerio de Salud (CEAM) surge posteriormente, debido a la ley n.º 20.584 (2012). Su misión es proponer directrices para el desarrollo y funcionamiento de los CEA del país, promoviendo la bioética como herramienta para alcanzar una atención sanitaria de calidad, pluralista y humanizada, que contribuya al debate público de temas relevantes para la sociedad en materia sanitaria (CEAM, 2024). Esta comisión está compuesta por integrantes *ad honorem* designados por una resolución exenta de la Subsecretaría de Salud Pública⁵⁶.

Las funciones de la CEAM incluyen entregar asesoría al MINSAL en materias de ética clínica y asistencial; proponer la adopción de directrices técnicas o normativas

⁵³ Resolución exenta n.º 55. Encomienda Funciones al Gabinete del Ministerio de Salud y dispone creación de Oficina de Bioética. (MINSAL, 2010)

⁵⁴ Entidad que asesora a las autoridades del Ministerio de Salud en la resolución de problemáticas en el campo de la Bioética, especialmente en materia de investigaciones científicas biomédicas desarrolladas en seres humanos, y en lo referido a la acreditación y funcionamiento de los Comités Ético Científicos en los establecimientos que los constituyan (Decreto n.º 130 del 24 de enero de 2015, Ministerio de Salud)

⁵⁵ Entidad que asesora a las autoridades del Ministerio de Salud en la resolución de problemáticas en el campo de la Bioética, especialmente en materia de atención clínica, integrando la reflexión ética en la atención de salud de la red de servicios del país, resguardando el respeto por la autonomía, la dignidad y el derecho de los pacientes (Decreto n.º 3 del 18 de marzo de 2015, Ministerio de Salud).

⁵⁶ Resolución Exenta n.º 926 del 4 de julio (Ministerio de Salud, 2024b)

complementarias que armonicen la legislación vigente, así como sugerir eventuales modificaciones; orientar a los CEA de los servicios de salud públicos y privados del país, sobre consultas éticas vinculadas con la práctica clínica y a su funcionamiento interno; y favorecer a la capacitación en ética clínica de los integrantes de los Comités de Ética Asistencial, promoviendo además, la articulación con instancias académicas nacionales e internacionales (CEAM, 2024).

A nivel regional, el Decreto n.º 62 (2012) señala que los Servicios de Salud deben prestar apoyo formal a los prestadores sanitarios individuales y privados de su territorio a través de la creación de un Comité de Ética Asistencial, dentro de la institución:

Por su parte, en cada uno de los Servicios de Salud deberá constituirse un comité de ética asistencial, el que tendrá la atribución de conocer los asuntos de su competencia que se originen respecto de los prestadores privados individuales que se desempeñen en el territorio de su jurisdicción y que no estén adscritos a otro. La conformación, funciones y responsabilidades de este Comité, seguirán las mismas normas que se establecen en este reglamento para los comités conformados al interior de los prestadores institucionales. (Art.2)

A nivel local, el Decreto n.º 62 (2012) que regula el funcionamiento de los CEA en las instituciones, señala la obligatoriedad de estar constituidos en establecimientos de alta complejidad. Para aquellos de menor complejidad, quedó establecido que, “los establecimientos que no cuenten con un comité deberán adscribirse al comité de otro prestador institucional que lo haya constituido, al cual podrán deberán derivarse las materias propias de su competencia que se originen en su propio establecimiento” (art. 2).

La composición de estos comités se declara de carácter multidisciplinario y sus integrantes ejercen por un periodo de tres años, prorrogables hasta por dos periodos adicionales. Además, deben estar compuestos por un mínimo de siete y un máximo de nueve miembros, entre los cuales debe contarse con:

- a. Tres profesionales del área de la salud, debiendo al menos uno de ellos ser médico cirujano y éste o alguno de los otros profesionales tener conocimientos o formación básica en Bioética.
- b. Un miembro de la comunidad.
- c. Un licenciado en Derecho u otro titulado con conocimiento acreditado en legislación sanitaria. (Art.5)

Las funciones específicas para los CEA se especifican en el mencionado Decreto:

Para la función consultiva se señala, el “asesorar a los usuarios o prestadores en el proceso de toma de decisiones relativo a aquellos conflictos ético-clínicos que se susciten como consecuencia de la atención en salud.” (Artículo 8 n.º 1).

Para la función formativa, se señala, el “contribuir a la promoción de la formación en bioética de los prestadores individuales y su difusión a usuarios de la institución, así como la de los miembros del propio Comité y del equipo directivo de la institución a la que pertenezcan.” (Artículo 8 n.º 6).

Para la función normativa, se señala, el “proponer a la institución protocolos y orientaciones de actuación de carácter preventivo para enfrentar situaciones en las que puedan surgir frecuentemente conflictos ético-clínicos.” (Artículo 8 n.º 5).

Por el contrario, en el Artículo 9, se prohíbe a los comités sugerir sanciones, adoptar decisiones de carácter resolutivo; ejercer como tribunal de ética sobre la conducta de los prestadores individuales; suplir la decisión clínica del profesional tratante o asumir la responsabilidad de quien ha solicitado su asesoramiento; reemplazar las funciones de los comités ético-científicos; o efectuar auditorías a las actuaciones de los profesionales de la salud.

Relacionado con los comités de ética se encuentra el sistema de acreditación de calidad y seguridad del paciente en instituciones sanitarias, a cargo de la Superintendencia de Salud. La acreditación está condicionada al acceso a comités de ética.

En sus pautas se exige al prestador institucional que provea una atención que respete la dignidad del paciente y resguarde los principios éticos esenciales en el trato que se le otorga, pues “somete formalmente a evaluación ética las situaciones o eventos de esa índole que afectan la atención de los pacientes.” (Superintendencia de Salud, 2016, p.21). Por ello el prestador institucional dispone o tiene acceso a un comité de ética para resolver las materias de orden ético que se suscitan como consecuencia de la labor asistencial.

Cabe señalar que la implementación de los CEA en la red sanitaria ha tenido un desarrollo desigual. La implementación masiva de CEA en hospitales ha sido favorecida por los procesos de acreditación de calidad y el marco regulatorio actual, sustentado principalmente en la Ley n.º 20.584 (2012) y el Decreto n.º 62 (2012), los cuales reconocen a los CEA, como instancias consultivas, formativas y normativas orientadas a resguardar derechos, mejorar la calidad asistencial y fortalecer la humanización de la práctica clínica.

Por el contrario, los escasos CEA en la AP han dependido, mayoritariamente, de iniciativas locales (Nadal & Campillay, 2024; Solar & Escobar, 2009) como alternativa a la adscripción a comités externos a la AP. Datos obtenidos de lo publicado por la Oficina de Bioética del Ministerio de Salud (n.d.) revelan que, de los 101 CEA registrados en instituciones públicas, un 76% se encuentran en hospitales (total=77), un 15% en Atención Primaria (Total=17, en 7 regiones) y un 6% en Servicios de Salud regionales (Total=7). Lo anterior se muestra en la Tabla 15 (Superintendencia de Salud, n.d.).

A nivel nacional, los 110 CESFAM acreditados en calidad y seguridad del paciente representan, aproximadamente, el 18 % del total de establecimientos. Según los registros del Ministerio de Salud, en los cuales se destaca un importante subregistro de información, entre los CESFAM acreditados y no acreditados, el 4% de los CESFAM a nivel nacional, tiene acceso a un CEA con especialización en AP, mientras que un 4% lo hace a CEA de Servicios de Salud y un 2% a CEA de hospitales. En las regiones de Antofagasta, Atacama, Ñuble, Los Ríos, Los Lagos y Magallanes y de la Antártica Chilena, los 28 CESFAM acreditados no disponen de acceso a un CEA-AP en la región. Tal como se detalla en la Tabla 16.

Tabla 15

Distribución de los CEA en instituciones públicas en Chile.

Región	Comités de Ética Asistencial		
	Hospital Público	Servicio de Salud	Atención Primaria
Arica y Parinacota	1	1	0
Tarapacá	1	0	0
Antofagasta	2	0	0
Atacama	2	0	0
*Coquimbo	4	0	2
*Valparaíso	9	1	2
*Metropolitana De Santiago	28	1	7
*Libertador Gral. Bernardo O'Higgins	5	0	2
*Maule	3	0	2
Ñuble	2	0	0
*Biobío	7	1	1
*La Araucanía	7	0	1
Los Ríos	2	1	0
Los Lagos	2	2	0
Aysén Del Gral. Carlos Ibáñez Del Campo	1	0	0
Magallanes y de la Antártica chilena	1	0	0
Total	77	7	17

Nota: (*) CEA-AP

La base de datos revisada para la elaboración propia de esta tabla es del registro de acceso abierto de la Oficina de Bioética. Ministerio de Salud (n.d.)

(Recuperado 25 de mayo 2025).

Tabla 16

CESFAM acreditados en calidad y seguridad del paciente y CESFAM con adscripción a Comités de Ética Asistencial.

Región	CESFAM				
	Total	Acreditados	Adscritos CEA hospital	Adscritos CEA Servicio de Salud	Adscritos CEA-AP
Arica y Parinacota	7	0	No registrado	7	0
Tarapacá	12	0	No registrado	No aplica	0
Antofagasta	14	1	No registrado	No aplica	0
Atacama	19	6	6	No aplica	0
*Coquimbo	32	11	11	No aplica	2
*Valparaíso	80	9	No registrado	15	No registrado
*Metropolitana de Santiago	172	39	No registrado	S/R	7
*L.G. Bernardo O'Higgins	35	4	No registrado	No aplica	7
*Maule	47	3	No registrado	No aplica	8
Ñuble	29	9	No registrado	No aplica	0
*Biobío	58	15	No registrado	6	3
*La Araucanía	35	1	No registrado	No aplica	1
Los Ríos	17	6	No registrado	S/R	0
Los Lagos	37	5	No registrado	0	0

Aysén Gral. Ibáñez Del Campo	2	0	No registrado	No aplica	0
Magallanes y de la Antártica chilena	6	1	No registrado	No aplica	0
Total	602	110	17	28	28

Nota:

(*) Regiones que registran CEA-AP

S/R: Sin registro

Las fuentes revisadas para la elaboración propia de esta tabla son:

- (1) Biblioteca del Congreso Nacional (n.d.) Estadísticas territoriales (Recuperado 25 de mayo 2025).
- (2) Registro de Prestadores Acreditados que administra la Superintendencia de Salud. Recuperado 25 de mayo del 2025
- (3) Registro de acceso abierto de la Oficina de Bioética. Ministerio de Salud (n.d.) (Recuperado 25 de mayo 2025).

Según la Superintendencia de Salud (2023), de los 811 establecimientos de salud de la red pública que deben acreditarse, se ha cumplido en un 94% de los hospitales y en un 17% de los CESFAM, lo que implica que la necesidad de acceder a un CEA se verá aumentada a medida que los CESFAM continúen progresivamente su proceso de acreditación.

En este sentido, la implementación de los CEA en la red sanitaria ha dejado a la AP rezagada, a pesar de constituir la puerta de entrada al sistema y un espacio privilegiado para la reflexión bioética en torno a la relación longitudinal con las personas usuarias, las particularidades de las comunidades y los determinantes sociales del cuidado (León et al., 2010; Nadal & Campillay, 2024; Solari & Escobar, 2009).

El primer CEA-AP se constituyó en 1999 en el CESFAM de la Fundación Cristo Vive, en el municipio de Recoleta, como parte de un proyecto piloto del modelo de atención biopsicosocial que el país impulsaba en aquel periodo. Este comité abordó, tempranamente, dilemas propios de la AP, tales como el consentimiento informado, la confidencialidad y la regulación de la natalidad. Así se consolida en la reflexión ética comunitaria y en la generación de recomendaciones institucionales. Este centro de salud se caracteriza por atender personas de un sector socioeconómico vulnerable de la región Metropolitana, integrándose a la red pública de salud, pero manteniendo una gestión

privada sin fines de lucro, con inspiración en una misión cristiana y fuerte compromiso con los derechos humanos (Solari & Escobar, 2009).

La Tabla 17 sintetiza las regiones, comunas, administraciones y años de creación del CEA-AP que registra la Oficina de Bioética del Ministerio de Salud (n.d.).

Tabla 17
Comités de Ética Asistencial en AP en Chile por comunas.

Región	Comuna del CEA-AP	Dependencia administrativa	Año de creación
Coquimbo	(1) Paihuano	Municipio	2015
	(2) San Rafael	Municipio	2015
Valparaíso	(3) Viña del Mar	Corporación Municipal	2014
	(4) Valparaíso	Corporación Municipal	2016
L.G.B.O'Higgins	(5) Rancagua	Corporación Municipal	2015
	(6) San Francisco de Mostazal	Municipio	2019
Maule	(7) Talca	Municipio	2017
	(8) Longaví	Municipio	2018
Biobío	(9) Tomé	Municipio	2019
La Araucanía	(10) Temuco	Servicio de Salud Regional	2017
Metropolitana de Santiago	(11) Puente Alto	Corporación Municipal	2013
	(12) Pirque	Corporación Municipal	2015
	(13) Recoleta	Fundación Cristo Vive	1999
	(14) La Pintana	Corporación Municipal	sin registro
	(15) La Granja	Municipio	sin registro
	(16) La Florida	Corporación Municipal	2024
	(17) Las Condes	Corporación Municipal	2012

Nota:
Elaboración propia basado en el registro de la Oficina de Bioética del MINSAL (n.d)

Por las funciones específicas de los CEA, la bioética, efectivamente, puede encontrar un camino para aplicarse e institucionalizarse en la AP (León et al., 2010). Sin embargo, contando las experiencias pioneras de Comités de Ética Asistencial en AP, persiste un número reducido a nivel país. Estos pocos comités han demostrado abrir espacios de deliberación que refuerzan el modelo de salud familiar y la participación comunitaria,

con enfoque de derechos (Campillay & Nadal, 2025; Solari & Escobar, 2009). Por otra parte, habrá un aumento de esa demanda en el futuro. Según la Superintendencia de Salud (2023), de los 811 establecimientos de salud de la red pública que deben acreditarse, se ha cumplido en un 94% de los hospitales y en un 17% de los CESFAM, lo que implica que la necesidad de acceder a un CEA se verá aumentada a medida que los CESFAM continúen progresivamente su proceso de acreditación.

En síntesis, la institucionalización de la bioética asistencial en Chile está representada en instancias a nivel nacional y regional, representados por la Oficina de Bioética del Ministerio de Salud y los Servicios de Salud, respectivamente. A nivel local, se observa una notoria desigualdad. En el ámbito hospitalario, los CEA se han implementado en forma masiva, debido al respaldo normativo y al proceso de acreditación en calidad. Por el contrario, la AP muestra una brecha importante en el número de CEA disponible con especialización en su campo de acción.

4.3 Análisis de resultados de la experiencia de CEA-AP

El análisis de la experiencia de los CEA-AP en Chile requirió una aproximación, tanto a sus protocolos internos de funcionamiento como a los discursos y percepciones de quienes participaron como actores claves, entre ellos, los profesionales, los representantes comunitarios y los referentes nacionales en bioética. Esta doble mirada permitió comprender, no solo la dimensión normativa y procedimental que ha orientado el quehacer de los comités, sino también la forma en que los distintos participantes han interpretado, vivido y proyectado el rol de los comités en el marco de la AP.

Los resultados se obtuvieron a través de dos fuentes complementarias de información:

i) La revisión de protocolos internos de funcionamiento, en un análisis documental de las directrices que guiaron la organización del CEA-AP. Este material ofreció un panorama de cómo se ha configurado, formalmente, la práctica ética en el nivel primario y de qué manera se han plasmado principios, objetivos y procedimientos.

ii) La ejecución de grupos focales y entrevistas, para la exploración de experiencias expresadas por distintos actores vinculados al CEA-AP. Este material permitió contrastar la normativa con la práctica real y con la manera en que los comités son comprendidos en relación con su legitimidad, utilidad y contribución a la atención de salud, así también, a la producción de conocimiento en este ámbito de la bioética.

La integración de ambas fuentes posibilitó un acercamiento más completo a la experiencia acumulada de los CEA-AP, visibilizando sus logros, desafíos y brechas para la consolidación de un modelo de implementación de servicios de apoyo en ética asistencial con enfoque de derechos en la AP chilena.

4.3.1 Revisión de protocolos internos de funcionamiento

Se realizó una revisión de 5 protocolos internos de funcionamiento de CEA-AP, disponibles en la página *web* de la Oficina de Bioética del Ministerio de Salud, para analizar su organización, identificar los objetivos declarados en su conformación y describir su funcionamiento. Esta revisión fue facilitada mediante la plataforma informática (ATLAS ti®), la cual permitió segmentar por descriptores y generar una codificación temática de los resultados, los cuales se muestran en la Tabla 18.

Tabla 18

Codificación de la documentación relacionada con el funcionamiento de los CEA-AP en Chile.

Categorías	Subcategorías
Caracterización	
Objetivos	Calidad
	Derechos
	Funciones específicas
Leyes y normas	Nacionales
	Internacionales
Principios y valores	

Procedimientos	Dependencia administrativa
	Responsables
	Composición
	Cargos
	Deberes
	Público asesorado
	Acceso
	Generales
	Temáticas de deliberación
	Recomendaciones y plazos
	Actas
	Medidores de impacto

Según las definiciones señaladas en los protocolos internos disponibles de los CEA-AP, los comités se describen como órganos de deliberación, de carácter consultivo, orientados a apoyar la toma de decisiones en el ámbito ético asistencial. Se constituyen en grupos inter o multidisciplinarios, con autonomía e independencia en su quehacer, y actúan como referentes de ética dentro de la institución. De igual forma, se reconocen por su respeto a la pluralidad social y por su rol como instrumentos que contribuyen a la mejora continua de la calidad asistencial.

En relación con los objetivos identificados en los documentos, se señala que los comités contribuyen a la calidad asistencial, actuando como referentes éticos en la toma de decisiones; promoviendo una cultura con calidad técnica y humana; resguardando la prudencia de los medios utilizados y velando por los fines de la medicina. Además, buscan maximizar los beneficios para pacientes y familias, al favorecer el respeto y el diálogo ético, así también, fomentar la investigación y colaboración con otros órganos.

En materia de enfoque de derechos, se documenta que los comités promueven el respeto a la dignidad humana; la protección y garantía de los derechos en salud; la prevención de daños; y una atención más humanizada. Conjuntamente, entre sus funciones específicas, destacan la generación de normativas y educación bioética, el análisis y el asesoramiento

ante conflictos éticos, y la promoción de valores y principios fundamentales en la relación clínica.

Respecto a las normas y leyes nacionales declaradas como fuentes de referencia en los documentos, cabe señalar a la ley n.º 19.628 sobre protección de la vida privada; a la ley n.º 20.584 sobre derechos y deberes de las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud; a la ley n.º 20.120 sobre la investigación científica en el ser humano, su genoma, y prohíbe la clonación humana; al Decreto n.º 62 del Ministerio de Salud, que aprueba el reglamento para la constitución y funcionamiento de CEA; y al Código de Ética del Colegio Médico de Chile.

A nivel internacional, las referencias mencionadas son: la Declaración de Helsinki respecto a investigación biomédica en seres humanos (1964); la Declaración de la Asociación Latinoamericana de Academias de Medicina (ALANAM), respecto a ética en medicina (1973); el Código de las Enfermeras (1973); la Declaración de los derechos del Paciente de la Asociación Americana de Hospitales (1973); la Recomendación relativa a los derechos de los enfermos y moribundos adoptada por la Asamblea Parlamentaria del Comité de Europa (1976); la Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial (1948, 1968, 1983); y la Declaración de Lisboa respecto a los derechos del paciente (1981).

Los principios y valores señalados en los protocolos internos que, con mayor frecuencia se mencionan en los textos, fueron la confidencialidad, la dignidad, la autonomía y el respeto.

En cuanto a los procedimientos descritos, se establece que la dependencia administrativa de los comités puede recaer bajo la dirección de salud municipal o bajo la dirección de cada centro de salud primaria, diferenciándose entre comités conformados a nivel municipal (comunal), con participación de representantes de varios centros de salud adscritos, y aquellos de carácter local, integrados por miembros del propio establecimiento de salud.

Se identifican como responsables a los directores de salud municipal, que son encargados de formalizar la conformación del comité, garantizar su autonomía e independencia,

designar a la presidencia y proveer los recursos; a los encargados de calidad local, quienes supervisan el reporte de casos; a los directores de centros de salud e integrantes de comité, por velar por el cumplimiento del protocolo; a los jefes de equipos, quienes deben asegurar la participación de los integrantes del comité en las actividades propias de su función; a los funcionarios, por derivar los casos en conflicto para su análisis; y a las personas usuarias, por conocer las vías de acceso al comité.

En todos los documentos revisados, la composición de los comités se oficializa mediante una resolución emitida por un directivo, estableciendo en general entre siete y nueve integrantes, de los cuales al menos tres deben ser profesionales de la salud, incluido un médico cirujano, y uno de ellos con formación básica en bioética. Además, se incorpora un integrante de la comunidad y un profesional del área jurídica con conocimiento en legislación sanitaria. En ciertos casos, se agrega a la persona encargada de calidad con voz, pero sin voto.

Algunos comités difieren de lo señalado por el Decreto n.º 62 (2012) fijando un rango máximo de integrantes, de cinco a siete (menor a lo normativo). Otro protocolo señaló que sus integrantes deben contar con estudios formales en bioética, equivalentes a 120 horas académicas (no establecido en la normativa), y que al menos un vocal, ejerza funciones clínicas en AP. En el caso de algunos comités a nivel municipal, se solicita la presencia de un representante por cada centro de salud adscrito, designado por la respectiva dirección. Respecto a la elección del integrante o representante de la comunidad usuaria, los criterios varían entre que quedan a discreción del mismo comité, que no debe tener vínculos legales con la institución prestadora o que debe ser una persona activa en organizaciones comunitarias.

Respecto a la permanencia de los cargos dentro del comité, se establece en un protocolo, que la ausencia injustificada a reuniones de un miembro en tres sesiones consecutivas constituye una causal para el cese de sus funciones. Los comités mantienen a sus integrantes por un periodo de tres años, prorrogables hasta por dos periodos adicionales (acorde a lo normativo). Aquellos que deben cesar antes de concluir su mandato serían reemplazados conforme a la reglamentación interna del comité, sin posibilidad de delegar ni sustituir temporalmente su participación.

La incorporación de nuevos integrantes se realiza, en algunos casos, mediante procedimientos locales transparentes, en los cuales una comisión conformada por el presidente, el secretario y la dirección de cada CESFAM, propone candidatos a las autoridades municipales. La elección de la presidencia varía según el comité: en algunos casos corresponde al cargo asociado a la subdirección técnica de salud municipal, en otros se elige por mayoría simple o 2/3 de la votación interna, o es designado por la dirección municipal. Algunos comités contemplan el cargo de vicepresidencia, responsable de reemplazar al presidente, mientras que la secretaría es decidida por el propio comité.

Todos los comités poseen la facultad de invitar asesores externos cuando se requiera, y uno de ellos incluye la posibilidad de solicitar asesoría al Servicio de Salud regional en casos complejos.

Los deberes del comité establecido en los protocolos señalan que debe mantenerse informado y adecuarse a nuevas guías nacionales e internacionales sobre bioética; contribuir a la formación bioética dentro del establecimiento de salud; y proponer protocolos y orientaciones preventivas para enfrentar posibles conflictos éticoclínicos o asistenciales.

En relación con la difusión del CEA-AP, se documenta que el comité debe elaborar una memoria anual de actividades, la cual debe remitirse al MINSAL y la dirección del establecimiento de salud. Algunos protocolos también indican el envío de esto a la dirección de salud municipal y al departamento de calidad del Servicio de Salud correspondiente. En un caso, se exige un informe semestral sobre la frecuencia de presentación de casos para ser enviada a la dirección de salud municipal, y el deber de informar al equipo de salud y a las personas usuarias, sobre el acceso y funcionamiento del comité.

El público objetivo del comité, descrito en los protocolos, queda representado por los pacientes y sus familias; el equipo de salud local; la comunidad beneficiaria; aquellos que trabajan en los estamentos administrativos; las instituciones del intersector; las organizaciones comunitarias; la persona usuaria; el funcionario del establecimiento o de la red de derivación; y alumnos de educación superior junto con sus supervisores.

Respecto al acceso al comité, se establecen mecanismos directos para funcionarios, mediante contacto con alguno de los integrantes del CEA, y la entrega de una solicitud formal, por cualquier medio idóneo y por escrito, en sobre sellado o por correo electrónico, con el formulario *ad hoc* llenado, escaneado, firmado y dirigido al representante del comité, o a la secretaria o presidencia. En el caso de personas usuarias, se describe la vía de acceso a través de la Oficina de Informaciones, Reclamos y Sugerencias (OIRS). Otros protocolos describen un acceso indirecto, mediante la persona encargada de calidad del establecimiento, o la secretaria de la dirección del centro de salud primaria, quienes son las que derivan los casos al comité.

Algunos protocolos incluyen, en anexos, los formularios *ad hoc* para derivar casos, en los cuales se solicita cierta información mínima, tal como el nombre del paciente; nombre y correo electrónico del solicitante; antecedentes del caso; historia clínica resumida, situación actual del pronóstico; antecedentes familiares; el dilema ético que plantea el caso; opinión de la persona usuaria y de su familia; y las indicaciones entregadas por el equipo de salud. En algunos comités se asigna un folio único a cada caso.

Para procedimientos generales, manejo de conflictos, confidencialidad, inconformidad y protección de población vulnerable, en los protocolos se señala que los integrantes deben declarar cualquier conflicto relacionado con un caso o tema, quedando excluido de su análisis para preservar objetividad e independencia. Los integrantes y colaboradores externos deben mantener la confidencialidad de toda información que se señale durante las deliberaciones. Toda persona que no esté conforme con la recomendación del comité puede solicitar revisión ante la Corte de Apelaciones del domicilio del actor conforme al Decreto n.º 62 (2012).

En decisiones que involucren a poblaciones vulnerables, se establece que se solicitará la opinión a organizaciones o asesores especializados, quienes participan con voz y voto. Respecto a los menores de edad, el comité señala priorizar el interés superior de éstos.

Con relación a las convocatorias y sesiones del comité, aquella del tipo ordinario, se realizan al menos una vez al mes, aunque algunos documentos señalan que sesionan cuatro veces al año. La duración promedio de las reuniones son dos horas, dentro o fuera de la jornada laboral, si es que se autoriza. Respecto al quórum mínimo, se establece una

mayoría simple de asistencia y se exige que los acuerdos deben ser alcanzados por unanimidad o, en otros casos, por mayoría simple. Algunos comités establecen quórum de 2/3 para la adopción de decisiones.

Los protocolos establecen que el comité interviene en diversas situaciones, como aquellas que involucren la autonomía del paciente con riesgo grave para su salud; o ante solicitudes de no recibir o interrumpir tratamientos; o cuando hay decisiones sobre pacientes con discapacidad psíquica o intelectual; o ante conflictos sobre indicación de tratamientos o limitación del esfuerzo terapéutico; o cuando se detectan problemas en la relación clínica asistencial; o ante la vulneración de derechos por normativas internas; o para la distribución equitativa de recursos; o ante conflictos vinculados a interculturalidad, diversidad de género e inclusión; o el uso ético de datos sensibles o actividades académicas que puedan afectar la intimidad o integridad de las personas usuarias.

Respecto a las recomendaciones del comité, estas se entregan por escrito al consultante, a veces con copia a la dirección del centro de salud primario o salud municipal, mediante sobre sellado o por correo electrónico. La mayoría de los protocolos establece que ellas se emiten en un plazo de hasta 15 días hábiles, aunque en algunos casos se responden en 48 horas, tras la sesión.

Las actas del comité se declaran de carácter confidencial y se registran los integrantes asistentes, las excusas de los ausentes y los asuntos tratados y acuerdos. Mientras en algunos protocolos se describen que en las actas se deben consignar los acuerdos, otros incluyen también, los argumentos de quienes discrepan, incluso, éstos deben ser registrados de forma literal. Corresponde al propio comité registrar y almacenar las actas. En algunos casos, se envían copias de las actas al Secretario General⁵⁷ de la municipalidad, a la dirección de salud municipal o al Departamento de Calidad y Ética del Servicio de Salud regional.

La mayoría de los protocolos no contempla indicadores que midan impacto o cumplimiento del protocolo. Algunos comités informan mensualmente, al director del

⁵⁷ Funcionario que dirige las actividades de la secretaría administrativa del Alcalde y del Concejo Municipal. Se desempeña como ministro de fe en todas las actuaciones municipales (Ley n°18.695 Art.16)

centro de salud primaria y encargados de calidad, sobre el número de casos. Sólo un protocolo menciona que se solicita retroalimentación al consultante sobre la recomendación emitida por el comité.

De los protocolos revisados se evidencia una estrecha correspondencia con las disposiciones establecidas en el Decreto n.º 62 (2012), reflejando un cumplimiento sustantivo de sus mandatos normativos y procedimentales. No obstante, destaca el hecho de que algunos comités hayan introducido adaptaciones, que lejos de representar desviaciones arbitrarias, identifican innovaciones pertinentes para el diseño de futuras actualizaciones de aquel Decreto y, además, consideran las particularidades de la AP para la creación de CEA.

4.3.2 Perspectivas de los entrevistados sobre los CEA-AP

El análisis de los resultados se enmarca en un escenario donde confluyen ideas y reflexiones de los entrevistados, respecto a la experiencia de los CEA dentro de la salud primaria. Estos comités, concebidos como instancias innovadoras de deliberación, no sólo enfrentan el reto de justificar su existencia debido a la ausencia de un mandato normativo que los respalde, sino también, de consolidar su legitimidad, relevancia y utilidad, especialmente, en la medida que la atención comunitaria y extrahospitalaria toma más terreno en el sistema sanitario (Ayra et al., 2025).

Las trayectorias y prácticas de los CEA-AP permitió reconocer las motivaciones, dificultades y oportunidades para su implementación y desarrollo, como espacios de apoyo en ética asistencial al servicio del equipo de salud primaria y su comunidad usuaria. Finalmente, se introducen elementos normativos, organizativos y del enfoque de derecho para un futuro trabajo en la implementación y la consolidación de los CEA-AP en Chile.

La legitimidad de los comités aparece, severamente, influida por el desconocimiento de su labor y por su fragilidad institucional. Sin embargo, se observa un proceso progresivo de legitimación, sostenido tanto por prácticas internas de reflexión, consulta y apoyo emocional ante el estrés moral; como la influencia de factores externos, normativos e

institucionales, que han incidido en su capacidad de ser considerados actores válidos dentro de la institución.

Respecto a la relevancia de los comités, estos se perfilan como espacios deliberativos y formativos que contribuyen a la calidad asistencial. Su aporte se expresa en la promoción de una ética asistencial contextualizada y cercana a la realidad de la AP, en conjunto con la construcción de una cultura de cuidados humanizados, basados en la búsqueda de respuestas frente a dilemas que emergen en las zonas grises del enfoque de derecho en la atención de salud.

La utilidad de los comités se refleja en resultados tangibles para la práctica asistencial, tales como resguardar la privacidad y protección de datos; favorecer el respeto a la autonomía y el consentimiento informado; promover principios de justicia y equidad; y aportar orientaciones frente a problemas emergentes y contextuales. Estas funciones evidencian que los comités en AP se transformaron en un dispositivo esencial para resolver conflictos éticos concretos.

El camino hacia la conformación y desarrollo de los comités no ha estado exento de obstáculos. Entre ellos, cabe mencionar la insuficiencia del marco normativo para la AP, la falta de formación académica específica, el escaso respaldo de autoridades y las limitaciones en recursos. Aun así, emergen oportunidades vinculadas al impulso institucional y normativo, principalmente por el proceso de acreditación de establecimientos en calidad y seguridad del paciente; y al liderazgo y el capital humano que sostiene la iniciativa.

El proceso de implementación de CEA especializados en AP requirió una definición adaptada de elementos normativos, organizativos y de enfoque de derechos para cumplir sus funciones. Entre ellos, se destacan el asegurar autonomía y representatividad en su composición; establecer requisitos mínimos de formación y funciones claras para sus integrantes; definir estructuras prácticas de análisis ético; dotar de soporte técnico y administrativo a los comités; garantizar su visibilidad permanente; y vincular su quehacer a una atención de salud centrada en las personas, relacionado directamente con el modelo de atención integral que ha definido el Ministerio de Salud.

En esta parte de la tesis se profundiza en las dimensiones mencionadas, y se resumen en el anexo n.º 7, presentando una sistematización de las percepciones y propuestas que emergieron del estudio.

Legitimidad del CEA-AP

Uno de los aspectos más valorado del servicio de apoyo en ética es la “apertura de un espacio moral” (Favier, 2022, p.47). La evidencia internacional demuestra que, para quienes participan en las deliberaciones dentro de un CEA, este se reconoce como un espacio de apoyo y seguridad para tomar decisiones difíciles, además de contribuir a una mejor comunicación y colaboración entre las partes implicadas (Karlsen, 2023), permitiendo también que los profesionales busquen la validación de su juicio clínico al obtener la garantía de que la decisión que habían adoptado, o que proyectaban adoptar, contaba con respaldo (Favier, 2022).

En los relatos de los entrevistados en Chile, la legitimidad de los CEA-AP, se vincula estrechamente con su capacidad para actuar como un servicio de apoyo ante la aparición de conflictos éticos. Tal como se ha descrito en la literatura internacional, los Comités de Ética Clínica, denominación equivalente a la de los Comités de Ética Asistencial en el contexto chileno, representan una de las formas más consolidadas de este tipo de servicios (Crico et al., 2021; Favier, 2022). En consonancia con la definición propuesta por Magelssen et al. (2021), los entrevistados en este estudio reconocen que los conflictos éticos emergen cuando existe duda, incertidumbre o desacuerdo en la atención de pacientes respecto de lo que se considera bueno o malo, correcto o incorrecto de hacer. En este sentido, el reconocimiento institucional y práctico de los comités como espacios válidos de deliberación aparece como un elemento central para la construcción de su legitimidad dentro de la AP chilena.

Los resultados de este estudio señalan que la legitimidad de los CEA-AP aparece como un proceso en desarrollo, aún no consolidado, y fuertemente dependiente del compromiso de sus integrantes, más que de políticas institucionales. Esta situación se vincula con lo señalado por Favier (2022), quien señala el limitado conocimiento de la existencia,

funciones y el alcance de este tipo de servicio de apoyo ético dentro de las propias organizaciones. Una fragilidad similar ha sido descrita en la experiencia internacional de los CEA-AP, en donde se muestra que, si bien estos comités pueden cubrir una necesidad sentida en la práctica clínica de servicios sanitarios a nivel municipal, son estructuras frágiles, dependientes del compromiso individual, pero con un potencial significativo para fortalecer una cultura ética en los servicios de salud locales (Karlsen, 2023). Lo anterior hace que resulte, particularmente relevante, que estos comités se consoliden como espacios de deliberación ética capaces de equilibrar la atención de casos controvertidos con la participación en asuntos críticos, evitando ser percibidos como instancias de control de valores o como una amenaza para los profesionales o las autoridades institucionales (Førde & Pedersen, 2012).

En este estudio, entre los factores recurrentes que debilitan la legitimidad de los CEA-AP, destacan el desconocimiento, el temor y la confusión respecto de sus funciones por parte de los equipos de salud y de la comunidad usuaria. Con frecuencia, estos comités son percibidos erróneamente como instancias sancionadoras. Este déficit de comprensión se asocia a la escasa visibilidad del trabajo que realizan y a la insuficiente labor formativa dirigida a las organizaciones de salud y a la ciudadanía. A partir de las voces de los participantes:

“Lo que más costó fue que se enteraran, efectivamente, de qué tipo de consultas tenían que hacer al comité, porque empezaron a consultar si se llevaban mal con el jefe o no; si no tenían tiempo para atender a tanta gente (...). Entonces, eso sí, hubo que explicarlo y sirvieron mucho las clases que recibieron los miembros del comité, porque ellos fueron como replicando en sus sitios.” Académico e investigador nacional en bioética. Formador de integrantes de CEA-AP

“(...) entonces, piensa que nosotros, que somos de salud y tuvimos algún ramo de ética en la universidad, (...) quizás (...) genera un poco de temor, distancia, porque siempre la ética, tú piensas que lo primero que se me viene a la mente es algo (...) que te van a juzgar o que puedes tener algún tipo de sanción punitiva. Entonces, desde ese punto de vista, como que te genera cierto nerviosismo. Una distancia que no es tan fácil de abordar”. Director de un CESFAM

“Yo creo que está la parte del desconocimiento (...) qué es un comité de ética. Yo creo que todos lo asocian a otras funciones y creo fundamental, la educación de la comunidad(...). Creo que una de las barreras es el desconocimiento y también puede haber cierto temor, por parte de las autoridades, de la cantidad de situaciones que se puedan llegar a presentar y que el comité no dé abasto o si serán para reclamos de atención.” Académica investigadora en bioética a nivel nacional

“(...) la comunidad tampoco tiene conocimiento de lo que son los comités de Bioética (...) (Ellos) pensaban que nosotros sancionamos y no entendían el concepto de cómo los podíamos ayudar.” Vocal de CEA-AP.

“(...) el hecho de que la gente, los profesionales, incluso gente con muchos años en la Atención Primaria, no saben que existen instancias (...) los comités de ética. Que son entidades, organismos con gente formada para ayudar en la resolución de estos problemas (...). La verdad es que la misión de educación es muy pobre y o casi nula.” Autor de publicación científica respecto a dilemas éticos en la AP chilena

“(...) si el día de hoy voy a un centro de salud y le pregunto a alguien si conoce el comité de ética, lo primero que va a decir es: no”. Enfermera, integrante de CEA-AP

En el contexto chileno, el marcado desconocimiento acerca de las funciones del comité y su posición aún frágil dentro de la estructura organizacional, han limitado el impacto de las acciones de difusión impulsadas por sus integrantes. No obstante, estos esfuerzos no han sido en vano. Los resultados evidencian un proceso de legitimación progresiva que se fortalece a medida que los integrantes del comité ganan reconocimiento y su labor se hace más visible dentro de las instituciones. Según lo planteado en los discursos recopilados:

“(el comité) fue un aporte (...). Desafortunadamente, el aporte estaba sujeto a quienes conformaban el equipo, no a políticas claras. Eso es lo que marca una diferencia”. Kinesiólogo, integrante fundador de CEA-AP

“Las personas que están acá tienen mucha voz dentro de sus mismas comunidades de funcionarios, entonces, los chicos son súper bien validados. Creo que eso ha sido enriquecedor para poder llegar a todas las personas que uno a veces no puede llegar.” Presidenta de CEA-AP

“(…) no habríamos tenido la cantidad de casos que nos llegaban si la gente, los profesionales, no hubieran tenido la percepción de que había un comité de bioética donde ellos podían consultar”. Abogado, miembro de CEA-AP

“(…) al principio no hubo mucho interés, pero después que la gente se dio cuenta que podía hacer llegar casos, que para ellos eran de difícil resolución, comenzaron a interesarse más en él” Vocal de CEA-AP

“Los funcionarios han entendido (con el tiempo) de qué se trata esto (…) que no es un comité sancionador ni va a tomar medidas disciplinarias”. Subdirectora del Departamento de Salud Municipal, integrante fundadora de CEA-AP

La legitimidad de los comités ha sido un “paso a paso”, en la medida que han demostrado su utilidad práctica, tanto en la resolución de casos como en el acompañamiento los equipos de salud frente al estrés moral. Este último es una condición significativa derivada de los dilemas éticos que emergen y que requieren estrategias educativas y organizacionales específicas (Giannetta et al., 2021). En el plano emocional, se ha documentado que un apoyo efectivo por parte de los comités hacia los profesionales de la salud puede contribuir a disminuir los niveles de estrés asociados a la práctica clínica (Crico et al., 2021). En la misma línea, Koppman et al. (2012) destacan la importancia de recurrir a un consultor o a un comité de ética, como medida para mitigar el impacto del estrés emocional. Lo anterior se demuestra en la experiencia chilena de CEA-AP. Como se observa en las experiencias relatadas:

“(…) un factor cualitativo, que quizás nosotros no dimensionamos, es que los equipos, cuando presentan estos dilemas bioéticos, son equipos que ya vienen muy quemados y, al momento de presentar el caso, ellos (…) se sienten apoyados y aliviados. Que no están solos en este proceso. Entonces, es un factor, como secundario, que el comité está generando de a poco con los equipos. De darle el

apoyo, de darle una perspectiva nueva (...). Cuando se reflexiona frente a la ética, también se piensa en sí mismo (...)” Vocal de CEA-AP

“(...) empiezan a aflorar esas cosas, esos sentimientos, como de cuánto me afecta a mí. Y uno pierde un poquito la realidad de la objetividad, pero bueno, todos somos humanos.” Vocal de CEA-AP

“Lo creo muy necesario (al comité) (...). Por cada cosa que aparece nueva, todos los días, pues, por salud mental (...) tantas cosas que, a veces en lo médico, el sistema tiene que decidir (...)”. Representante de la comunidad usuaria

En relación con la demanda de consultas de los CEA-AP, la experiencia internacional muestra que la discusión de casos individuales puede tener un impacto significativo, no sólo en la forma en que esto se abordan, sino también en el ámbito sistémico (Karlsen et al., 2024). En este sentido, Crico et al. (2021) sugieren que esta función consultiva, en particular, sea monitorizada a largo plazo, considerando la especificidad de las consultas éticas y el reducido número de casos atendidos anualmente.

Aunque el comité no sea consultado con frecuencia, la necesidad de contar con apoyo ético se percibe en distintos niveles de la organización, incluso, entre las autoridades de mayor jerarquía. En experiencias internacionales se ha observado que, cuando los mandos medios dentro de la estructura administrativa reciben información sobre las funciones de los CEA-AP, tienden a realizar consultas con mayor frecuencia que el personal directamente involucrado en la atención de pacientes. Esto se explica porque desempeñan un rol central en la gestión de problemas que surgen en los servicios y se espera de ellos la capacidad para abordarlos y resolver conflictos de valores (Maggelssen et al., 2021).

En el contexto chileno, los entrevistados destacan que el éxito del CEA-AP no depende de la cantidad de consultas recibidas, sino de la calidad del análisis realizado y del impacto cualitativo de las recomendaciones emitidas por cada caso consultado. Estas, según señalan, han sido progresivamente reconocidas tanto por los equipos profesionales como por las instancias administrativas superiores de las instituciones de salud. De acuerdo con las percepciones expresadas por los participantes:

“Si bien nosotros en este último año hemos tenido muy poquito trabajo, en el sentido de consultas propiamente tal, cuando tú vas a los centros (de salud primaria), a las reuniones con los médicos, específicamente, te das cuenta de que hay harta necesidad.” Médico, integrante de CEA-AP

“No te voy a decir que fue una enormidad de casos, pero cada vez que íbamos a algún tipo de centro (de atención primaria), eran temas que, efectivamente, despertaban interés. Despertaban reflexión y hubo casos bien interesantes que nos tocó como entrar y pronunciarnos.” Presidenta de CEA-AP

“(...) la cantidad de casos que tú resuelves son pocos, pero (...) haces una diferencia en la calidad (...) tú puedes ver 100 casos y no necesariamente va a ser un buen indicador(...). Creo que la calidad del análisis es lo que más cuenta.” Odontóloga, integrante fundadora de CEA-AP

“Uno (caso) que te deja sensibilizado. Uno que te marque. Uno que haya hecho la diferencia, te va a hacer darte cuenta de que en verdad la discusión de los problemas va a tener su esfera, tanto clínica como moral, como ética.” Autor de publicación científica respecto a dilemas éticos en la AP chilena

“(...) la cantidad de casos que tú resuelves son pocos, pero efectivamente ese caso que lograste resolver, con el que te lograste pronunciar (como comité) (...) haces una diferencia en la calidad. Además, aunque sea un solo caso, ese equipo, ese profesional, ese equipo que después lo compartió. Tú esperas que esa visión sea internalizada”. Vocal de CEA-AP

“(...) me llama mucho la atención (...) desde la Casa Central (Municipio), el Secretario (General), me llegan solicitudes (...) Por último, él sabe que existimos. Creo que ese es el impacto real que (el comité) tiene en estos momentos”. Presidenta de CEA-AP

Diversas estrategias de legitimación han sido implementadas por los CEA-AP. Entre ellas destacan la difusión de la existencia y funciones del comité; la participación de consultantes, expertos y representantes del intersector durante las sesiones, así como la

solicitud de retroalimentación formal a los consultantes, respecto a las recomendaciones emitidas. Según lo indicado por los entrevistados:

“(...) salía tanto para el consultor, como para el Departamento de Salud (...) una memoria anual de los casos que se habían presentado “. Kinesiólogo, integrante fundador de CEA-AP).

“De hecho, hace poquito nos hicieron grabar una cápsula donde nos pedían, de que yo expresara (...) cómo poder acceder al comité de ética.” Representante de la comunidad usuaria en el CEA-AP

“(...) la comunidad, en general, lograba percibir el trabajo del Comité de Bioética mediante este acercamiento (...) con hogares de menores, otras comunas de la región (...) o la gente de SENADIS⁵⁸”. Abogado, miembro de CEA-AP.

“(...) la introducción de expertos, no expertos, sino más bien, de alguna gente con más experiencia respecto de los factores críticos de estos dilemas éticos, ahí el sistema consultivo estuvo muy bien” Trabajador social, Miembro fundador del CEA-AP

“Generalmente, terminamos llevando la respuesta y no hacíamos mucho seguimiento, (...). Ya en el último año, hemos hecho un protocolo, otro anexo que se lo mandamos a los clínicos para que nos lo devuelvan, para ver cómo solucionaron el tema.” Secretaria de CEA-AP

Los actores involucrados en casos de ética clínica que pertenecen a instituciones externas a los servicios propios de AP suelen valorar positivamente la intervención de los comités (Amblás y Gómez, 2020; Heggstad et al., 2021; Holmes et al., 2020; Magelssen y Karlsen, 2022). Se reconoce, además, que un paso clave para fortalecer su labor consiste en anclar los CEA-AP dentro de la estructura organizacional del territorio, definiendo con claridad sus vínculos con otras instituciones y servicios (Vicenteño & Consejo, 2025). Asimismo, se debe considerar que, en el contexto ambulatorio y territorial, suelen surgir desacuerdos entre los distintos servicios, sanitarios y sociales, respecto de la manera más adecuada para abordar los casos compartidos (Magelssen et al., 2021). En Chile, el trabajo

⁵⁸ Servicio Nacional de Discapacidad

del comité con el intersector se volvió un componente crucial para evitar prácticas contrarias al enfoque de derechos y contribuir a mejorar los cuidados compartidos. Tal como emerge de las narrativas analizadas:

“Si no le entrego la ficha clínica (a organismos del intersector relacionados con la protección de niños) se pone una traba (...) para dar una mejor atención. Y finalmente, eso trae un perjuicio al tratamiento que va a recibir la persona, pero si se pasa por alto las exigencias legales para entregar la ficha y colaborar, después uno se puede meter en un tremendo problema porque aparece el papá que no autorizó la entrega (...). Sería una buena idea con el comité (...) un pronunciamiento.” Abogado miembro del CEA-AP

“Logré algunos cambios respecto a lo que yo siempre fui crítica: de la consultoría psiquiátrica (con equipo del hospital), donde había 15 o 20 personas (presentes) y entrevistaban al paciente. Ese es todo un sistema que lo encontré como muy, muy, digamos, humillante para el paciente y sé que después se fueron haciendo cambios de forma positiva (...). En esas cosas, después yo vi que se fue como tomando conciencia y en eso, yo creo que estuvo bien, pero igual uno se siente a veces como criticada.” Trabajadora social, integrante de CEA-AP

“Yo me acuerdo de que ese es un tema que lo tratamos en una de las capacitaciones que hizo el comité y eso, caló hondo, porque la gente se acuerda mucho (...). Por ejemplo, con lo que pasa con las duplas psicosociales que trabajan en los colegios. Nosotros tenemos que relacionarnos con esas duplas (...) por casos que tenemos en común, sobre todo con adolescentes y ellos no entienden el tema de la confidencialidad, se molestan un poco.” Psicóloga secretaria de un CEA-AP

Las publicaciones sobre el trabajo de los servicios de apoyo en ética durante la pandemia por COVID 19, muestran una expansión significativa de sus funciones, al atender tanto demandas educativas como necesidades relacionadas con el manejo del estrés moral (Dittborn et al., 2022; Moodley et al., 2021). Habitualmente, los servicios de AP enfrentan una amplia gama de cuestiones éticas complejas, tales como el respeto a la autonomía del paciente, la toma de decisiones compartidas, la confidencialidad, las solicitudes de tratamientos médicos inapropiados y los conflictos interpersonales. Durante la pandemia,

estos problemas se intensificaron y se sumó una capa adicional de desafíos, incluyendo una confusión inicial, la incertidumbre y la gestión de la COVID prolongada (Taiwo, 2024). Estas situaciones generaron dificultades en la provisión de una atención sanitaria centrada en el paciente (Béltran et al., 2021).

En conjunto con las dificultades en periodo de pandemia, la experiencia de los integrantes de los CEA en servicios de salud primaria evidenció, aún más, la fragilidad de su labor, ya que en muchos casos debió posponerse para priorizar tareas vinculadas a la asistencia de la emergencia sanitaria (Karlsen et al., 2024). También en Chile, durante la pandemia, fue evidente la fragilidad institucional de los CEA-AP, pues perdieron posicionamiento, se interrumpieron sus procesos de instalación y se diluyeron vínculos con el equipo y la comunidad. Actualmente, los comités enfrentan el desafío de su reconstrucción y formación de nuevas generaciones que aseguren su continuidad. Los relatos permiten apreciar que:

“La pandemia nos jugó muy en contra (...) generó un olvido de lo que ya habíamos enseñado, de lo que ya habíamos un poco avanzado en eso, a pesar de que la pandemia fue el mejor ejemplo de bioética que pudimos haber tenido”.
Presidenta de CEA-AP

“(...) hacia donde se volcó la energía en los tiempos en periodos de pandemia(...), por supuesto el Comité de Ética no tenía ningún espacio. Entonces, fueron al menos dos años que esto ni siquiera pasó por la cabeza, prácticamente, de nadie. Entonces sí, creo que ahora podría ser un momento más propicio como para poder volver a ponerlo como en la palestra, ¿no?” Encargada de Calidad comunal, integrante de CEA-AP

“(...) si tú no preparas nuevas generaciones (...) la cosa va a decaer”. Vocal de CEA-AP

Según este estudio, la debilidad en la legitimidad del CEA-AP es percibida por la comunidad usuaria, como una tarea pendiente, ante lo cual se sugieren estrategias para darlo a conocer. Esta situación coincide con lo observado a nivel internacional, donde los casos tratados en los comités suelen originarse en el personal de salud de los distintos servicios, sin recibir consulta de pacientes o familiares, a pesar de la probable existencia

de numerosos problemas de índole ética (Magelssen et al., 2021). El discurso aportado lo señala:

“Yo pienso que esto se podría, se me ocurre, con algún taller, con alguna presentación que ya se ha hecho alguna vez, algo así como una convocatoria a los usuarios, a la ciudadanía, a los vecinos, a las comunidades y ahí hacer una reunión informada de todo lo que se hace y para qué es un comité de Ética”.
Representante Comunidad usuaria de CEA-AP

En Chile, la participación comunitaria relacionada con los CEA-AP se ha concentrado en los representantes que forman parte de éste, quienes, efectivamente, legitiman su labor y reconocen beneficios personales, al ser los que poseen mayor conocimiento sobre su funcionamiento. Del mismo modo, estos representantes resaltan una legitimidad indirecta del comité frente a la comunidad, al incorporar la participación de organismos intersectoriales en los espacios de deliberación y análisis. Las voces de los participantes coinciden en señalar que:

“(...) sería muy importante abrir(se) a las redes e ingresar a alguien de los sectores (...), asociaciones de adultos mayores que perfectamente podían integrarlo”. Representante de la comunidad usuaria de CEA-AP

“Eso me hace sentir, realmente orgullosa, de que mi comuna tenga un comité de ética y que seamos capaces de aportar (...). A mí como persona me interesa mucho, por eso sigo, voy a seguir mientras pueda estar en este comité”.
Representante de la comunidad usuaria de CEA-AP

“(...) con todo eso, hasta lo que yo he aprendido hasta ahora, el comité ha sido un apoyo y un aporte.” Representante de la comunidad usuaria de CEA-AP

En síntesis, la legitimidad de los CEA-AP se asocian al conocimiento y la comprensión de su rol consultivo y no sancionador; la calidad de los análisis de las consultas y la pertinencia de sus recomendaciones; la disminución de la brecha en el conocimiento de estos comités a través de una difusión sistemática y sostenida hacia la institución y la comunidad; el apoyo ante dilemas éticos y el estrés moral de los equipos de salud. Aún incipientes y frágiles, los CEA-AP han mostrado un potencial de legitimación progresiva.

Relevancia del CEA-AP

Los comités de ética en el primer nivel de atención en salud pueden considerarse espacios sensibles a la realidad contextual, que facilitan el análisis de los problemas éticos desde un enfoque especializado en AP. Estos comités fomentan un mayor grado de autonomía de las personas en la toma de decisiones en salud y contribuyen a la promoción de una cultura bioética mediante la educación y el análisis de políticas públicas en contextos específicos: geográficos, sociales e históricos (Vicenteño & Consejo, 2025). Si se considera que la AP difiere de la atención hospitalaria, pues no solo abarca servicios clínicos, sino también sociales y comunitarios, hace que esa diversidad requiera adaptaciones contextuales para los CEA. Entonces, al generar un espacio propio para la reflexión, los miembros del CEA-AP, pueden identificar, analizar y evaluar críticamente problemas complejos y desarrollar argumentos sólidos para proponer alternativas de acción en los lugares donde se desarrollan (Karslen et al., 2024).

La relevancia de los CEA-AP, es decir, lo que justifica su existencia para los entrevistados, radica en que estos comités emergen como espacios innovadores de reflexión colectiva que irrumpen en la lógica de la automatización de la práctica clínica y asistencial. Así también, ellos representan un ámbito protegido e institucional para problematizar, deliberar y orientar la toma de decisiones, desde una perspectiva ética situada en el mismo contexto donde surgen, y es donde confluyen los aspectos profesionales, prácticos y éticos que están entrelazados (Magelssen et al., 2021) y, a lo anterior, los entrevistados agregan la asociación con experiencias clínicas, familiares y comunitarias, propias del modelo biopsicosocial. Las voces de los participantes coinciden en señalar que:

“(...) para nosotros es muy patente todo lo psicosocial (...). La Atención Primaria no puede soslayar la temática psicosocial (...), es una necesidad ética más patente (...) cómo pongo a la persona, a su familia y a esa comunidad en igual valor que lo que yo creo, lo que yo sé, lo que yo manejo como profesional”. Médico integrante de CEA-AP

“(...) cuando nos sentamos a reflexionar (...), hay una brecha entre lo que hacemos y lo que pensamos que hacemos. Lo hacemos automáticamente. Es ahí cuando actúa el Comité de Ética (...) cuando esa automatización daña al paciente”. Trabajador social e integrante fundador de CEA-AP

“Los comités de ética son espacios de reflexión y trabajo que sí son necesarios dentro de la Atención Primaria (...). (Ellos) debieran ser espacios protegidos para intencionar esta mirada dentro de nuestra práctica cotidiana”. Presidenta de CEA-AP

“(El comité) nos ofrece avanzar hacia la reflexión crítica de las atenciones que generamos a diario (...). Es un espacio que todavía se tiene que abrir mucho más”
Odontóloga, miembro fundador de CEA-AP.

“Yo, este cambio, lo he notado (...) esos cambios se están experimentando.”.
Representante de la comunidad usuaria de CEA-AP

Las competencias de los comités de ética que actúan a nivel de los servicios a cargo de los municipios demuestran que su enfoque sistemático y los cuestionamientos que plantean, fomentan la reflexión ética de los responsables de los casos, por lo que, como iniciativa, parece responder a una necesidad percibida (Karlsen et al., 2018a). A su vez, el aprendizaje organizacional ocurre cuando la reflexión ética individual se traduce en cambios colectivos en las prácticas y en la comprensión de los valores. De este modo, los comités de ética pueden actuar dentro de los nodos de aprendizaje moral, facilitando la comunicación transversal y la mejora continua (Karlsen, 2023).

En los hallazgos de este estudio se destaca que los CEA-AP cumplen una doble función: deliberativa y formativa. Por una parte, ellos constituyen un espacio plural y horizontal de participación que favorece la resolución de conflictos; el análisis crítico de los problemas éticos cotidianos; y la generación de consensos orientados a la calidad y la humanización de los cuidados. Por otra, también actúan como instancias de aprendizaje continuo, que amplían la mirada de los equipos de salud, transformando la práctica profesional, más allá de lo estrictamente biomédico e incorporando la dimensión ética como parte constitutiva de la atención. Según lo indicado por los entrevistados:

“(…) cuando se enseña a analizar los casos y el trasfondo (…) se comprende mejor la temática, se analiza desde otro punto de vista más empático y no tan taxativo ni tan agresivo” Secretaria de CEA-AP

“(En el comité) todos tenían derecho a opinar, se le daba su espacio a cada uno y, como buen comité de Bioética, se respetaban todas las opiniones. Se llegaban a buenos análisis y se daban buenos consejos al funcionario” Integrante fundador de un CEA-AP

“Mientras más instancias haya institucionales (…) respecto de la protección de los derechos de las personas, vamos a estar más alineados (…) con repensar lo que es la condición humana actual”. Trabajador social, integrante fundador de CEA-AP

“(…) se ven muchas cosas que antes no se veían con la mirada bioética. Eso hace que se puedan tomar mejores decisiones y mejorar la calidad de la atención que le podemos dar a nuestros usuarios”. Integrante fundador de CEA-AP

“Lo que siento es que los que hicieron uso del apoyo del comité, cambian su forma de ver o de actuar después de haber presentado su caso”. Psicóloga, integrante de CEA-AP

La deliberación de casos con conflictos éticos por parte de un comité especializado en AP, ofrece una ventana para comprender los desafíos que enfrenta el equipo de salud. Estos casos representan, a su vez, “la punta del Iceberg” de lo que ocurre en la práctica cotidiana, cuyo manejo y resolución exitosa puede marcar una diferencia significativa tanto para los pacientes y los servicios que reciben, como para sus familiares (Magelssen et al., 2021). Más allá de los dilemas puntuales, la ética asistencial en AP se configura en una relación asistencial a largo plazo, longitudinal, que requiere un abordaje ético capaz de enfrentar esta complejidad (Reiter & Runyan, 2013).

La especificidad de los CEA-AP chilenos, en comparación con los comités hospitalarios, se refleja en su capacidad para deliberar sobre problemáticas propias de la AP, tales como la confidencialidad de los datos dentro de la institución; el paternalismo en la relación clínica que involucra al paciente y su familia; la autonomía de las personas atendidas en sus domicilios; y la atención entre cumplir con la productividad exigida por las

autoridades sanitarias y brindar una atención con calidad humana. Estos ámbitos, situados en las zonas grises del enfoque de derecho, requieren herramientas para valorar cómo los principios bioéticos son aplicados a esta particular relación clínica (Godoy y Barraza, 2018). Abordar los conflictos en el mismo contexto en que surgen, otorgó pertinencia y relevancia a las recomendaciones emitidas por el CEA-AP. Tal como emerge de las narrativas analizadas:

“Siendo la Atención Primaria la puerta de entrada de todos los problemas nuestros, desde el lactante hasta el viejito (...), evidentemente, que ahí tenemos conflictos de todo tipo, en donde tal vez (hay) menos burocracia y (...) esfuerzos mucho menores, pueden generar impactos mayores” Referente nacional de bioética, Ministerio de Salud

“Es importante mirar los casos con la experiencia del día a día (en AP). El Comité entrega respuestas más ajustadas a la realidad”. Integrante de CEA-AP

“Tuvimos un caso (...), dentro de una atención de urgencia (...). Hicimos una reunión que fue bastante inédita, (...) convocamos a los médicos (...). Fue, de verdad, como un hito a nivel comunal (...). Además de hablar de ética de la atención (...) fue un espacio súper nutritivo. Entonces, yo creo que efectivamente se pueden hacer cosas concretas con las actuaciones de los comités”. Presidenta CEA-AP

“No poder mantener la confidencialidad es fallarle a los usuarios, impidiendo establecer confianza”. Vocal de CEA-AP

“Ha costado incorporar el concepto de que la información es reservada y es confidencial, ¿no?, y que no cualquier cosa se puede contar y comunicar”. Académica, docente e investigadora nacional en bioética

“La atención a enfermos terminales en muchas ocasiones depende de la Atención Primaria. Son personas que están en su casa y están atendidos por profesionales, enfermeras, pero se plantean los mismos problemas del final de la vida (...). En la medida que el Comité de Ética actúa en una institución cualquiera, se va aumentando el respeto por las decisiones de los pacientes. Se va disminuyendo la

mentalidad paternalista que existe todavía hoy en día.” Autor de publicación científica respecto a dilemas éticos en la AP chilena

“Hay problemas de autonomía y problemas de paternalismo también, y son temas que están en el día a día, (...) cuántos pacientes tienen mala adherencia a fármacos y que, en el fondo, es algo que se impone”. Referente nacional en bioética. Ministerio de Salud

“(...) deberíamos ser más humanos al atender a otro ser. Nos ha costado mucho. Nos cuesta mucho porque también estamos (...), en nuestra atención o en la calidad de nuestras prestaciones, con el cumplimiento de metas. Ese cumplimiento de metas o estos rendimientos que son tan acotados, también nos juega un poco en contra cuando queremos brindar atenciones de calidad”. Vocal de CEA-AP

“Es preferible el número, cumplir la meta (en vez) de darse un espacio, tal vez un poco más de calidad que permita resolver problemas a futuro.” Autor de publicación científica respecto a dilemas éticos en AP chilena

“(...) estamos súper mecanizados (...). No puedes tener a la gente (...) trabajando todo el día con rendimientos que matan el amor por las cosas (...). (Es importante) ir encontrando esos términos medios”. Vocal de CEA-AP

“Que mejor defensor de los derechos del paciente o del usuario, que un comité de ética local que esté y que conozca los problemas en la primera línea.” Trabajador social, integrante fundador de CEA-AP

Los comités desempeñan seis roles diferentes, pero complementarios, el de analista; asesor; apoyo; moderador; constructor de consenso y confianza; y divulgador (Magelssen & Karlsen, 2022). Para los entrevistados, los CEA-AP operan como mecanismos de sensibilización ética que previenen los daños derivados de la falta de reflexión de prácticas rutinarias naturalizadas. Así también, refuerzan la confianza entre personas usuarias, profesionales y autoridades, actuando como mediadores ante conflictos relacionales, lo que evita la sobre judicialización de temas de esta índole. De acuerdo con lo manifestado en las entrevistas:

“Yo creo que hay cosas que están como muy naturalizadas y si no hay como ciertos actores que estén mostrando, prendiendo alertas, siguen estando naturalizadas. Presidenta de CEA-AP

“(...) se toman decisiones erróneas que quizás pasan por la desinformación, por el prejuicio o por otras situaciones, que, si se hubiesen tomado bien informados, podrían haber sido distintas (...)”. Presidenta de CEA-AP

“Respecto de no dañar al paciente, de hacer el beneficio y de seguir inconscientemente los preceptos éticos.” Trabajador social, integrante fundador de CEA-AP

“Los equipos, en general, trabajan desde lo biomédico, y los comités, de todas maneras, van a ayudar a que haya un enfoque más humanizado en la atención. Ahora, indirectamente, eso también redundará en la calidad.” Referente nacional de bioética. Ministerio de Salud

“(...) se lesiona la relación clínica y entonces, para mí, ahí sí es peor (...). (Eso implica) que una persona pierda una de sus redes más importantes (...). Nosotros, los trabajadores de salud, podemos ser una red importante de cuidar y entonces dañar eso (...) sería bien dañino (para las personas usuarias)”. Médico, integrante de CEA-AP

“Yo creo que la perspectiva de que (los comités) intentan acercar posturas (...). Intentan acercar posiciones entre una decisión médica y una decisión de los pacientes, en este caso, o entre el equipo de salud. Entonces sí, yo creo que efectivamente son una contribución.” Referente en bioética de Servicio de Salud regional

“(...) la concientización de los profesionales en el modo de cómo tratar a la gente es un punto importante que podría disminuir el tema de la judicialización y eventual perjuicio, no solo para el profesional que está siendo demandado, sino que también para el usuario que percibió que tenía una atención de salud digna y adecuada como persona humana.” Abogado, integrante de CEA-AP

“Tratar de prevenir que se judicialicen ciertas situaciones que a lo mejor se pueden enfrentar de otra manera” Médico, presidente de CEA-AP

“(...) la familia manifestó que, de forma paralela, había un proceso judicial o administrativo en vías de judicializarse y, en virtud del abordaje integral que realizó el Comité, que luego la autoridad ejecutó, la familia manifestó que estaba conforme con el procedimiento”. Abogado, integrante de CEA-AP

“(...) también somos mediadores en las situaciones entre la institución, los funcionarios y los pacientes (...). A veces se generan malentendidos o están tan altos los ánimos, que no llegamos a acuerdo con nuestros prejuicios, con nuestra historia (...) y nosotros (como comité) debiéramos ser (...) neutros (...) observadores, y ayudar a solucionar conflictos.” Presidenta de CEA-AP

“También influye en lo que significa el vínculo (con su profesional tratante). Hay harta evidencia que demuestra que la experiencia del paciente con el profesional es fructífera, si se siente cómodo, eso tiene un porcentaje de éxito en el tratamiento”. Trabajador social, integrante fundador de CEA-AP

“Entonces, el comité junta al tratante, en este caso con la familia, con el paciente y ayuda (...), conversan para que entiendan las razones de por qué A o por qué B.” Académica e investigadora nacional en bioética

En síntesis, los CEA-AP son reconocidos como instancias necesarias para integrar la dimensión ética en la cotidianidad asistencial, aportando una bioética contextualizada y situada en la realidad local. Su contribución no sólo fortalece el enfoque de derechos en salud, sino que también promueve una cultura de cuidados humanizados y de deliberación plural, con impacto directo en la calidad de la atención y en el vínculo de confianza entre la institución, los equipos de salud y la comunidad usuaria.

Utilidad del CEA-AP

El nivel de actividad de un CEA-AP se justifica cuando en los servicios de AP surgen problemas éticos característicos, significativos, difíciles y complejos. No obstante, si este

tipo de comité constituye un medio factible y adecuado de apoyo ético, se debería responder con el complemento de varios métodos de evaluación (Magelssen et al., 2021; Vicenteño & Consejo, 2025). Ahora bien, si el objetivo de los comités es brindar apoyo a los profesionales de la salud en casos clínicos, la satisfacción de los consultantes y su disposición para seguir las recomendaciones, podrían considerarse un indicador razonable de desempeño, especialmente, cuando se logra un mayor entendimiento de los problemas éticos y de los valores morales implicados (Crico et al., 2021).

Según Karlsen et al. (2024), la utilidad de estos comités radica en proporcionar a las instituciones acceso a competencias significativas, crear espacios únicos para que el personal y otros actores involucrados, reflexionen sobre los aspectos éticos de la práctica, y se ofrezca una base más sólida para la toma de decisiones complejas. Cuando el personal, efectivamente utiliza los servicios de apoyo ético, en líneas generales, su experiencia parece ser positiva, y los beneficios que aporta contar con un servicio local, no están en duda (Favier, 2022).

Para Montero y Morlans (2009) la dificultad en la evaluación de estos comités puede generar escepticismo sobre los beneficios que pueden aportar. Una primera valoración es la memoria anual que contenga el contenido de las actas, el número de reuniones, la participación y los casos tratados. En una valoración más específica, será relevante evaluar cada función del comité, conocer la influencia del consejo moral en los casos consultados y el impacto de su función pedagógica. Favier (2022) señala que se requiere más investigación para demostrar, empíricamente, la utilidad y efectividad de los CEA.

La utilidad de los CEA-AP, es decir, la demostración de resultados concretos en la práctica asistencial chilena, según los relatos de los entrevistados, se encuentran concentrados en algunas áreas de influencia, especialmente, relacionadas con la protección de datos y la privacidad; la autonomía y el consentimiento; la justicia y la equidad; y problemas emergentes y contextuales de la AP. En este estudio se confirma lo publicado a nivel internacional, al reconocer un efecto positivo en la práctica asistencial, pero con la salvedad de la ausencia de mecanismos sistemáticos de evaluación de impacto, debido a la falta de seguimiento formal de casos y recomendaciones. Conforme a lo que describen los relatos:

“Yo no vi mucho que se retomaran los casos, (...) que se supiera en qué había del tema más allá de las recomendaciones del Comité de Bioética.” Abogado integrante de CEA-AP

“Generalmente, terminamos llevando la respuesta y no hacíamos mucho seguimiento (...). La gran mayoría de las veces, la información que nos entregan de vuelta, ha sido más de tipo informal”. Médico, presidente de CEA-AP

“Conozco poco el impacto real (de los CEA-AP), pero conozco mucho de los comités de instituciones de atención cerrada, de clínicas, hospitales” Académico e investigador nacional en bioética

Un hallazgo relevante es la contribución de los CEA-AP en la formación ética del equipo de salud, particularmente, en el manejo de la información clínica. Las entrevistas reflejan que las instancias de capacitación, impulsadas por los comités, permitieron reconocer normativas nacionales y desarrollar criterios prácticos para resolver conflictos entre seguridad, privacidad y derecho a la información. De igual forma, los integrantes de los comités, activamente, identificaban prácticas contrarias a la protección de datos, tales como la impresión de documentos en impresoras compartidas; el registro de alertas visibles en historias clínicas electrónicas que inducen juicios de valor respecto a los pacientes; y la difusión informal de diagnósticos sensibles en espacios colectivos de convivencia. Estos riesgos son significativos en el contexto comunitario de la AP, donde las relaciones de cercanía entre las personas usuarias y el equipo de salud aumentan la vulnerabilidad de la confidencialidad. Las voces de los participantes coinciden en señalar que:

“Cuando tú te metes (en la historia clínica electrónica) aparece un mensaje (...) que dice: ‘no dar hora con tal profesional porque (el paciente) me agredió’. Médico, presidente de CEA-AP

“En el fondo, si yo voy a comentar, incluso, el caso de un paciente con otro colega, tengo que consultar al paciente (...) si debo. Esa información sensible, compartirla, incluso, con otro profesional (...). Ni que decir de las

conversaciones de pasillo, de café, de ascensor y todas esas cosas que son habituales.” Referente nacional en bioética. Ministerio de Salud

Desde la perspectiva comunitaria, las personas representantes dentro de los comités valoraron, especialmente, el resguardo de su intimidad y demandan una mayor formación para los funcionarios en este ámbito, lo que reafirma la utilidad de los comités como instancias de orientación y prevención, frente a la vulneración de derechos. De acuerdo con las percepciones expresadas por los participantes:

“Pienso que falta un poco de conocimiento y educar a los funcionarios en este sentido, porque yo no he escuchado, en ninguna reunión, por lo menos yo como usuaria, (...), que se hable sobre la confidencialidad.” Representante de la comunidad usuaria de CEA-AP

“No me gustaría que mi diagnóstico o tratamiento salga en una hoja (de una impresora de uso colectivo)” Representante de la comunidad usuaria de CEA-AP

Un gran número de casos evaluados por los CEA-AP se relacionan con temas de autonomía, ante la puesta en duda de la competencia para consentir y la coerción. Esta última, se convierte en una línea de acción para los comités, cuando las preferencias de los pacientes entran en conflicto con la percepción del equipo de salud sobre qué es lo mejor para ellos (Magelssen et al., 2021).

Las entrevistas evidencian que los comités han promovido un cambio cultural en la práctica clínica y asistencial, contribuyendo a disminuir enfoques paternalistas y reforzando el respeto por la voluntad del paciente. A través de la deliberación y la elaboración de protocolos internos para la institución, los comités fortalecieron la práctica del consentimiento informado y la comunicación clara con las personas usuarias, adaptando la entrega de información según la edad, madurez y nivel educativo de las personas. Se relataron experiencias en la que los comités facilitaron procesos de decisión compartida en casos de fin de vida, rechazo de tratamientos o autonomía subrogada, mediando entre familiares y equipos de salud.

Del mismo modo, los comités intervinieron en situaciones controversiales, tales como el acceso a la anticoncepción de emergencia y la interrupción voluntaria del embarazo, orientando al equipo de salud con base en principios bioéticos y promoviendo la no discriminación. A pesar de estos avances, se reconocen prácticas que aún vulneran la autonomía, como presiones indebidas sobre pacientes o decisiones basadas en criterios paternalistas. Esto mostró que la utilidad del comité radica en abrir espacios deliberativos que contrarresten estas prácticas. Según lo indicado por los entrevistados:

“Desde los años noventa (...) ha habido un cambio radical (...). Ya nadie duda de la autonomía del paciente (...). El comité ha cumplido un rol (...) se ha puesto énfasis en el consentimiento informado.” Enfermera, presidenta de CEA-AP

“Se privilegió la voluntad de la usuaria (...)” Vocal de CEA-AP

“Un caso de respeto a la autonomía (...): la familia decidió por la situación de un paciente, (pero) el paciente tuvo conocimiento de cada riesgo.” Vocal de CEA-AP

“El tema de la información de los usuarios es clave (...). Si el profesional usa vocabulario más técnico, tampoco entiende la gente.” Abogado, integrante de CEA-AP

“Tratamos siempre de abogar para que la información que se le entregue a la persona con respecto a lo que se está planteando, sea un tratamiento, sea una derivación, sea lo más asequible para que él pueda tomar una decisión correcta y que le ayude a mantener su salud o de plano, no empeore.” Médico, presidente de CEA-AP

“(...) Somos responsable (en relación con) el nivel educacional de los usuarios (...). El comité debería velar por eso (...), buscar remediales antes de que la situación llegue a términos judiciales.” Kinesiólogo, integrante de CEA-AP

“Nos ha tocado casos en donde hay personas que tienen indicación de Insulinoterapia y rechazan la administración del medicamento (...). Yo creo que

esa es una de las principales consultas que tenemos (como comité). En la AP tiene que ver (...) con el castigo de que 'no te portaste bien', 'no hiciste bien el régimen'” Médico, presidente del CEA-AP

“La decisión del paciente era nula (en la anticoncepción de emergencia): ‘Aquí Ud. no decide, decido yo’. (...) (el comité estuvo) promoviendo un cambio de conducta institucional y dejando establecido que la decisión debía ser autónoma del paciente, lo que derivó, incluso, en la emisión de un instructivo oficial.”
Kinesiólogo, integrante fundador de CEA-AP

“(...) nos pasó mucho con el embarazo adolescente, con el tema de la píldora del día después (...)”. Vocal de CEA-AP

“(Los comités) han aportado bastante ante la ignorancia (...) y los prejuicios que muchos de nosotros tenemos respecto de la atención de personas en el tema del aborto.” Trabajador social, miembro fundador

“Yo recuerdo un caso, uno de los pocos casos que presentó la Atención Primaria en ese momento, (...) una pareja que quería tener otro hijo (...) y el padre exigía algún tratamiento, cuando (...) la matrona consideraba que lo mejor para esta pareja era no tener otro hijo, dado sus antecedentes.”
Referente en bioética del Ministerio de Salud

“Primero busquemos un familiar con el cual podamos trabajar a distancia (...), otra alternativa que no sea tomar la fuerza.” Terapeuta ocupacional, integrante fundadora de CEA-AP

“(El) hijo (de) un adulto mayor (fue) a pedir un informe porque lo quiere internar (en una residencia) y ni siquiera le había preguntado al paciente. Ahí, ese paciente se pone a llorar y dice: ‘señorita, yo no quiero internarme’.” Vocal de CEA-AP

En temáticas concretas, los relatos muestran que los comités han contribuido a la visibilidad de prácticas discriminatorias y han promovido criterios de justicia distributiva frente a decisiones condicionadas por limitaciones presupuestarias o de disponibilidad de recursos. Los comités fueron percibidos como instancias preventivas que permitieron detectar y abordar vulneraciones de trato digno, así también, orientar hacia prácticas más equitativas. Sin embargo, se percibieron desafíos vinculados a sesgos profesionales y barreras estructurales que requieren una mayor institucionalización de la deliberación ética. Los relatos permiten apreciar que:

“Se pueden prevenir muchas cosas en la medida que uno entiende que hay situaciones de vulneración de derechos (...). Hay profesionales que tienen tratos que no son dignos.” Kinesiólogo, integrante fundador de CEA-AP

“Lo primero que viene cuando hay agresiones (...) hacia los funcionarios, (son las) altas administrativas⁵⁹ (...). Ahí hay que jugar un poco en el sentido de: ‘oye, hay que proteger al funcionario, pero tampoco puedes tú, desproteger al usuario’. Entonces hay que hacer una especie de equilibrio en ese aspecto (...).” Médico, presidente de CEA-AP

“A mí me tocó vivir en los servicios de urgencia, con la toma de decisiones con adultos mayores, por ejemplo, donde se dejaron de hacer cosas, por ser adulto mayor” Presidenta de CEA-AP

“Era algo que se tenía como fundamental, especialmente, el respeto de la autonomía de los adolescentes (...), defender el tema de lo que es el adolescente, menor maduro (...), para poder acceder a las solicitudes, sin tener que hacer participar a los adultos referentes.” Terapeuta ocupacional, integrante fundador de CEA-AP

“Uno de nuestros centros está emplazado en un lugar con necesidades sociales, pero entonces, la verdad que ahí tú te das cuenta de que la gente todavía no está

⁵⁹ Proceso administrativo para la salida de un paciente de un centro de salud

en sintonía, no maneja la información (...) que debería manejar.” Kinesiólogo integrante fundador de CEA-AP

De las entrevistas se evidenció que la utilidad de los comités ha permitido abordar temáticas antiguas que aún no se habían resuelto completamente en la AP y, al mismo tiempo, proyectarse hacia nuevos escenarios, especialmente, cuando el estrés moral se vincula con la responsabilidad profesional y el cuestionamiento sobre hasta qué punto se debe hacer el esfuerzo por brindar una atención de calidad (Magelssen et al., 2021). Por ejemplo, la experiencia publicada del primer CEA-AP en Chile destaca su utilidad para fortalecer el modelo biopsicosocial de salud familiar dentro del CESFAM (Solari & Escobar, 2009). Asimismo, otro ejemplo a nivel internacional destaca la utilidad en los cuidados de fin de vida que se realizan principalmente en hogares y atención domiciliaria, como casos potenciales que requerirán el apoyo de estos comités (Magelssen et al., 2021).

Entre las respuestas de los entrevistados se destacaron otros ejemplos, tales como la atención domiciliaria en contextos de violencia e inseguridad, donde colisiona el deber de cuidado de las personas con la protección del propio equipo de salud; la confidencialidad en la atención de adolescentes, especialmente en salud sexual y reproductiva, frente al derecho de sus tutores legales a acceder a información clínica; las agresiones a funcionarios de salud, que plantean dilemas entre garantizar condiciones laborales seguras y mantener el deber de atención a pacientes catalogados como conflictivos; los cuidados paliativos universales, donde los comités pueden acompañar decisiones complejas sobre limitación del esfuerzo terapéutico, consentimiento informado y sedación paliativa en etapas terminales; y los desafíos éticos en la implementación de la ECICEP. Este último está exigiendo una mirada ética sobre la toma de decisiones compartidas y el respeto de valores y preferencias de los pacientes, en un contexto de transición epidemiológica, demográfica y social.

Los comités no sólo respondieron a dilemas clásicos, sino que también se configuraron como espacios de apoyo y reflexión frente a las nuevas transformaciones institucionales y sociales que impactan directamente la labor en la AP. Las narrativas de los entrevistados muestran que:

“Tengo que ir a entregar una atención, pero corro riesgo de que me pase algo (...). Ese es un conflicto que podría ser tratado en el comité de ética.” Vocal de CEA-AP

“Nosotros, trabajamos en lugares de mucho riesgo socioeconómico, casi delictivo en muchas áreas.” Presidente de CEA-AP

“(...) tratarlos (a los adolescentes), de manera tal, de no dañarlos, de no hacer iatrogenia, de que la relación clínica no se dañe en pro de cuidar a esa persona (...). Se necesita valentía y confianza.” Vocal de CEA-AP

“Hay unos choques, unos enfrentamientos que no habíamos visto hace algunos años y que son tremendos en estos últimos años a todo nivel, porque también se da en la sociedad en general. En particular, nos resulta mucho más llamativo que haya peleas entre usuarios y profesionales.” Académico e investigador nacional en bioética

“El tema emergente (...), sobre todo lo que es medicina paliativa. Yo creo que ahí también hay que capacitar mucho a las personas, al equipo, en la limitación del esfuerzo terapéutico, el acompañamiento al final de la vida. Yo creo que ese es un tema que es muy importante, hay tantos postrados que están también dependiendo de la Atención Primaria.” Referente en Bioética del Ministerio de Salud

“(...), por ejemplo, (con) las directrices anticipadas, todos los consentimientos informados, por hablar de los instrumentos que uno usa, pero uno ve la ética ahí, en la casa de la familia.” Vocal de CEA-AP

“La implementación de los cuidados paliativos universales, donde los equipos se están haciendo cargo, en Atención Primaria, de sus pacientes en el último año de vida. Yo creo que esto va a crear (...) la necesidad.” Referente en Bioética del Ministerio de Salud

“En lo asistencial, se está abriendo un espacio muy grande que tiene que ver con los cuidados paliativos no oncológicos en AP (...).” Vocal de CEA-AP

“El modelo centrado en la enfermedad (...), ya se vio que no nos dio el ancho. Entonces, este cambio, esta propuesta de la ECICEP (...) va a obligar a relevar la toma de decisiones compartidas y eso implica para el médico, un dilema (de) cómo voy a hacer algo en base a las preferencias del paciente, si la evidencia dice otra cosa.” Médico, integrante de CEA-AP

En síntesis, se refleja que los comités poseen una utilidad multifacética. Primero, formativa, al generar competencias éticas en los equipos de salud. Segundo, orientadora, al emitir recomendaciones prácticas y contextualizadas. Y tercero, transformadora, al influir en protocolos institucionales y en la cultura organizacional, especialmente frente a dilemas antiguos y emergentes. No obstante, una debilidad es carecer del seguimiento de sus recomendaciones. Los resultados de esta parte del estudio demuestran el potencial del CEA-AP para mejorar la atención en contextos ambulatorios, pero queda pendiente evaluar, concretamente, cómo los comités impactan en los establecimientos, tal como lo señala la revisión de Ayra et al. (2025) y Crico et al. (2021).

Barreras en la implementación y desarrollo de CEA-AP

Las barreras en la implementación y desarrollo de los CEA-AP que han dificultado, tanto la conformación como la consolidación de estos comités, se estructuran en torno a cuatro líneas principales, como el marco normativo e institucional; la formación y la investigación académica; el respaldo de las autoridades; y los recursos disponibles.

Las experiencias internacionales comparten que, la conformación de CEA a nivel hospitalario es obligatoria mediante una normativa nacional, sin embargo, no se ha dado el mismo ímpetu para la AP (Karlsen, 2023; Nadal & Campillay, 2024; Vicenteño & Consejo, 2025). Sin un marco formal, el trabajo del CEA-AP tiende a depender del entusiasmo individual, lo que lo hace vulnerable a cambios de personal u otras prioridades (Karlsen, 2023). Chile no es la excepción. En el marco normativo e institucional del país, existe consenso, entre los participantes de este estudio, en que la falta de lineamientos

claros desde el Ministerio de Salud constituye una de las principales debilidades. Si bien el Decreto n.º 62 (2012) contempla la posibilidad de adscribir la AP a comités externos, esto no resuelve la necesidad percibida, pues, generalmente, se hace a comités hospitalarios o de Servicios de Salud regionales, sin garantizar la pertinencia.

El mecanismo de adscripción a un comité externo a la AP se percibe en este estudio como una solución administrativa, pero insuficiente, puesto que no responde a las necesidades y particularidades de la salud primaria. La normativa vigente tampoco define objetivos ni atribuciones para el sistema de adscripción. Esto deja la existencia de los comités especializados en AP, sujeta a la voluntad de las autoridades locales, más que a una política nacional.

Los relatos en Chile reflejan que la indefinición normativa genera desgaste en los integrantes de los comités, quienes deben sostener su funcionamiento a costa de esfuerzos personales, sin un reconocimiento ni una proyección asegurada. Por ello, para evitar depender del esfuerzo de individuos, se deberían mejorar las condiciones marco de los comités (Karlsen et al., 2024).

A nivel internacional se reconoce que es clave asegurar el apoyo institucional de estos comités por parte de los directivos y los equipos ejecutivos, ya que, aunque surgen como un impulso promovido “desde abajo” por profesionales de salud motivados, resulta extremadamente difícil que sobrevivan sin un apoyo institucional “desde arriba” (Favier, 2022). La falta de institucionalización de estos comités en Chile hace que la continuidad dependa de la motivación de sus integrantes, quedando expuestos al riesgo de una disolución. Conforme a lo que describen los relatos:

“La idea que tenían, en ese momento en el Ministerio (de Salud), era que hubiera un comité de ética asistencial en un hospital y que todos los centros de salud que dependieran de esa área o de ese hospital, fueran a consultar. Hacer las consultas al comité de ética del Hospital. Eso no pasó nunca.” Académico e investigador nacional en Bioética

“Principalmente, (...) la falta de claridad respecto de cuáles son las atribuciones y el marco operativo del Comité de Ética.” Abogado de CEA-AP

“Yo creo que este trabajo de los comités (...) ha sido muy lento y, como tampoco tenemos tanta orientación desde arriba, (...) ha sido de autodesarrollo (...). Dentro del mapa de lo urgente, esta cuestión no es urgente. Yo, sí siento que desde el ámbito gubernamental y desde el ámbito ministerial, debiera haber una bajada mucho más estructurada respecto de las acciones, de los temas de la ética y la bioética. Si estamos (...) desde el discurso, empoderado con la Ley de Derechos y Deberes (de los pacientes) y de ahí emanan tantas cosas (...) es necesario poder ir chequeando e ir viendo niveles de avance.” Referente en bioética de un Servicio de Salud regional

“Cuando (el comité) tiene tanta repercusión en el quehacer diario (...) en lo que uno trabaja, no logro entender por qué no hay políticas o lineamientos.”

Kinesiólogo, integrante de CEA-AP

“(...) es lo que la norma chilena o la ley chilena ofreció, entonces, hay que adecuarse(...), pero cuando la norma dijo: ‘Ah, no, pero si usted se adscribe a uno (comité) del hospital, con eso quedamos listos’, entonces esa necesidad (de CEA-AP) (...) se echó para atrás.” Médico, miembro de CEA-AP

“Nos falta un piso que nos dé ese respaldo, que se valide la existencia del comité para que, en algún minuto, podamos abrirnos a la comunidad.” Vocal de CEA-AP

“Es un peligro, porque si no hay gente motivada, se muere el comité.”
Kinesiólogo, integrante del CEA-AP

“Ha sido desgastante para este comité, porque ha sido ganarse el espacio (...), han sido solo esfuerzos personales.” Vocal de CEA-AP

Aunque la mayor parte de la atención académica y profesional se ha centrado en dilemas éticos de alto perfil en hospitales, se ha demostrado que los servicios de salud con enfoque comunitario generan una serie de desafíos éticos, probablemente, tan significativos como en los hospitales. Sin embargo, el entorno comunitario se caracteriza por contar con

menores competencias y formación en ética, dentro del personal de salud (Magelssen y Karlsen, 2022). Por otra parte, si bien existen profesionales con educación en bioética en la etapa de pregrado o posgrado, generalmente se limitan a casos hospitalarios (Vicenteño & Consejo, 2025).

Los integrantes de CEA-AP aprecian, sobretodo, la formación práctica que reciben, la cual se considera crucial al momento de liderar discusiones éticas complejas (Karlsen et al., 2024). La capacitación estandarizada de los integrantes de CEA-AP fue determinante (Gjerberg et al., 2014). La evidencia internacional muestra algunos programas formales de certificación para consultores en ética clínica (ASBH, 2020) y también para facilitadores de grupos de deliberación ética (Amsterdam UMC, 2023; Lillemoen & Pederesen, 2015), con el propósito de establecer un estándar predeterminado de conocimientos y habilidades en personas que ejercerán funciones específicas dentro contextos clínicos y asistenciales. Por otra parte, los CEA-AP internacionales que recibieron un acompañamiento formativo, en distintas etapas de su conformación y que, tras la formación inicial, sus mismos integrantes capacitaron a otros, adquirieron competencias en ética, ética clínica y reflexión ética mediante cursos en línea, locales y nacionales. En esas experiencias se valoró, especialmente, la participación conjunta del comité en un mismo curso, lo que aumentó la competencia, la confianza, la identidad compartida y la resiliencia a largo plazo (Gjerberg et al., 2014; Karlsen et al., 2024).

En Chile, el déficit de formación y acompañamiento académico de los CEA-AP, se observa en este estudio como una doble carencia. Por un lado, la insuficiente formación en pre y post grado en las carreras de salud, de una bioética aplicada en contextos extrahospitalarios y el escaso desarrollo académico en conflictos éticos en la AP. Por otro lado, los integrantes de los comités asumen la responsabilidad de buscar de manera autónoma, oportunidades para fortalecer sus competencias. Así, la oferta de capacitaciones en bioética, para los participantes de este estudio, resulta limitada y orientada principalmente a la práctica hospitalaria. También se observa que se confunden problemas de índole ética con cuestiones organizativas o de gestión. Los propios integrantes de comités relatan haber debido autoformarse, evidenciando desniveles de conocimiento que afectan la calidad de las deliberaciones. Esta falta de acompañamiento y formación específica refuerza la necesidad de alfabetización ética en AP y de un apoyo

académico que reconozca los dilemas éticos cotidianos en este nivel de atención. Las voces de los participantes coinciden en señalar que:

“Uno ve la necesidad (...). Como profesionales, no somos formados en toda la ética.” Enfermera, presidenta de CEA-AP

“La gente no es capaz de decir: ‘mira, esto en verdad es un problema bioético’ (...). Por eso me causa escozor (...). Cuando uno se mete en el mundo de la bioética y te das cuenta, inmediatamente, que en Atención Primaria realmente existen (problemas éticos) y que están muy poco visualizados. De hecho, como anécdota, cuando hice mi trabajo (de investigación) me fue muy difícil encontrar información al respecto.” Autor de publicación científica en relación con dilemas éticos en la AP chilena

“(Distinguir) un problema ético de los problemas que eran de la organización o de la desorganización de la atención.”. Académico e investigador nacional en bioética

“Me costaba imaginar qué es (...). ¿Qué tipo de situaciones se podían dar? (en AP), porque yo venía (...) muy formateada con todo lo hospitalario.” Referente nacional de bioética. Ministerio de Salud

“Yo creo que con la capacitación en bioética (...), me encontré con un mundo de contenidos y de análisis de la práctica clínica, muy distinta (...). Lenguajes que requieren formación, requieren capacitación y desarrollo de competencias.” Presidenta de CEA-AP

“Yo creo que hay un desconocimiento de parte de algunos actores claves de la bioética, que están más (...) desarrollados en lo hospitalario.” Enfermera, presidenta de CEA-AP

“Ese comité, al final de cuentas, no resultó o no se mantuvo en el tiempo, porque tampoco se nos dieron herramientas (...) desde el conocimiento, capacitación, básicamente.” Trabajador social, integrante de CEA-AP

“Como yo tengo algún tipo de vinculación a través de la misma área de calidad y veo todo el tema de los convenios docente-asistenciales (...) pude lograr de que se hiciera una capacitación masiva para varios funcionarios de la red (...) y empezamos a tener como una serie de capacitaciones y ahí la gente se empezó a interesar.” Encargada de Calidad, integrante de CEA-AP

“En materias de capacitación, ellos (integrantes de CEA-AP) se empezaron a formar y nosotros les ayudamos a ello (...). Recurríamos, generalmente, a miembros de nuestro comité que eran docentes universitarios” Referente de Bioética de un Servicio de Salud regional.

“Creo que lo ideal sería, alguna universidad (...), tener fondos ¿no es cierto?, para poder apoyar diplomados o magíster para las personas que están trabajando en estos comités y ya han demostrado interés y participación” Referente nacional en Bioética del Ministerio de Salud

“Partimos de cero. Se aprende en la medida de lo posible. Lo que sí logramos con el tiempo, fue integrar, dentro del Plan de Capacitación (comunal)⁶⁰, la Bioética y Ética para el resto de los funcionarios.” Kinesiólogo, integrante fundador de CEA-AP

“Son todos de autoformación o curso que da el Servicio (de Salud), en general, tiene como una jornada anual (...). Hoy nos llega mucha información de foros de análisis, de universidades, muchas veces, a veces extranjero, otras veces chileno y ahí, en eso, nos cuesta participar porque son horarios fuera del trabajo. Entonces depende del interés personal. No tengo, o sea, por lo menos yo, no tengo diplomado, no tengo magíster en ética”. Psicóloga, integrante de CEA-AP

“No, en esos dos años, al menos en los que yo estuve, no (se hizo ninguna capacitación)”. Kinesiólogo, integrante de CEA-AP

⁶⁰ Programa Anual de Capacitación (PAC) del personal de establecimientos de Atención Primaria de Salud Municipal, para contribuir al desarrollo de capacidades y de competencias laborales necesarias para implementar los objetivos sectoriales (MINSAL, 2021b)

Otra línea de obstáculos que se evidencia en Chile, a través de los relatos, es la desvinculación de las autoridades municipales y de los directivos de los CESFAM. Ellos tienen una visión limitada de la bioética, asociada principalmente a dilemas hospitalarios de alta complejidad. En estudios internacionales se reconoce que, si los equipos directivos no priorizan la asignación de tiempo y recursos, el trabajo sistemático de apoyo en ética clínica no podrá consolidarse, pues depende de una organización que lo respalde (Heggstad et al., 2020). Así también se señala, que un entorno laboral que genere condiciones para que el personal participe del cuidado y de espacios reflexivos, es fundamental para mejorar la calidad de la atención en la comunidad (Söderhamn et al., 2014), evitando que los comités operen como elementos añadidos o periféricos y sean concebidos como núcleos de integración y liderazgo ético, fortaleciendo la capacidad ética de toda la organización para que sea tangible, tanto para quienes brindan atención como para quienes la reciben (MacRae et al., 2005).

En el contexto chileno, la continuidad de los comités queda supeditada a la voluntad de las autoridades de turno, dependiente de su grado de sensibilización hacia la temática. Esto genera una gran variabilidad. Mientras algunos protegen los tiempos y recursos necesarios, otros muestran indiferencia o incluso resistencia. Además, la alta rotación de cargos políticos y directivos acentúa esta fragilidad, diluyendo iniciativas previas y dejando a los comités sin respaldo institucional sostenido a lo largo del tiempo. Los relatos permiten apreciar que:

“Si la autoridad le interesa y se motiva, se dan las posibilidades y si no es así, queda relegado.” Kinesiólogo, integrante de CEA-AP

“Me da la sensación de que no lo tienen incorporado dentro de lo que es la APS, porque todos lo ven a nivel (...) del hospital.” Secretaria de un CEA-AP

“Tenemos que mirar, hacer un diagnóstico y proponer, recoger información, pero información para la acción (...). Por eso creo que es muy importante que, los directores de los CESFAM y de los centros municipales de salud, tienen que estar totalmente convencidos de que esto es importante.” Referente nacional de bioética desde el Ministerio de Salud

“El alcalde, en su momento, dijo que le interesaba, pero yo no sé (...), si actualmente, el director le interesa que esto vuelva a tener vigencia.” Secretaria de CEA-AP

“Para ellos la bioética tiene que ver con retirar el respirador, algo de alta complejidad y no algo del día a día de la Atención Primaria.” Referente nacional en bioética MINSAL

“Una de las barreras, que yo veo, es que no todos los directores están interesados. Ellos lo ven como una disminución de las horas de atención clínica (...). En una reunión de directores (...) hubo diversas reacciones: unas de apoyo, otras de indiferencia y otras, no le encontraban ningún sentido. Igual puede funcionar el comité, pero es diferente si tiene el apoyo del director de la División⁶¹, ¿no es cierto?, y de todos los directores de cada CESFAM.” Odontóloga, integrante fundadora de CEA-AP

“Si no hay un compromiso de las autoridades a nivel de subdirección, dirección o departamento de salud, es muy difícil que se logren concretar instancias de este tipo.” Autor de publicación de dilemas éticos en AP chilena

“Hemos pasado por momentos difíciles. Muchos cambios en los cargos clave. Nuevos directores. Muchos directores que no venían de la Atención Primaria, entonces, les cuesta entender lo que significan estos comités.” Integrante fundadora de CEA-AP

Las limitaciones estructurales y de recursos son destacados entre los entrevistados, principalmente, por la falta de tiempo protegido de sus integrantes para las actividades del comité. Las exigencias asistenciales y las metas sanitarias desplazan la labor ética a un segundo plano, relegándola a espacios personales de los integrantes. Se agrava más la situación en municipios pequeños por la limitación de sus recursos humanos para participación en las reuniones. Asimismo, la falta de espacios físicos estables para

⁶¹ División de Salud o Departamento de Salud Municipal

sesionar, resta formalidad y continuidad al trabajo de los comités. Lo anterior, asociado a la dinámica institucional, orientada prioritariamente al cumplimiento de indicadores sanitarios asistenciales, invisibiliza la importancia de la deliberación ética, situándola en un nivel secundario y precarizado. Como se observa en las experiencias relatadas:

“A veces se transforma un poco de ‘si me queda tiempo, participo del comité’. No se asignan horas reservadas o protegidas para la participación. Yo, muchas veces, tengo que, casi que, a escondidas, me voy al comité.” Abogado de CEA-AP

“La principal (barrera): tiempo asignado (...). No había un tiempo asignado específico, salvo para quien, en ese momento, era el presidente o la presidenta del Comité de Ética que, por derecho propio, fue la encargada de calidad comunal (...).” Kinesiólogo, integrante fundador de CEA-AP

“La magnitud en cuanto a cantidad de cosas asistenciales que hay que hacer, en verdad, te deja poco tiempo.” Autor de publicación científica en relación con dilemas éticos en la AP chilena

“Por el volumen de trabajo, por la cantidad de urgencias, por las contingencias que también, normalmente, hay que responder (...). Entonces, (...) no hay espacios resguardados y (no son) tan conscientes, creo yo, de dar una vuelta ética frente al quehacer.” Encargada de calidad comunal e integrante de CEA-AP

“La barrera está puesta, más que nada, en el tema del llamado asistencial que tenemos año a año a cubrir metas (...).” Trabajador social, integrante fundador de CEA-AP

“Soy consciente de las dificultades que implica tener comités (de ética) asistencial en los establecimientos de Atención Primaria, sobre todo los que tienen menos recursos humanos y son poblaciones más pequeñas (...). Hay que buscar modelos que puedan desarrollarse (...) en ese nivel.” Referente nacional en bioética, Ministerio de salud

“Pienso que hay barreras de tiempo y disponibilidad de los profesionales para poder trabajar en esto (...).” Académico e investigador nacional en bioética

“Yo creo que, es más importante, que estén más profesionales y que les den el tiempo para que podamos realizar las reuniones, que son tan necesarias.”

Representante de la comunidad usuaria de un CEA-AP

“Los espacios físicos donde mejor se pudieran realizar las reuniones eran un tema (...) y esta barrera se mantuvo como una constante.” Presidente de CEA-AP

“Creo que falta un espacio físico(...) donde nosotros nos pudiésemos juntar siempre (...). Tener un poquito más de tiempo para reuniones presenciales. Entonces, eso también a veces cuesta por los horarios.” Representante de la comunidad usuaria en CEA-AP

En síntesis, las barreras identificadas muestran una tensión permanente entre el marco normativo vigente, la escasa formación académica en bioética aplicada en AP, el débil respaldo de las autoridades y la falta de recursos estructurales.

Factores facilitadores en la implementación y desarrollo de CEA-AP

Los factores facilitadores identificados en este estudio, para la implementación y desarrollo de los CEA-AP, se estructuran en torno a tres líneas principales: el impulso institucional y normativo; el liderazgo y el capital humano; y el rol orientador de los Servicios de Salud regionales.

Dentro de los hallazgos predominantes en la experiencia chilena se destacó el proceso de acreditación en calidad y seguridad del paciente, como un catalizador para la conformación de los CEA-AP. El requerimiento de contar con el acceso a un comité, aunque fuese bajo un sistema de adscripción a una entidad externa, instaló un mandato normativo que, en la práctica, operó como empuje inicial o excusa para abrir estos espacios en los establecimientos de AP. Si bien se podía cumplir adscribiéndose a

instancias hospitalarias, varios equipos de salud valoraron la oportunidad de conformar comités propios capaces de responder a la especificidad de los dilemas en sus contextos particulares. Este motor institucional también se vio respaldado por la ley de derechos y deberes de los pacientes. Tal como emerge de las narrativas analizadas:

“La conformación del comité fue más desde lo normativo. Gracias a esa característica de la acreditación de calidad (...) que indica que los establecimientos de Atención Primaria tienen que estar adscritos a un comité de ética y, el entonces director comunal (municipal), quiso poder generar su propio Comité de Ética.” Vocal de CEA-AP

“Partió como una idea visionaria(...). Fue la excusa (...) para iniciar un proceso (...). La acreditación fue la excusa perfecta para algo que, en el fondo, se transformó en una necesidad. Algo que nos guiara desde la parte bioética en salud.” Presidente de CEA-AP

“Teníamos la posibilidad de adscribirnos al hospital, pero la realidad de los casos de un hospital era muy distinta a los de la Atención Primaria. Por lo tanto, no era una mala idea partir con casos propios, con una identidad propia.” Presidente de CEA-AP

“Finalmente, uno también pudiese haberse acogido a un comité, por ejemplo, del hospital, y hacerla súper corta (...). Nosotros fuimos invitados por el Comité de Bioética del Hospital (...) para ver cómo sesionaba y poder copiar. De verdad lo siento así, con el tema de la acreditación de la mano.” Encargada comunal de calidad e integrante de CEA-AP

“La ley de derechos y deberes de los pacientes y los temas de calidad (...) fue un impulso importante, porque ahí ya existía, como cierta sensibilización (...). Confluyeron ambas líneas y eso facilitó que pudiéramos trabajar en el comité.” Psicóloga, integrante fundadora de CEA-AP

“Cuando en calidad empezamos a trabajar en relación con la ley de derechos y deberes de los pacientes en atención de salud, surge, como dentro de lo legal, el

acceso a los comités de ética (...). Nos pareció súper desafiante proponernos generar un comité de ética comunal.” Presidenta de CEA-AP

El factor humano en Chile jugó un papel vital al haber contado con personas que poseían características personales adecuadas para el propósito. Sin embargo, ellas pudieron verse como líderes informales, sin autoridad de decisión directa sobre un órgano voluntario, puesto que no es obligatorio por ley, conformar un CEA local para establecimientos de baja complejidad. Estas personas claves no sólo asumieron amplias responsabilidades y tareas para lograr la implementación del CEA-AP, su difusión y la consolidación de su trabajo; sino también, debieron desarrollar nuevas competencias sin un soporte académico o técnico formalizado en la estructura organizacional. En lo publicado a nivel internacional, se reconoce que estas personas claves son capaces de identificar las necesidades a lo largo del proceso, e igualmente, de asumir su rol de promotores, iniciadores y responsables de su ejecución (Karlsen et al., 2024). Quedó demostrado que las personas que participaron directamente en servicios de apoyo ético en AP combinaban liderazgo, coordinación, formación, mediación, entusiasmo y resistencia, lidiando con una carga de responsabilidad y construyendo la sostenibilidad y la legitimidad del CEA-AP, gracias a una fuerte motivación personal y sentido de propósito (Karlsen, 2023). Entre los factores facilitadores en la experiencia en Chile, se comparten estas mismas apreciaciones.

Los datos de estudios internacionales indican que la formación profesional, las características personales y la posición dentro de la organización de los integrantes de los servicios de apoyo ético en AP, influían en el progreso y en el respaldo del trabajo propio del comité. Por ejemplo, las personas con cargos de responsabilidad participaban con más frecuencia en otras instancias, donde se reunían los tomadores de decisiones. En éstas, podían difundir información sobre el trabajo de los comités de ética. De lo contrario, era más difícil dar a conocer su trabajo (Karlsen et al., 2024). Se experimentó en Chile de la misma manera, donde la importancia de los liderazgos con sensibilidad a la bioética fue un factor decisivo para la conformación y sostenibilidad de los comités. Este estudio demuestra que, cuando la persona en su rol directivo o de autoridad, cuenta con formación o afinidad por la bioética, se permitieron abrir espacios, movilizar voluntades y dotar de legitimidad técnica a estos órganos deliberativos. En varios casos el impulso inicial estuvo directamente ligado a la convicción y formación en bioética de directores o

jefaturas, lo que facilitó articular apoyo y otorgar credibilidad a los CEA. No obstante, hubo relatos que señalaron que, más allá de la formación, fue el liderazgo comprometido, el factor determinante más importante.

La motivación personal, la disposición y la capacidad de influir dentro de la organización fueron condiciones reconocidas como esenciales para sostener esta tarea. En este sentido, los actores claves son aquellos que, además de tener poder de decisión, muestran sensibilidad hacia la bioética, favoreciendo la visibilidad y relevancia de los comités en la estructura organizacional de la institución. No menos importante fue la motivación intrínseca de los integrantes de algunos comités, como un motor central que, a partir del interés genuino y voluntario, lograron construir una cohesión interna y un sentido de pertenencia e identidad. Lo contrario sucedió con aquellos comités originados, solamente, para una respuesta instrumental al cumplimiento normativo.

La resiliencia de los comités se revela como un rasgo identitario, que prevalece pese a la falta de apoyos sostenidos. La diversidad disciplinaria y la participación comunitaria fortalecieron la cohesión, lo que aportó riqueza a la deliberación. Así, se reconoce que la continuidad de los comités se sostuvo gracias al compromiso y la perseverancia de sus integrantes, quienes también valoraron su propia experiencia como un proceso de aprendizaje y crecimiento personal. Los relatos permiten apreciar que:

“Partió porque, además, nuestro jefe, como director, había hecho también un diplomado en bioética. Entonces, él tenía (...) toda esta intención y, de hecho, él promueve bastante.” Vocal de CEA-AP

“Lo planteamos al jefe de salud de ese entonces y el jefe de salud estuvo de acuerdo con nosotros y se nos dio todo el apoyo para que nosotros pudiéramos convocar la generación de un comité a nivel comunal.” Psicóloga, presidenta de CEA-AP

“(...) el Comité de Bioética está como funcionando en paralelo a la estructura de como funciona el CESFAM. Yo creo que, lo planteé alguna vez, el representante debería ser parte del comité gestor, que es donde se toman las decisiones, donde se analizan los reclamos, donde se analiza el funcionamiento del CESFAM. (...)

ahí mismo se puede entregar la información, las resoluciones de los casos que se han presentado en el Comité. Es una manera como de abrir el comité al Comité gestor y de ahí bajar la información al resto de los funcionarios”. Secretaria de CEA-AP

“De algún modo, todos los que iniciaron esto, o tenían alguna afinidad o tenían estudios en relación con la bioética (...). Te das cuenta, inmediatamente, que, en Atención Primaria, realmente existen conflictos y están muy poco visualizados.” Autor de publicación sobre dilemas éticos en la AP chilena

“(...) creo que es más liderazgo que formación. O sea, yo creo que la formación ha venido como consecuencia del liderazgo que estas personas han desarrollado.” Referente de bioética de un Servicio de Salud regional

“Me parece que el tener a una persona con poder dentro de la organización (...) ‘hincándole el diente’ al asunto, tomó un poco más de relevancia al interior del equipo y se dio a conocer.” Trabajador social, integrante fundador de CEA-AP

“Efectivamente, necesitas a personas que estén motivadas con el tema, para que se puedan sumar.” Presidenta de CEA-AP

“Yo siento que los actuales (integrantes), la mayoría son designados y (...) no están motivados con el espíritu inicial o con lo que es la bioética(...). No lo llevan en el alma(...). La bioética tiene una diferencia (...) porque uno tiene un compromiso diferente. De hecho, nosotros trabajamos aparte, ad honorem, y muchas veces fuera de la jornada. Es un espíritu distinto(...)” Presidenta de CEA-AP

“El liderazgo era evidente (...). La directora (presidenta) del Comité de Bioética lo gestionaba bastante bien (...). No era solamente sentarse a discutir los casos, sino que se iba más allá.” Abogado, integrante de CEA-AP

“Coincidieron personas que estaban interesadas (...) guiados también por una líder natural que fue la directora de uno de los establecimientos.” Trabajador social, integrante fundador de CEA-AP

“En el caso del municipio de (...) fue mucho más instrumental. No obedeció tanto a una necesidad técnica. Yo creo que por eso (...) está la sensación de no éxito, o que les ha ido más o menos. No así el (comité de otra comuna). Como se constituyó con un sentido mucho más profundo, (...) se han mantenido y siguen teniendo un rol muy fuerte de análisis de los temas (...). Hago la diferencia entre los comités (...)” Referente de bioética Servicio de Salud regional

“Para mí ha sido una experiencia extraordinaria (...). Uno sabe cómo manejarse, tiene herramientas y tiene más técnicas para poder, a veces, emitir una opinión (...). Gracias a este comité, yo me he podido desenvolver y desarrollar.” Representante de la comunidad usuaria de CEA-AP

“Realmente es difícil. Hay que tener mucha, mucha paciencia (...). Con el entusiasmo que nos juntábamos y de ver, en la jefatura del Comité, cómo nos incentivó y cómo aprendimos tantas cosas (...). Eso nos hacía sentirnos felices, aunque no tuviéramos el apoyo de nuestra jefatura.” Vocal de CEA-AP

En la experiencia internacional, la presencia de miembros externos, en el CEA de salud primaria, y el hecho de que el comité fuera un organismo oficial para la institución, resultaron factores significativos para conferir cierta autoridad a la deliberación y al asesoramiento, así también, para brindar apoyo a quienes toman decisiones (Magelssen y Karlsen, 2022). Quienes lideraron la iniciativa de servicios de apoyo ético en AP, necesitaron tanto de competencias básicas como de acompañamiento en el tiempo (Gjerberg et al., 2014). El papel de acompañamiento continuo a los equipos de salud por parte de autoridades sanitarias es el rol que deben cumplir los Servicios de Salud regionales en Chile para el proceso de formación e implementación de la Estrategia de Cuidados Integrales Centrados en las Personas (Ministerio de Salud, 2021a). En esta estrategia, se abren espacios para la reflexión conjunta en torno una nueva forma de “hacer salud”. Este papel de acompañamiento, pero asociado a la bioética, fue un hallazgo

emergente dentro de este estudio, al reconocer el rol impulsor y facilitador de CEA-AP por parte de Servicios de Salud regional, cuando contaban con equipos referentes en bioética.

Los integrantes de los comités que participaron de este estudio reconocen en los Servicios de Salud regionales, ser estratégicos y acompañantes idóneos en la formalización, capacitación, elaboración de reglamentos y difusión de los comités. Además, contribuyeron a generar redes de coordinación y legitimidad frente a los equipos locales. Si bien algunos entrevistados señalaron que este impulso obedeció más a intereses personales dentro del Servicio de Salud, que, a una política nacional formal, la experiencia de contar con referentes regionales se reconoce como un recurso clave para la proyección de los CEA-AP dentro de la red asistencial. Las voces de los participantes coinciden en señalar qué:

“Yo creo que el tener una unidad de bioética o una oficina o un encargado de bioética al interior del Servicio ⁶², con funciones en el ámbito asistencial, en el ámbito científico y en el ámbito de la ética institucional, ha facilitado el desarrollo de estos temas. En los establecimientos, cuando tienen alguna dificultad recurren al referente (...). Los equipos, cuando necesitan algo, saben a quién referirse.” Referente en Bioética, Servicio de Salud regional

“Pedimos asesoría al Servicio y logramos armar nuestro reglamento. Posterior a eso, empezamos a hacer un proceso de difusión dentro de los centros de salud y, también, hicimos algunas reuniones con la comunidad para empezar a recibir casos y recibimos hartos casos en esa área.” Psicóloga, presidenta de CEA-AP

“Teniendo el respaldo desde el Servicio y, además, desde nuestra dirección del establecimiento, para nosotros es mucho más fácil. Eso se compone, también, de la formalidad respectiva (...). Si viene de arriba, no se cuestiona.” Secretaria de CEA-AP

⁶² Servicio de Salud regional

En síntesis, los facilitadores identificados permiten comprender que la conformación y sostenimiento de los comités no se explican, únicamente, por un mandato normativo, sino que también, confluyen factores personales de los involucrados y el acompañamiento técnico de referentes regionales.

Elementos normativos de un modelo para CEA-AP

La experiencia internacional publicada de CEA en salud primaria refiere que las competencias, por sí solas, no son suficiente. El trabajo éticoasistencial también debe garantizarse mediante buenas condiciones de crecimiento a través de mejores marcos institucionales. El contexto y los marcos regulatorios afectan, tanto la creación como el funcionamiento de los comités. (Karlsen et al., 2024).

Los elementos normativos para la implementación y desarrollo de los CEA-AP sugeridos por los participantes de este estudio, se estructuran en torno a tres ejes principales: la adaptación del modelo de adscripción y autonomía; la composición y representatividad; y la formación mínima en bioética y los requisitos de sus integrantes.

El análisis de los relatos recogidos permite identificar que, si bien el Decreto n.º 62 (2012) constituye un marco orientador para la conformación y funcionamiento de los CEA en el país, su aplicación directa en la AP requiere ajustes sustantivos. Los participantes coinciden en que lo normativo ofrece un punto de partida, pero su diseño responde a contextos hospitalarios y, no contempla suficientemente, las particularidades de la AP, tales como la limitación en recursos humanos, la organización territorial y lo central que es la comunidad en los procesos asistenciales.

Uno de los aspectos más debatidos es la dificultad de constituir un comité en cada centro de salud primaria, dada la limitada disponibilidad de profesionales con formación en bioética y la carga laboral existente. En este sentido, se considera pertinente el modelo de adscripción a comités externos que contempla la normativa vigente, aunque se plantea la necesidad de una especialización en AP, para evitar que los comités se perciban lejanos o poco pertinentes a la realidad local. La legitimidad de estas instancias, señalan los entrevistados, se fortalece en la medida en que ellas están inmersas en la cultura e

idiosincrasia de los territorios, facilitando un acompañamiento cercano a pacientes, familias y equipos de salud. Los relatos permiten apreciar que:

“Tiene que ser más cercano al paciente, a la familia, (al) profesional. El CEA debe estar más accesible (...). Imagínate ir a preguntar al Servicio de Salud (...), el familiar no va a ir al Servicio de Salud, no va a ir al hospital. Quiere continuar la atención. Quiere que lo atiendan en el CESFAM (...) e idealmente, quiere que el CESFAM le ayude a solucionar sus problemas. No quiere que lo deriven (...). Que cada sector, con centros de Atención Primaria, tenga su comité de ética asistencial (...). Se justifica juntar por zonas (...). Yo creo que tienen que estar bien insertos en la cultura (...), en la idiosincrasia interna (...), porque en el fondo, van a educar o van a hacer recomendaciones. (Además) Tiene que saber con qué recursos cuenta.” Académica e investigadora nacional en bioética

Por otra parte, surge en este estudio, el cuestionamiento respecto al rol que podrían tener los comités constituidos a nivel de los Servicios de Salud regionales. Aunque la normativa los concibe para prestar servicios de apoyo ético a prestadores individuales privados, en la práctica, han extendido su cobertura hacia establecimientos públicos y de AP, lo que, según algunos participantes, podría debilitar la autonomía y la legitimidad de los comités locales, al reforzar dinámicas jerárquicas propias de la estructura sanitaria chilena. De este modo, se reconoce la necesidad de equilibrar la adscripción territorial con la autonomía de los comités en AP, garantizando que sus deliberaciones respondan a las condiciones concretas y no sólo a lineamientos centralizados. Conforme a lo que describen los relatos:

“La ley, el Decreto, dice dos cosas (...): que debiera de haber Comité de Ética asistenciales en los establecimientos (...) y, además, (...) que debiera haber un Comité de Ética Asistencial en las direcciones de Servicio (de salud) que debieran prestar funciones a los prestadores individuales (...) del ámbito privado. Nosotros nunca quisimos constituir el Comité (...). Pensamos que iba a significar (...) ‘quitarle ropa’ a los comités de ética locales, porque finalmente, siempre la lógica en esta institución es tan jerárquica.” Referente en bioética Servicio de Salud

“No sé si va a acceder, un profesional que quiera pedir ayuda, a un comité asistencial del Servicio de Salud. Tiene que ser más cercano al paciente, a la familia, (al) profesional. El CEA debe estar más accesible.” Académica, investigadora nacional en bioética

En cuanto a la composición de los comités, la normativa establece una integración multidisciplinaria y representativa de personas que combina profesionales clínicos, jurídicos y representantes de la comunidad (Decreto n.º 62, 2012). Esta lógica es valorada positivamente por los participantes, aunque ellos sugieren ajustes para la AP. Se destaca la importancia de fortalecer la participación comunitaria, procurando un mayor equilibrio de representatividad que lo observado en niveles hospitalarios. Esto va acorde a la línea del modelo participativo de los centros de salud primaria que ya cuenta con organizaciones, formales y legitimadas, y desde las cuales se pueden elegir representantes para el CEA-AP. Ejemplo de ello son los Consejos de Desarrollo Local⁶³ y los grupos de autoayuda. Según lo indicado por los entrevistados:

“La composición (...) es bastante adecuada (...). Me parece que es un complemento muy rico entre todos los participantes, tanto clínicos, no clínicos y representantes de la comunidad. Yo creo que debiese seguir un poco, en la misma lógica, en la Atención Primaria.” Autor de publicación científica en dilemas éticos en la AP chilena

“En la Atención Primaria, la comunidad sí tiene que estar bien representada por un miembro de la comunidad. Yo lo creo, eso es fundamental (...). A lo mejor, más equilibrado en el ámbito de Atención Primaria. Se presta también, porque existen organizaciones de salud de la comunidad que, generalmente, trabajan con los CESFAM. Entonces, muchas veces hay más trabajo en conjunto con la comunidad en los CESFAM.” Referente nacional de bioética, Ministerio de Salud

⁶³ Espacios de encuentro entre usuarios y comunidad con equipos de salud. Su fin es aportar al mejoramiento de la salud y calidad de vida de la población. También son llamados: Comité Local de Salud, Consejo Consultivo o Consejo de Usuarios.

“(...) había participación de personas adicionales que venían a contribuir. Por lo general, participaban hasta dos o tres miembros de la comunidad.” Abogado, integrante de CEA-AP

“(...) generalmente, lo que yo he visto en la práctica, es que la gente (del comité) acude al Consejo de Desarrollo local para sacar de ahí (...) al miembro de la comunidad.” Referente en bioética Servicio de Salud

“(...) los grupos de apoyo, por ejemplo, programas de personas con enfermedades crónicas, con diabetes (...) que existen en la Atención Primaria. Existen muchos programas, ¿no es cierto?, de personas que van ambulatoriamente, que se juntan, un grupo de autoayuda. Que ellos, en cierta forma, se sientan también, unidos de alguna manera, al comité (...) recibiendo algunas orientaciones, algunas directrices, como trabajar en las relaciones interpersonales, no sé, o sea, lo que sea necesario. (Que) El Comité se haga presente en ese sentido. Con esos grupos. Así veo, a la comunidad participante.” Terapeuta Ocupacional, integrante fundador de un CEA-AP

Además, los participantes recomiendan ampliar la representatividad del comité, al incluir profesionales que trabajan localmente en los programas ministeriales, cuya experiencia es más cercana a los problemas prevalentes en la AP. Esta flexibilidad permitiría deliberaciones más pertinentes y contextualizadas. Conforme a lo que describen los relatos:

“A lo mejor en un CESFAM que tiene mucha población mayor, bueno, tiene que estar algún encargado del programa cardiovascular o algún programa de crónicos (...). Al revés (...) si hay mucho problema de salud mental, debería haber algún profesional que trabaje en salud mental. Yo creo que debería ser más flexible en función de (...) las características de la población.” Referente nacional de bioética. Ministerio de Salud

Respecto a algunos roles específicos, los entrevistados se cuestionan la participación obligatoria de ciertos integrantes. En el caso del abogado, por su baja disponibilidad

operativa en la práctica, se ha llegado a proponer un modelo de asesoría externa, más que una integración permanente. Del mismo modo, se desaconsejó que el director del establecimiento forme parte del comité, dado que su investidura puede comprometer la neutralidad de la deliberación y restar autonomía a esta instancia ética. De acuerdo con lo manifestado en las entrevistas:

“(...) yo me declaro culpable de no haber podido atender a todas las reuniones, sobre todo por la carga de trabajo. (...) yo era el único abogado de toda la Corporación⁶⁴, entonces tampoco me era tan sencillo atender a todas las reuniones” Abogado integrante de CEA-AP

“Contar con alguien del área legal (...) va a ser una traba para la Atención Primaria (...) porque, en general, en los dos comités en que yo he participado (...) (el abogado) es el miembro del comité que menos asiste, porque, generalmente, es el abogado del establecimiento que tiene muchas otras cosas que hacer(...). Ahora, podría ser una especie de inter consultor.” Referente nacional de bioética. Ministerio de Salud

“Nuestra sugerencia siempre ha sido, que, si bien la norma no lo dice, nuestra sugerencia es que ojalá el director no participe del comité, porque el director nunca se va a poder sacar su capa (...). Nunca va a hablar en virtud de sí mismo. Va a hablar en virtud de la investidura que le corresponde, como director.” Referente de bioética del Servicio de Salud regional

Si bien la normativa (Decreto n.º 62, 2012) establece un rango estricto entre siete y nueve integrantes, se sugirió por los entrevistados, flexibilizar este requisito. En comités de mayor tamaño, un número superior de integrantes permitió asegurar el quórum mínimo y la continuidad de las sesiones, mientras que, para centros de salud más pequeños, se sugirió algo más realista, al habilitar comités con menos integrantes, aunque esto implicara una reducción de la diversidad de perspectivas. Tal como lo relatado:

⁶⁴ Corporación Municipal

“Por lo menos en el comité que yo participo (...) siempre hemos sido más de diez (integrantes). En este momento, somos trece porque nunca pueden participar todos. Entonces así logramos quorum y podemos sesionar. Nos ha sido muy útil (...). Yo diría que, en los últimos años, desde que empezó la pandemia, no hemos suspendido ninguna sesión por falta de quórum (...), porque el tener más miembros, da esa posibilidad (...). En Atención Primaria, yo dejaría al comité más pequeño (...). Yo sé que pierde riqueza la discusión con menos miembros, pero también hay que ser realista. En un CESFAM que tiene, no sé, 32 funcionarios, tener siete miembros (...), es complejo.” Referente nacional de bioética. Ministerio de Salud

Aunque el Decreto n.º 62 (2012) alude a la presencia de al menos un integrante con capacitación en el área bioética, no se precisa el nivel requerido ni los estándares. Esto fue un punto normativo crítico reconocido en este estudio. La falta de una definición clara, respecto a la formación mínima en bioética que deben acreditar los miembros del comité y lo insuficiente que es contar con solo un integrante capacitado en esa materia.

La mayoría de los participantes de este estudio enfatiza la importancia de una formación ética adecuada, no sólo como requisito formal sino también como elemento que estructura la deliberación ética, diferenciando entre opiniones espontáneas y los análisis basados en modelos racionales de argumentación. En este sentido, se planteó que no basta con la buena voluntad de sus integrantes, sino que al menos, una parte significativa de ellos debe contar con formación específica para garantizar la rigurosidad en el trabajo y en el proceso de análisis. Este hallazgo revela la necesidad de que la normativa incorpore un estándar mínimo, acompañado de un mecanismo de capacitación continua que fortalezcan las competencias de los integrantes del comité. De acuerdo con las percepciones expresadas por los participantes:

“Ahora, respecto al profesional que tenga formación en bioética, yo creo que eso sí es fundamental. Mi experiencia con los comités es que los miembros tengan algún tipo de formación de bioética, hace una diferencia muy importante. Ordena la deliberación, porque los miembros que no tienen formación, en general, empiezan a dar su opinión desde el principio. Cuesta ordenar la discusión y (...)

focalizar en el problema (...), hablan desde el corazón, desde la 'guata'⁶⁵ y no desde un modelo de deliberación que pudiera ser más racional.” Referente nacional de bioética. Ministerio de Salud

“En el comité (...) tiene que haber personas formadas en bioética, o sea, no personas simplemente de buena voluntad. Puede haber alguna persona de buena voluntad, pero más del 50% debe tener una racionalidad ética, para poder analizar las cosas (...).” Vocal de CEA-AP

Los resultados muestran que el Decreto n.º 62 (2012) constituyó un marco referencial para los CEA-AP, pero hubo adaptaciones particulares, al igual como lo demuestra la revisión documental de los protocolos internos incorporados en este estudio.

Elementos organizativos de un modelo para CEA-AP

Los elementos organizativos para la implementación y desarrollo de los CEA-AP hallados en este estudio, identificaron cuatro ejes fundamentales: la autonomía y especificidad del análisis ético; la implementación en escala y representatividad obligatoria por CESFAM; el soporte técnico avanzado y el apoyo administrativo; y la visibilidad y difusión permanente del comité.

Los roles de los CEA-AP son bastante generales y parecen ser útiles en una variedad de entornos de atención en salud. Sin embargo, el cuestionamiento surge en cuál es el alcance adecuado de un CEA-AP y cómo se deben adscribir los distintos servicios de salud primaria y comunitaria (Magelssen & Karlsen, 2022). Por otra parte, se debe considerar la dispersión geográfica de los servicios para una coordinación que permita interactuar con personas claves y sostener un vínculo con trabajadores de salud y comunidad usuaria (Vicenteño & Consejo, 2025).

Respecto a la autonomía y especificidad del análisis ético, los resultados mostraron un consenso en torno a la necesidad de que los comités de AP en Chile sean instancias autónomas y diferenciadas de los comités hospitalarios, o al menos, la existencia de

⁶⁵ Expresión que alude al estómago, lo visceral.

comités pertinentes, puesto que la AP presenta particularidades enraizadas en el modelo de atención y la realidad territorial. Se plantea, sin embargo, la conveniencia de establecer vínculos de tutoría y asesoría con comités hospitalarios, aprovechando su experiencia técnica, pero que esto no implique, ni la deliberación ni resolución directa de los dilemas éticoclínicos. De este modo, se resguardaría la independencia de la AP en esta materia y, al mismo tiempo, se fortalecería su capacidad resolutoria.

En cuanto al tipo de apoyo ético que demanda la AP, en los estudios internacionales, los participantes señalan la necesidad de contar con una persona del equipo con competencia en ética, más que con un consultor externo. Este hallazgo es coherente con la identificación de conflictos éticos que forman parte integral de la labor cotidiana del personal, y es en ese contexto donde perciben la necesidad de un refuerzo (Lillemoen & Pedersen, 2012). La experiencia señala a los Grupos de Reflexión Ética (GRE), como la fuente principal de espacios deliberativos en la AP noruega, en los cuales el personal local es guiado en grupo por un facilitador, entrenado en ética, que pertenece a la institución y que cumple los roles de analista y asesor. Ahora bien, a diferencia de los comités, por lo general, en los GRE no hay miembros externos; no involucran a los familiares ni a los pacientes; no se espera que el grupo documente las discusiones en un informe de caso detallado; y carecen de autoridad institucional (Kruijtbosch, 2021; Magelssen & Karlsen, 2022).

Las propuestas para la implementación de servicios de apoyo ético para la AP, a gran escala y adaptado, y la representatividad obligatoria por CESFAM, fueron respuestas mayoritarias dentro de los entrevistados en Chile. Ambas son identificadas, como una necesidad en el diseño de un modelo de implementación. Para empezar, se propusieron diferentes niveles de cobertura. Comités locales en cada CESFAM, para centros con mayor población y recursos. Comités comunales o zonales, que integren a varios centros de salud primaria para comunas con establecimientos más pequeños. Modalidad regional, en espacios virtuales, para territorios rurales o con baja densidad poblacional. En todos los casos se resaltó la importancia de que cada CESFAM tenga representación obligatoria en un comité de ética, asegurando que las decisiones respondan a la diversidad de realidades locales. Los modelos sugeridos deben ser lo suficientemente flexibles para adaptarse a los recursos, a la población y a las características de cada territorio. Respecto a la representatividad, se sugirió incluir obligatoriamente, no sólo a profesionales de

salud, sino también a técnicos, administrativos y más de un representante comunitario, con el fin de mejorar la legitimidad del comité y la pertinencia en la toma de decisiones. Como se observa en las experiencias relatadas:

“Sería ideal que se pudiera adscribir a un comité de bioética, (en el) que hubiera temas de Atención Primaria. (...) buscar nuevas modalidades (...), por ejemplo, de Atención Primaria, de salud regional o provincial, algo de eso.” Abogado integrante de CEA-AP

“Yo creo que todos los modelos (...) se pueden llevar a cabo (...) dependiendo de los territorios (...). En algunas regiones, el hospital base es predominante cuando se abordan dilemas relacionados con la salud. Entonces tendría que estar relacionado. Sin embargo, también en la Región Metropolitana, que es tan grande, tan amplia, merma de autonomía e independencia del hospital, el Comité de Atención Primaria.” Terapeuta ocupacional, docente en bioética e integrante fundador de CEA-AP

“Creo que, ideal sería, que cada CESFAM tuviera su comité, (...), ya que las realidades locales, en realidad, son bastante diferentes y hay cosas que hay que resolverlas en el día.” Referente nacional en bioética, Ministerio de Salud

“Este modelo del Servicio de Salud (comité con representantes del hospital y de la AP), probablemente bien implementado, podría ser una alternativa y sobre todo, para regiones con menos población o con mucha ruralidad, donde ahora tenemos la modalidad on line” Referente nacional en bioética, Ministerio de Salud

“Otra idea (...) era hacer un comité, dependiendo del número de centros de Atención Primaria que haya en la comuna (...) donde hubiera participación de personas de varios centros de Atención Primaria.” Académico e investigador nacional en Bioética

“La idea nuestra era que cada CESFAM tuviera su propio comité de bioética y fueran capaces de analizar, en esas reuniones locales, los casos de ellos y, los

más complejos, derivarlos al comité que conformábamos personas de cada CESFAM (...) (en un modelo comunal)." Odontóloga, integrante fundadora de CEA-AP

"Creo que era una necesidad que había. Que todavía creo que hay que desarrollar harto. Hay que darle más potencial. Hay que, ojalá, cada consultorio (CESFAM) tuviera por lo menos una dupla que viera el tema ético, si ya no se puede tener un comité como consultorio. Como una dupla o una triada o, no sé, alguien que estuviera asesorando en la práctica." Psicóloga, presidenta de CEA-AP

"Creo, eso sí, que un comité comunal es mucho mejor que un comité de tipo local en los CESFAM (...). Nosotros tenemos CESFAM pequeños, (...) tienen como 20.000 inscritos, y CESFAM gigantes, que tienen 98.000 inscritos (...). Es mejor esta postura de (...) tener un comité comunal y tener gente de varios centros." Médico, presidente de CEA-AP

"Para nosotros fue muy bueno (...) que no eran solamente profesionales, entre comillas, sino que eran funcionarios." Kinesiólogo, fundador de un CEA-AP

"También nos interesaba que tuviéramos personas de todas las categorías (...): médicos, profesionales, técnicos, administrativos. Entonces, después de un proceso (...) largo y abierto de postulación, logramos conformar el comité." Presidenta de CEA-AP

"Me parece que alcanzamos a tener, incluso, dos miembros de la comunidad dentro del comité (...). Una de ellas participaba en una ruka mapuche⁶⁶ (...), ponía como la mirada intercultural" Psicóloga, presidenta de CEA-AP

"Se tenía la cantidad mínima que se requiere para operar. El comité tenía un miembro de la comunidad (...). Y también había participación de personas

⁶⁶ Vivienda tradicional del pueblo originario

adicionales que venían a contribuir. Por lo general participaban hasta dos o tres miembros de la comunidad.” Abogado, integrante de CEA-AP

“(…) (Representante de) la iglesia, también estuvo en un comienzo. Y si, en realidad es difícil, pero enriquecedor también, cuando partimos con el comité, que fuera más bien diverso.” Vocal de CEA-AP

Para el anclaje organizacional de un CEA-AP se requiere reconocimiento formal, tiempo asignado y respaldo de la dirección (Karlsen, 2023). En este mismo sentido, en Chile, el soporte técnico avanzado y el apoyo administrativo se reconocen para el buen funcionamiento sostenido de los comités, con la incorporación de profesionales formados en bioética y perfiles jurídicos capaces de integrar dimensiones legales y éticas en la deliberación. A la vez, se considera fundamental el soporte administrativo otorgado por instancias jerárquicas superiores dentro de la organización del sistema de salud (Servicios de Salud regional) que faciliten aspectos organizativos, logísticos y de gestión. Estos elementos permitirían consolidar la operatividad del comité y asegurar que sus recomendaciones tengan respaldo y proyección institucional. Los relatos permiten apreciar que:

“Me parece que (los CEA hospitalarios) puedan hacer las veces de tutoría (...). Entiendo que, probablemente, la gente de nivel secundario o terciario, son los que pueden tener más formación en bioética (...). Entonces, que ellos presten asesoría técnica en cuanto a conocimiento, me parece estupendo, pero que sean ellos los responsables al 100% del desarrollo de los problemas ético-clínicos en la Atención Primaria, no me parece, porque no tienen experiencia en la Atención Primaria.” Autor de la publicación de dilemas éticos en AP chilena

“Teniendo el respaldo desde el Servicio (de salud regional) (...)” Secretaria de CEA-AP

“Que el abogado tenga formación en bioética, (...) apoya bastante. Ahora, es difícil separar la función (...), es el encargado de hacer la defensa, (...) obviamente que se va a poner en una posición absolutamente defensiva (...), pero es importante que haya abogado en el comité, porque el comité no puede estar

proponiendo cosas que vayan en contra de las leyes.” Académica e investigadora nacional en bioética

Un aspecto transversal identificado por los entrevistados fue la necesidad de una difusión permanente de actividades y el cumplimiento de la función formativa del comité. A través de estas estrategias en el tiempo, se permitió mantener la visibilidad del CEA-AP y de, enfrentar el desconocimiento, por la rotación del personal de salud y la adscripción constante de nuevas personas usuarias en los CESFAM. Lo anterior concuerda con lo propuesto por Crico et al. (2021), con respecto a la función formativa del comité, la cual señala que debiese considerar nociones teóricas y también habilidades específicas, pero sobre todo recalcan que la capacitación debe ser con evaluación y realizarse de forma continua. Esto se hace indispensable para los entrevistados, como un esfuerzo sostenido de comunicación interna y externa, de modo que el comité sea conocido, reconocido y consultado por quien lo necesite. Entonces, la difusión se sugiere acompañada de instancias formativas que fortalezcan la cultura ética en los equipos de salud y en la comunidad, asegurando la vigencia del comité. Tal como emerge de las narrativas analizadas:

“Hubo que hacer una campaña de difusión bastante continuada para que se enteraran en los centros de que existía un comité de ética (...). Cada uno (de los integrantes) se preocupaba de que en su centro se diera a conocer.” Académico e investigador nacional en bioética

“Hoy ha llegado una cantidad de gente nueva (...) al CESFAM. Muchos no solo no conocen el comité, sino que, además, no entienden muy bien su funcionamiento.” Secretaria de CEA-AP

En síntesis, para la conformación de CEA-AP, se requiere de un modelo operativo de implementación, flexible y adaptado, con apoyo específico de instancias institucionales formales y estrategias de difusión y formación, pero, sobre todo, sostenidas en el tiempo.

El enfoque de derechos en un modelo para CEA-AP

Los resultados del estudio mostraron que los CEA-AP son percibidos como un órgano institucional único y esencial para promover el enfoque de derechos. Así, son reconocidos por los entrevistados, como espacios que no tienen equivalente en la red asistencial y que cumplen un papel central por velar por los derechos de las personas en su atención de salud. Además, ellos destacaron que estos comités fortalecieron su legitimidad institucional cuando no se limitaron, únicamente, a resolver casos concretos, sino que también incorporaron un rol preventivo en la identificación y anticipación de posibles vulneraciones de derechos. De esta manera, los comités se posicionaron como un mecanismo de resolución de conflictos, al igual que como actores que contribuyeron a la consolidación de una cultura organizacional centrada en las personas sujetas de derechos.

Una de las temáticas extraída de los relatos de los participantes se refiere al rol institucional preventivo de estos comités, destacando que su enfoque no es exclusivamente reactivo, sino que también proactivo y promotor de buenas prácticas. Esta orientación le permitió anticiparse a problemas éticos y contribuir a fortalecer la protección de los derechos en los establecimientos de la AP. El comité se concibió así, como un colaborador institucional estratégico, capaz de apoyar la gestión clínica y la gestión organizacional. Las voces de los participantes coinciden en señalar que:

“Los comités asistenciales son colaboradores (...). Desde esa perspectiva (...) no sé qué otro órgano pueda haber disponible en el establecimiento, para que las personas puedan buscar ayuda o apoyo, para relevar la defensa de sus derechos (...).” Referente de bioética de un Servicio de Salud regional

“El (caso) típico (un) menor sin control, no escolarizado. Muchas veces, obviamente, yo tengo la mirada de estar desde adentro del comité (...), pero la trabajadora social, con la que uno lo conversa, ya venía con el informe para hacer la medida de protección⁶⁷ y es como ‘no, pero primero hagamos esto’. (...)

⁶⁷ Orden judicial dictada por los Tribunales de Familia para resguardar los derechos de niños, niñas y adolescentes vulnerados, o de víctimas de violencia intrafamiliar (BCN, 2020)

Lo que se propuso como comité era, no hacerlo de inmediato, ver cómo avanzaba el caso, hacer un acompañamiento y entiendo que funcionó” Vocal de CEA-AP

“(…) lo que nos está, es enseñando un poco, desde el error, poder aplicar las herramientas bioéticas para, desde el error poder prevenir, o sea, poder hacer la gestión del riesgo, o desde ahí” Vocal de CEA-AP

La evidencia internacional considera que, para establecer un servicio de apoyo ético en AP, es recomendable comenzar por una evaluación de las necesidades y mapear las medidas existentes, de tal manera, se puede integrar el trabajo de reflexión ética con iniciativas de desarrollo en la línea de la calidad (Karlsen et al., 2024). Similar a lo anterior, en este estudio se proponen tres funciones prioritarias, para los CEA-AP, que configuren los ejes básicos de su acción con orientación al enfoque de derecho. Estas son la atención de consultas espontáneas, como respuesta las necesidades inmediatas que surgen en la práctica cotidiana de los equipos de salud y de la comunidad usuaria; el levantamiento de diagnósticos situacionales, que permitan evaluar de manera sistemática el estado actual del enfoque de derechos en cada establecimiento de AP; y la capacitación de equipos de salud y comunidad, para fortalecer las competencias éticas del personal de salud y, por parte de las personas usuarias, el conocimiento de sus derechos. Conforme a lo que describen los relatos:

“Yo me imagino que un comité de ética en Atención Primaria, por un lado, podría trabajar en base a lo que le llega (...), al diagnóstico que hace, a la falencia o a las cosas que puede mejorar (...). Se pone a (...) responder las distintas cosas que le van a llegar. (...). Luego, hago un diagnóstico de la situación de derechos o de respeto a la dignidad de las personas en el CESFAM (...). Creo que ellos tendrían que tener un trabajo activo de capacitación.” Referente nacional en bioética, Ministerio de Salud

“Lo que empezaron era ver, con cada centro de Atención Primaria, cuáles eran los problemas éticos más continuos que se presentaban. ¿Cuáles eran aquellos que no tenían resueltos en ese momento?. Entonces, sí hubo una tarea al principio muy buena, (...) de levantamiento de cuáles eran las situaciones que se

presentaban. Esa ha sido mi experiencia directa con los comités de ética asistencial (en AP).” Académico e investigador nacional en bioética

La perspectiva práctica de la atención de salud centrada en las personas, como principio dentro del modelo integral en salud de la AP chilena, es otro hallazgo central dentro de este estudio. Se reconoció que el comité debía promover el acceso a la información y a la participación de pacientes y familiares. Esto se convirtió en un camino que recién comienza. Experiencias internacionales muestran que la invitación de los familiares del caso a las reuniones del CEA-AP, es rechazada por los profesionales que consultan y que, no hay experiencia con la participación de pacientes (Magelssen et al., 2021). La participación de familiares implicará una adaptación del proceso, el cual deberá considerar que ellos estén previamente informados sobre la función del comité, cuál sería el propósito de la discusión y qué se espera de ellos (Karlsen et al., 2023).

Al menos se reconoce en los relatos de este estudio, y de manera transversal, que los pacientes deben estar enterados que su caso será analizado por un CEA, pero perciben que la responsabilidad de informar al paciente recae en el consultante y no en el comité. Según lo planteado en los discursos recopilados:

“Yo creo que es positivo que el paciente se entere (...). Muchos casos se han arreglado, solamente, porque el paciente se ha enterado (...). Hay que facilitar que los familiares o los propios pacientes puedan acudir al comité de ética.”
Académico e investigador nacional en bioética

“Mientras uno es capaz de transmitir, como equipo de salud o como profesional, al paciente o a la familia, que tú estás haciendo (...) un proceso cognitivo. Que estás pensando en lo que quieres hacer. Yo creo que eso enriquece harto.”
Médico, presidente de CEA-AP

“Yo creo que para respetar su derecho debería estar informado (el paciente) y explicarle de qué se trata el comité. Que no va a ser algo público ni un análisis a todo a boca. Que es algo muy, muy en privado y que no se toma ningún tipo de medida, tampoco disciplinaria ni nada. Pero yo creo que debería ser informado.”
Odontóloga, integrante fundador de CEA-AP

Los resultados mostraron que los CEA-AP cumplen un rol institucional de colaboración con perspectiva de centralidad en las personas sujetas de derechos, pero requieren un modelo de acción mixto que combine funciones reactivas y preventivas. Asimismo, se subrayó la necesidad de garantizar la participación informada de pacientes y familiares en el proceso de deliberación, lo que favorecería la transparencia y la confianza en la institución. Estos elementos constituirían la base para un diseño de un modelo de implementación de CEA-AP con enfoque de derechos y, por ende, a la consolidación de una AP más centrada en las personas.

En síntesis, para este apartado, los CEA-AP en Chile constituyeron espacios innovadores de deliberación que permitieron aplicar una bioética contextualizada y abordaron conflictos en las zonas grises del enfoque de derechos. Su implementación demostró ser factible y efectiva en contextos municipales, contribuyendo a visibilizar problemas éticos, previamente no identificados, y a sistematizar su abordaje mediante un enfoque participativo, formativo y preventivo.

La consolidación de los escasos CEA-AP en Chile enfrenta desafíos significativos, tales como la fragilidad institucional, por desconocimiento; la ausencia de mandato normativo, adaptado a la AP; el escaso respaldo de las autoridades, para impulsarlos; la priorización en la productividad asistencial, por sobre los espacios de deliberación; el déficit en el acompañamiento formativo en bioética; y las limitaciones de recursos humanos y físicos, entre otros.

Los factores institucionales y organizacionales que fortalecieron el funcionamiento de los CEA-AP se relacionaron con su vinculación a procesos formales de acreditación en calidad y seguridad del paciente.

La presencia de liderazgos, particularmente aquellos con capacidad efectiva de decisión dentro de las estructuras directivas, actuó como un motor fundamental. A lo anterior se suma la existencia de un capital humano resiliente al interior de los CEA, compuesto por profesionales con compromiso sostenido. La resiliencia se reflejó en la continuidad del trabajo ante limitaciones de tiempo, cambios administrativos o baja valoración inicial por parte de algunos equipos. En conjunto, estos elementos favorecieron el desarrollo de las

funciones propias de los CEA, y también la sostenibilidad de su labor en el tiempo. Lo anterior se sintetiza en la Tabla 19.

Tabla 19

Fortalezas, debilidades y factores claves del modelo de CEA-AP en Chile.

Fortalezas	Debilidades	Factores claves
• CEA generan espacios de deliberación innovadores de impulso local • Aplicación de la bioética contextualizada • Resolución de conflictos en las zonas grises del enfoque de derechos • La implementación es factible y efectiva, en contextos municipales con recursos. • Enfoque deliberativo y formativo contribuyó a visibilizar problemas éticos desapercibidos y abordar sistematizar su abordaje.	• Fragilidad institucional, sin mandato normativo específico • Escaso respaldo de autoridades por desconocimiento • Déficit en el acompañamiento formativo en bioética • Limitaciones de recursos humanos y físicos • Personal priorizado para la productividad asistencial y falta de espacios físicos para reuniones	• Proceso de acreditación en calidad y seguridad el paciente • Liderazgos sensibilizados con poder para tomar decisiones • Capital humano comprometido y resiliente en los CEA

4.3.3 Comparación de CEA-AP entre Chile y referentes internacionales

La heterogeneidad internacional en los procedimientos que se adoptan en los Comités de Ética Asistencial, basada en los factores geográficos, culturales y legales, genera dificultad para obtener criterios compartidos y lograr una evaluación rigurosa de su impacto y los factores claves de su éxito (Crico et al., 2021).

En el análisis comparativo entre la experiencia de CEA-AP en Chile y España, se destaca el caso chileno por ser un modelo de implementación normativo, demostrado por sus protocolos internos y la experiencia de los integrantes al cumplir, de cerca, lo señalado en el Decreto n.º 62 (2012) y al impulso por cumplir los requisitos del proceso de acreditación de establecimientos de salud. Para ello se destacan sus reglamentos detallados y funciones bien delimitadas, pero escasa evaluación de impacto. En cambio, en las Comunidades Autónomas de España seleccionadas para este estudio, se muestra un modelo de implementación más flexible, nacido de iniciativas profesionales y con mayor trayectoria de deliberación, producción académica y trabajo en red.

Ambos países comparten los principios guía de dignidad, confidencialidad, autonomía y respeto, pero divergen en el énfasis práctico. Mientras Chile se inclina hacia la formalización institucional y garantías de derechos, España lo hace hacia la deliberación, formación y proyección del trabajo del CEA-AP.

Respecto al marco normativo y fundacional, Chile tiene un fuerte anclaje en leyes nacionales y liderazgos profesionales locales que han sido clave. Sus protocolos internos de funcionamiento son extensos, detallados y orientados a la formalización administrativa, pero sin un proceso de acreditación propio para CEA. En España la normativa es más dispar según la Comunidad Autónoma.

La experiencia en Aragón (Zaragoza) se inició bajo el INSALUD y sociedades científicas; en las Islas Baleares surgen desde la gerencia de AP; y en Cataluña con el ICS y la Fundación Jordi Gol. Existe regulación autonómica y un proceso de acreditación de comité de ética formal, pero con márgenes de flexibilidad. Entonces, en Chile, primó un

modelo de implementación normativo, mientras en España primó un modelo evolutivo y una trayectoria ligada a iniciativas institucionales y de sociedades científicas.

Respecto a los objetivos y principios mencionados en las publicaciones chilenas y españolas para los CEA-AP, se destaca para Chile el foco en la calidad asistencial, el apoyo a la toma de decisiones, la promoción de la dignidad, la prevención de daños, el respeto a la autonomía y la confidencialidad. También se destacan funciones educativas y normativas para estos comités.

En España, se enfatiza más la reflexión ética y la formación, la humanización de la atención, la deliberación interdisciplinar y la elaboración de recomendaciones preventivas, ya sea en guías o protocolos. La dignidad y los derechos de las personas son un eje común para ambos países. Es así como en Chile, para el CEA-AP, se subraya la función de ser garante del enfoque de derechos en un contexto de mejora de la calidad asistencial, mientras para España, se destaca la función deliberativa y formativa.

Respecto a la composición y estructura de los comités, en Chile los protocolos estandarizan un número de integrantes entre siete y nueve, la presencia obligatoria de médico, abogado, representante comunitario y alguna integrante con formación básica en bioética. Existe una alta formalización en requisitos de designación, duración de cargos y quórum mínimo para sesionar. En España se aprecia algo similar, pero con mayor flexibilidad en la composición en cuanto a número de integrantes y diversidad, ejemplo de ello es Cataluña, entre cuyos perfiles se agrega al mundo académico. En términos generales, en España los requisitos formales son menos rígidos.

Respecto al funcionamiento y procedimiento dentro de los comités, en Chile los procedimientos son muy detallados: derivación de casos, confidencialidad, conflictos de interés, plazos de respuesta, registro en acta, o envío de informes a las autoridades. Por su parte en España, los procedimientos son más enfocados en la deliberación, la documentación de conocimiento y el trabajo en red.

Mientras en Chile se prioriza la rendición administrativa y la trazabilidad, en España se prioriza la deliberación flexible y la producción de conocimiento traducida en guías, alertas y publicaciones.

Las temáticas abordadas por los comités guardan ciertas similitudes entre Chile y España destacándose la autonomía del paciente, la confidencialidad, el rechazo de tratamientos, las voluntades anticipadas, el maltrato, etc. La tendencia en la experiencia chilena es abordar conflictos clásicos en la ética clínica y temas del enfoque de derechos que son emergentes, mientras que en España se incorpora, además, cuestiones organizativas, profesionales y de gestión sanitaria.

La evaluación del impacto concreto de estos comités es escasa en ambos países, de hecho, en Chile ningún protocolo de funcionamiento, de los revisados, incluye mecanismo de evaluación y más bien predominan los reportes administrativos periódicos. En España, parecido a Chile, aunque en el caso de Aragón ya en el 2001, y luego de su experiencia, abrió una discusión respecto a la necesidad de evaluar estos comités, pero no se concretó; Islas Baleares y Cataluña, asemejan a Chile en la elaboración de memorias anuales, pero estas Comunidades Autónomas cuentan con páginas *web* de acceso abierto, con publicación de material de capacitación o reflexión. Esto hace más transparente el trabajo de los CEA-AP. Mientras Chile se centra en el cumplimiento formal de la normativa que exige los reportes anuales, en España, los comités de ética tienen una proyección más profesional y social.

En Chile, a pesar de los pocos comités en AP, la experiencia demuestra una fase de iniciación y otros en vías de consolidación inicial, para los comités más antiguos, aunque frágil desde lo institucional y sin un proceso propio de acreditación. En España, el comité que ha logrado sostenerse en el tiempo se encuentran en etapa de madurez y expansión (Cataluña). Los comités en AP españoles cuentan con un proceso de acreditación que los respalda.

Esta comparación queda resumida en la Tabla 20.

Tabla 20

Dimensiones comparadas entre los modelos de CEA-AP de Chile y de las Comunidades Autónomas de España seleccionadas en este estudio.

Dimensión	Chile	España (Aragón, Islas Baleares y Cataluña)
Modelo normativo predominante y marco fundacional	Rígido, estructurado a nivel nacional. Sin un proceso de acreditación propio. Protocolos internos extensos y detallados para cumplimientos de requisitos del Decreto n.º 62 Comités aislados. Anclaje en leyes nacionales. Inicios ligados a la acreditación de la institución en calidad y cumplimiento administrativo y liderazgos profesionales	Flexible según comunidad autónoma. Reglamentos generales, con acreditación formal. Experiencia de trabajo en red. Normativa dispar según Comunidad Autónoma. Inicios ligados a instituciones y sociedades científicas con proyección profesional y social
Objetivos y principios	Foco en calidad asistencial, apoyo a decisiones, promoción de dignidad, prevención de daños, respeto a autonomía y confidencialidad. Funciones educativas y normativas.	Enfoque en reflexión ética, formación, humanización de la atención, deliberación interdisciplinar

Composición y estructura	Comités de 7 a 9 miembros según normativa. Presencia obligatoria de médico, abogado, representante comunitario y miembro con formación básica en bioética. Alta formalización en designación, duración y quórum.	Composición diversa y flexible. Requisitos menos rígidos.
Funcionamiento y procedimientos	Protocolos muy detallados: derivación de casos, plazos de respuesta, confidencialidad, quórum, registro en acta, informes periódicos. Escasa producción de conocimiento documentada.	Procedimientos centrados en deliberación y producción de conocimiento documentada y publicada en páginas <i>web</i> de acceso abierto
Temáticas abordadas	Conflictos clásicos de ética clínica (autonomía, confidencialidad, rechazo de tratamientos, voluntades anticipadas, maltrato) y temas emergentes de enfoque de derechos y del modelo de atención	Se agrega a lo de Chile, cuestiones organizativas, profesionales y de gestión sanitaria.

Evaluación e impacto	Escasa. Predominio de reportes administrativos.	Escasa. Aragón abrió debate sobre la evaluación, no concretado. Islas Baleares y Cataluña predominio de reportes administrativos y documentación de reflexiones de acceso abierto a la comunidad
Trayectoria y sostenibilidad	Etapas de desarrollo heterogéneo: entre iniciación y en vías de consolidación. Frágil institucionalmente. Sin un proceso de acreditación	Cuentan con el ejemplo de Cataluña, una experiencia más longeva y documentada. El CEAAPICS en etapa de madurez y expansión Con un proceso de acreditación

En el análisis comparativo entre la experiencia de CEA-AP en Chile y Noruega se muestra una coincidencia en el contexto institucional, pues para ambos países, la municipalidad es un ente gestor en las prestaciones de servicios a nivel de AP. Estas son todas aquellas con enfoque ambulatorio y comunitario que no requieren la derivación a hospitales; y basados en equipos multidisciplinarios. El gobierno central chileno y noruego transfiere la gobernanza a las autoridades locales, pero continúa controlando y financiando el sistema de salud primaria. El marco normativo para los comités de ética en ambos países tiene una fuerte orientación hospitalaria, sin un marco explícito para la AP.

Con diferencias en la cobertura de AP, para Noruega un 99% de la población y para Chile un 81%, la implementación de los comités tuvo impulsos diferentes. Mientras Noruega avanzó con proyectos nacionales, diferenciados de comités hospitalarios, y respaldo universitario estructurado con recursos iniciales. Chile impulsó un modelo de adscripción de la AP a comités externos, aunque hubo iniciativas locales y aisladas de CEA-AP, mayoritariamente impulsadas por el proceso de acreditación de instituciones de salud y pocas por referentes regionales en bioética.

Al igual que Noruega, en Chile los comités son escasos y están en diferentes etapas de desarrollo, no obstante Noruega destaca por una amplia cobertura a nivel municipal de GRE. La legitimación de comités es frágil en ambos países por un respaldo normativo insuficiente. A diferencia de Noruega, en Chile no hubo una institución académica u otras entidades como apoyo en el desarrollo y la evaluación de estos comités.

Mientras la legitimidad de los comités en Noruega se construyó institucionalizando la ética como parte de la cultura municipal, implicando directivos y mandos medios para reforzar el anclaje organizacional, en Chile es débil, debido a un desconocimiento general y la desvinculación de las autoridades. En ambos países la legitimidad depende del conocimiento, confianza y la validación institucional de los comités y responde a estar anclada a la estructura organizacional y al reconocimiento progresivo de su rol consultivo, formativo y de apoyo ante el distrés moral en el contexto de AP.

Respecto a la relevancia de los comités en AP, ambos países coinciden que ellos están reconocidos como instancias necesarias para la calidad asistencial. En el modelo noruego los Grupos de Reflexión Ética y los CEA fortalecen la cultura ética a través de ser valorados como espacio de reflexión en los municipios, y su relevancia se mide en términos de formación y de reducción de la angustia moral profesional.

En Chile la relevancia se vincula más, a una bioética contextualizada y de enfoque de derechos, al integrar la dimensión ética en la práctica cotidiana de la atención centrada en la persona y percibir a los comités como espacios innovadores para la reflexión ética, formación y de apoyo ante el estrés moral.

La utilidad de los comités se perciben Noruega en sus deliberaciones, estructuradas y facilitadas por personas entrenadas, sobre casos reales mientras que, en Chile, se relacionan con la resolución práctica de dilemas identificados dentro de la AP, sin una estructura única de deliberación y con un déficit formativo.

En relación con los factores facilitadores, Noruega destaca por la formación masiva e intensiva de facilitadores en ética clínica, con apoyo académico y gubernamental, además de la motivación de líderes locales. En Chile, en cambio, el acompañamiento técnico y formativo fue, en algunos casos, a través de referentes regionales y en su gran mayoría, iniciativas aisladas basadas en un fuerte liderazgo sensibilizado y el compromiso personal de los integrantes del comité. En ambos países los liderazgos individuales y el acompañamiento técnico fueron decisivos.

En relación con las limitaciones para la implementación de estos comités, tanto en Noruega como en Chile, se muestran una fragilidad institucional ante la falta de un mandato nacional específico, al caso chileno se le agrega la falta de un apoyo técnico y formativo. Mientras en Noruega el riesgo se identifica en el financiamiento, en Chile la falta de formación específica, el escaso respaldo de autoridades y la limitación de recursos, son barreras importantes. En ambos países ha sido fundamental la dependencia en voluntades individuales, que, a su vez, también representa una debilidad.

Los desafíos pendientes para ambos países son la institucionalización estable y la implementación a gran escala de comités; la fundamentación normativa; y la sostenibilidad e independencia de voluntades personales. Mientras en Noruega se busca lograr una etapa avanzada de consolidación de sus comités y GRE, y mayor inclusión de actores relevantes, en Chile aún se busca la manera de encontrar una diferenciación con lo hospitalario y una consolidación inicial de sus CEA-AP vigentes (Tabla 21).

Tabla 21

Dimensiones comparadas entre el modelo de CEA-AP de Chile y Noruega.

Dimensión	Chile	Noruega
Contexto institucional	Población: 19,9 millones⁶⁸ La cobertura formal de la AP incluye solo a la población registrada en el seguro público de salud (81%). Los municipios son responsables de los servicios de AP. Con un enfoque en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, y atienden problemas de salud que no requieren hospitalización. Aunque el gobierno central transfiere la gobernanza a las autoridades locales, continúa controlando los servicios de salud	Población: 5.6 millones⁶⁹ El 99% de la población se encuentra registrada en el régimen habitual de médicos de cabecera Los municipios son responsables de los servicios de AP. Con un enfoque en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, así como en el tratamiento de afecciones y la gestión de problemas de salud que no requieren hospitalización. Aunque el gobierno central transfiere la gobernanza a las autoridades locales, continúa controlando los servicios de salud

⁶⁸ Worldometer⁶⁹ Ibidem

	mediante instrucciones, directrices, orientaciones, legislación, presupuestos e incentivos financieros.	mediante instrucciones, directrices, orientaciones, legislación, presupuestos e incentivos financieros.
Atención Primaria	La AP constituye el primer punto de contacto y actúa como filtro de acceso a los servicios de salud especializados. La mayoría de los servicios son prestados por proveedores públicos denominados CESFAM (Centros de Salud Familiar). Los equipos de AP trabajan directamente con instituciones dentro del territorio, como establecimientos educativos, residencias de larga estadía para personas mayores, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, entre otras, proporcionando servicios propios de la AP las poblaciones atendidas por dichas instituciones.	Los médicos generales constituyen el primer punto de contacto y actúan como filtro de acceso a los servicios de salud especializados. Los servicios de AP incluyen: Servicios de salud escolar Centros de salud para niños y adolescentes Controles del embarazo Inmunizaciones Médicos generales Servicios de urgencia Atención de enfermería dentro y fuera de instituciones. Residencias de larga estadías, servicios de asistencia domiciliaria. Servicios de rehabilitación Atención en salud mental

Atención Primaria	La asistencia se basa en el Modelo de Atención Integral y Comunitaria en Salud, que enfatiza un enfoque centrado en la persona, así como la coordinación y la continuidad del cuidado. Se trabaja de manera interdisciplinaria, lo que incluye médicos, enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos y otros profesionales como parte del equipo de salud estable.	Las enfermeras y los médicos generales constituyen el núcleo de la AP; sin embargo, también participan otras profesiones, como matronas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, psicólogos, auxiliares de enfermería, entre otros.
Etapas de desarrollo de servicios de apoyo en ética clínica en AP	Implementación a escala menor. Experiencias disimiles y aisladas, sin una política nacional específica.	Iniciativas locales invitadas y respaldadas por el CME (Universidad de Oslo) sin un proceso de acreditación en calidad asociado. Implementación de CEA-AP a pequeña escala, aún sin una política nacional específica bajo un proyecto piloto universitario

Etapas de desarrollo de servicios de apoyo en ética clínica en AP	Mayoritariamente impulsadas por procesos de acreditación en calidad y por referentes regionales en bioética.	Se cuenta con comités en todas las etapas: algunos están recién comenzando, otros se están cerrando, algunos han funcionado durante unos pocos años y otros llevan más de 10 años en funcionamiento (como en el municipio de Oslo) en una consolidación avanzada
	Desarrollo de los comités desigual, entre una etapa inicial y otros en vías de consolidación.	Además de los CEA-AP, desde 2007 se ha producido una implementación a gran escala y con larga trayectoria de experiencias menos formalizadas de Grupos de Reflexión Ética a nivel de departamentos y en el marco de un programa nacional.
	Sin evaluación formal de las actividades.	En ocasiones se realiza una evaluación formal de las actividades, llevada a cabo por el CME y, en algunos casos, por otras entidades.

Legitimidad	Débil legitimidad por desconocimiento y falta de normativa. Fortalecida de manera progresiva mediante análisis de casos, recomendaciones pertinentes y difusión interna.	Construida en la cultura municipal, al institucionalizar la ética implicando directivos y mandos medios. Falta de un marco normativo. Débil participación comunitaria y de médicos de AP.
Relevancia	Relevancia vinculada a la aplicación de una bioética contextualizada y el enfoque de derechos. Espacios innovadores para reflexión ética colectiva, formación y enfrentar el estrés moral	Reconocidos como útiles para la calidad de la atención. Espacio de reflexión y formación valorado, que reduce el malestar moral profesional y contribuye a encontrar mejores soluciones para los casos más difíciles.
Utilidad	Resolución práctica de dilemas cotidianos en AP, aunque sin metodologías deliberativas estandarizadas. Déficit en la formación de sus integrantes	Espacios de deliberación estructurada con una metodología deliberativa sistemática (Modelo de los 6 pasos) y personas entrenadas en facilitar las deliberaciones

Factores facilitadores	Impulso indirecto por acreditación en calidad. Acompañamiento técnico de referentes regionales, en algunos casos. Liderazgo y compromiso personal de integrantes de comités.	Formación masiva e intensiva de facilitadores en ética clínica. Apoyo académico y de implementación por parte del CME. Motivación de los líderes locales y de personas clave.
Limitaciones	Falta de base normativa y formativa explícita para AP. Escaso respaldo de autoridades, carencia de formación académica específica y limitación de recursos. Dependencia de voluntades individuales.	Fragilidad institucional debido a la ausencia de un mandato nacional y a las limitaciones de recursos. Excesiva dependencia de la buena voluntad individual de personas clave y líderes.
Desafíos pendientes	Implementación a gran escala. Diferenciación de lo hospitalario Fortalecimiento de la legitimidad y consolidación a nivel nacional	Implementación a gran escala. Lograr una representatividad mínima y fundamentación normativa sólida.

Desafíos pendientes	Independencia de voluntades personales.	Sostenibilidad e independencia de voluntades personales
----------------------------	---	---

Nota:

Tabla elaborada a partir de las publicaciones del CME y de la discusión académica con el grupo de investigadores del CME durante la estancia de la investigadora en la Universidad de Oslo.

4.4 Integración teórica

La categoría central que emerge de este estudio es la comprensión del fenómeno estudiado: los CEA-AP como órganos institucionales, únicos e innovadores en la AP que han demostrado la relevancia de la reflexión ética en un contexto poco explorado. Este fenómeno se configura como respuesta a un proceso de cumplimiento de estándares de calidad, pero con el tiempo se percibió como una necesidad para abordar las dificultades éticas propias del nivel primario. Así también, el fenómeno surge en la interacción de factores causales, contextuales, estratégicos e intervinientes que, en conjunto, permitieron comprender su sentido y proyección.

En su dimensión causal, los CEA-AP surgieron debido a un requisito, de carácter no obligatorio, como estándar de calidad, pero luego se identificaron la presencia de conflictos éticos cotidianos en la práctica clínica ambulatoria y comunitaria, y así también, el estrés moral que experimentan los equipos de salud al enfrentar dilemas de difícil resolución en escenarios particulares.

El contexto en el cual se desplegaron los CEA-AP mostraron la hegemonía hospitalaria de la bioética, con comités concentrados en establecimientos de alta complejidad. En contraste, los CEA propios de AP fueron escasos, desconocidos y con legitimidad frágil, limitada y progresiva, según se avance en estrategias que difundían su trabajo. Para un cumplimiento administrativo, la tendencia de los CESFAM fue adscribirse a comités externos a la AP, distante de su realidad y dinámica propia.

En el proceso de implementación y desarrollo de los CEA-AP, existieron condiciones intervinientes que pueden tanto favorecer como obstaculizar el desarrollo del fenómeno.

Factores facilitadores son: el impulso por el proceso de acreditación; los liderazgos sensibilizados con la bioética; el factor humano comprometido y resiliente del CEA-AP; y el rol facilitador del Servicio de Salud regional. Entre los factores obstaculizadores se identifican: la priorización en la productividad; el Decreto n.º 62 no pertinente para la AP; el déficit de formación en bioética a nivel de AP; la desvinculación de autoridades con la ética asistencial; y la dependencia en la motivación personal de los integrantes.

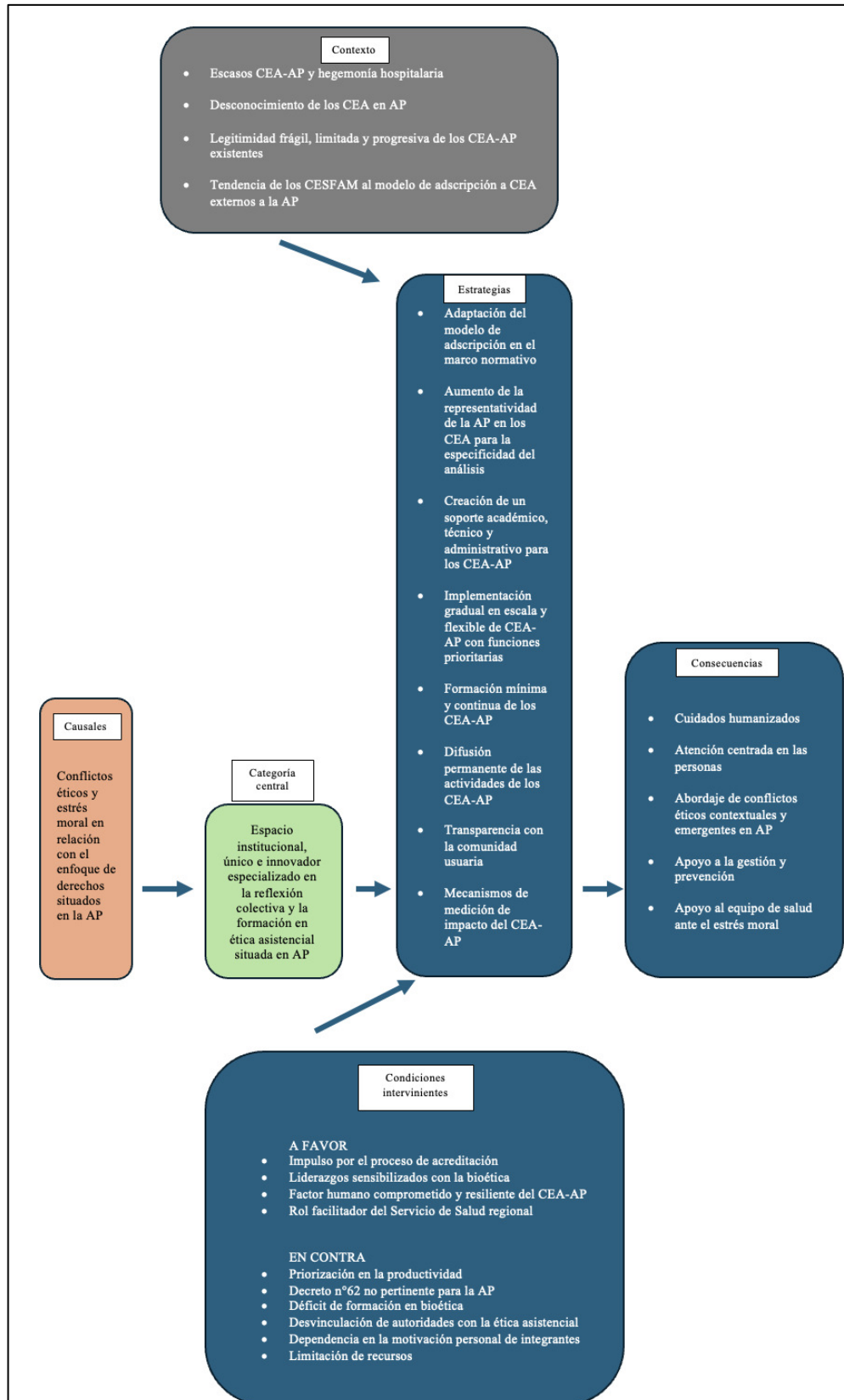
Frente a lo anterior se proponen estrategias que buscan dar viabilidad y legitimidad a los CEA con especialización en AP, según lo estudiado en esta tesis: adaptación del modelo de adscripción en el marco normativo; aumento de la representatividad de la AP en los CEA para la especificidad del análisis; creación de un soporte académico, técnico y administrativo para los CEA-AP; implementación gradual en escala y flexible de CEA-AP con funciones prioritarias; formación mínima y continua en bioética de los CEA-AP; difusión permanente de las actividades de los CEA-AP; transparencia con la comunidad usuaria; y mecanismos de medición de impacto del CEA-AP.

Las consecuencias de la implementación y consolidación de los CEA-AP se proyectan en distintos planos: los cuidados humanizados; la atención centrada en las personas; el abordaje de conflictos éticos contextuales y emergentes en AP; el apoyo a la gestión y prevención; y el apoyo al equipo de salud ante el estrés moral.

La teoría resultante explica que los CEA-AP se constituyen en una innovación institucional que permite trasladar la reflexión colectiva de la ética asistencial desde el espacio hospitalario hacia el territorio ambulatorio y comunitario, respondiéndole a las particularidades y necesidades propias de este nivel asistencial (Figura 2).

Figura 2

Diagrama de la integración teórica basada en Creswell (2012)



5. Conclusiones

5.1 Discusión de resultados

5.1.1 La bioética aplicada en el contexto de Atención Primaria

Los cambios sociales, el avance tecnológico y los nuevos perfiles demográficos y epidemiológicos generan desafíos para la AP chilena. Por ello, los equipos de salud deben desarrollar determinadas competencias que les permitan identificar la dimensión ética de la atención integral en salud. En contraposición de lo que se suele publicar, no son pocos los casos en AP que demandan un abordaje efectivo para enfrentar la complejidad de problemas éticos, y que, para su resolución, existe el riesgo de hacerlo de manera errónea, generando un impacto negativo, que suele desestimarse, por el simple hecho de producirse en contextos extrahospitalarios.

Aunque académicamente subestimado, la AP conlleva conflictos éticos tan complejos como los de la atención hospitalaria, pero que surgen en otro contexto de la red sanitaria y, por ende, no sólo los pacientes tienen un mayor protagonismo en la toma de sus decisiones, en tanto tienen menor posibilidad de ser controlados por los equipos de salud, también se asume una responsabilidad diferente en el manejo de recursos sanitarios, cuando se es responsable del acceso al sistema de salud y de atender a la población con mayor vulnerabilidad.

Haciendo un análisis más global, queda mucho camino por recorrer, pero en el trecho ya avanzado, es posible detectar desconocimiento de los conflictos éticos propios de la medicina ambulatoria, comunitaria y extrahospitalaria. La conclusión de esta tesis concuerda con las referencias internacionales, las cuales sostienen que la literatura es escasa y este campo académico sigue estando poco explorado.

Una atención equitativa, de calidad, respetuosa de derechos y centrada en las personas, es lo que la AP debe garantizar, puesto que representa la base y entrada al sistema de salud chileno y coordina sus servicios con otras instituciones, tanto del área de salud como

social. Entonces para Chile, es insostenible continuar con un modelo de atención integral en AP, sin un servicio de apoyo en ética asistencial especializado, ya que se detectó en este estudio, que la dimensión ética y el enfoque de derechos quedan excluidos desde lo práctico, por la falta de identificación y abordaje de las problemáticas de esta índole en AP.

Un ejemplo que ilustra lo anterior, es que en las dos versiones del manual operativo de la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas (MINSAL, 2021a, 2025), resulta llamativo que no se haga referencia explícita a la ética asistencial, como componente relevante para alcanzar el objetivo de una atención, verdaderamente, con enfoque de derechos. La ausencia de ello puede debilitar el sustento normativo y valorativo de la estrategia, dado que la atención centrada en las personas implica, necesariamente, considerar principios éticos en la toma de decisiones compartidas en la clínica, y también aquellas que involucran decisiones organizativas.

Una respuesta concreta a la situación mencionada es abrir espacios de deliberación ética y formación especializados en AP, que recojan la pluralidad de opciones e incidan en la cultura institucional. El aporte de los CEA-AP que muestra este estudio fue aplicar la bioética en este contexto, que no se restringió tan solo a ofrecer recomendaciones, sino también a la formación de los equipos de salud en temas relevantes y poco abordados con anterioridad. En algunas experiencias, incluso, incidieron en decisiones de gestión en la organización.

Ahora bien, los CEA-AP no pueden quedar como una cuestión de mera creación de instancias de reflexión y formación, sino que, deben aportar un *corpus* de conocimiento a la bioética y a la AP mediante el análisis de las experiencias deliberativas de casos o consultas, para examinar las cuestiones habituales no resueltas, visibilizar los conflictos éticos no identificados y distinguir las causas del estrés de origen moral que enfrentan los equipos de salud.

Esta tesis también concluye que las instancias colectivas de deliberación en AP, permitieron trasladar los principios bioéticos desde el terreno hospitalario hacia la práctica clínica y organizacional de la salud primaria y, aunque aún falten evaluaciones de su impacto, esta investigación sistematizó una experiencia única en el contexto

nacional, con la pretensión de ocupar espacios académicos potenciales para generar futuras investigaciones que aporten mayor evidencia y reflexión crítica al campo de la bioética en la AP.

Con ello esta tesis demuestra que el trabajo de los CEA-AP requiere una mayor expansión en la academia y dentro del sistema de salud chileno, y que, en la medida que se cuente con más evidencia y una base normativa robusta, se podrá lograr un apoyo institucional que valide su legitimidad, relevancia y utilidad para sostenerse en el tiempo, sin una excesiva dependencia de sus integrantes o las autoridades locales de turno.

5.1.2 Aprendizajes a partir de los CEA-AP en referentes internacionales

Las experiencias estudiadas en esta tesis, en países como España, Noruega y México, proporcionan aprendizajes relevantes para la implementación, el desarrollo y la consolidación de espacios institucionales especializados en conflictos éticos en AP.

La experiencia del Comité Asesor de Bioética de Atención Primaria de Aragón (Zaragoza) permitió extraer aprendizajes relevantes para la configuración y proyección de los comités de ética en ese nivel asistencial. La evidencia demostró la experiencia de haber definido una identidad diferenciada respecto a los comités hospitalarios, dado que los problemas éticos abordados de AP respondieron a realidades específicas y requieren un modelo de apoyo que considere su autonomía, o al menos, una relación no subordinada totalmente al ámbito hospitalario. La dotación de recursos y la sostenibilidad organizativa aparecen como condiciones imprescindibles para garantizar continuidad en el tiempo.

En Aragón, la falta de apoyo institucional y presupuestario constituyeron una de las principales causas de la fragilidad de estas instancias. Un aspecto crucial fue la falta de evaluación de su impacto, ya que disponer de ello hubiera permitido, no sólo legitimar su utilidad ante la comunidad profesional y la ciudadanía, sino también justificar su permanencia dentro de la estructura sanitaria. Del mismo modo, se confirmó que la participación y la pluralidad profesional son una de las fortalezas más significativas del

modelo, al garantizar representatividad y enriquecer la deliberación ética desde diferentes perspectivas y disciplinas.

El análisis de la trayectoria del Comité de Ética Asistencial de Atención Primaria de Islas Baleares (COMETA-AP) permitió identificar el proceso evolutivo en la conformación de un comité de estas características. En la fase inicial fue esencial la capacitación interna de sus integrantes, la búsqueda de legitimidad institucional y la producción de sus primeros aportes en forma de guías, publicaciones y actividades de difusión. En la etapa de institucionalización, se consolidó su reconocimiento normativo y se amplió el alcance de sus funciones. La irrupción de la pandemia supuso un punto de inflexión. Si bien el comité demostró resiliencia, la sobrecarga asistencial generó tal grado de presión, que limitaron la continuidad de su trabajo. La etapa pospandémica evidenció una disminución en la cohesión interna y la necesidad de reposicionar el comité. Ello demostró que, en escenarios críticos, si el comité no cuenta con un respaldo suficiente a nivel de la institución, queda con una dependencia excesiva de sus integrantes, lo que dificultó también su reposicionamiento. En este recorrido histórico del COMETA-AP, se destaca su modelo gradual de implementación y la necesidad de evaluar modos de garantizar la continuidad institucional frente a vaivenes externos.

En el caso del Comité de Ética Asistencial en Atención Primaria de Cataluña (CEAAPICS) se han identificado una serie de factores que han resultado decisivos para su consolidación y legitimidad. Para empezar, el respaldo institucional, materializado en la acreditación inicial y la adscripción al mayor proveedor de servicios de salud primaria de Cataluña, el Instituto Catalán de Salud. Esto ha sido trascendental para garantizar su sostenibilidad y reconocimiento en el tiempo. A ello se agrega la capacidad de respuesta a problemas concretos, expresada en el abordaje de consultas y situaciones reales que vincula la deliberación ética con la práctica clínica y la gestión organizativa de la AP catalana. La función formativa y la divulgativa mediante su página *web* accesible, ha contribuido a ampliar la reflexión bioética más allá del espacio del comité, mediante cursos, jornadas y materiales que han servido como vehículos de transferencia de conocimiento y sensibilización. La dinámica de trabajo en red, en colaboración con otros grupos de ética y sociedades científicas, ha reforzado su influencia y proyección territorial, favoreciendo la construcción de una comunidad ética en la AP catalana. Otro elemento clave ha sido la flexibilidad y capacidad de adaptación, lo que les permitió

mantener su actividad durante la pandemia y responder a los desafíos derivados de nuevos marcos normativos. Además, de la producción documental, que no sólo fortaleció la memoria institucional, sino que también constituye un mecanismo de legitimación y transferencia de saberes, el trabajo en conjunto con otros grupos organizados de bioética en Cataluña, consolida su rol como referente en la ética asistencial de la AP.

El caso de los municipios noruegos, con el proyecto de Grupos de Reflexión Ética (GRE) y CEA en servicios de salud primaria liderado entre la Asociación Local y Regional de Autoridades (KS), el Centro de Ética Médica de la Universidad de Oslo y el Ministerio de Salud, ha reflejado que la viabilidad y la proyección de estas instancias en AP, dependen de un entramado de factores institucionales que van más allá de su mera constitución formal. La capacitación y el acompañamiento continuo de las personas que participaban, directamente en esos grupos y comités, por una institución académica reconocida a nivel nacional, y recursos específicos asociados, fueron cruciales, especialmente en el desarrollo de competencias críticas. Dos pilares indispensables fueron contar con un seguimiento de las actividades y una metodología estandarizada en los procesos deliberativos, para garantizar la pertinencia de los análisis, gracias a la incorporación de la academia en contextos concretos de la práctica asistencial. Este esfuerzo es un ejemplo de un compromiso institucional sostenido y explícito, que otorgaron legitimidad y estabilidad a los espacios de deliberación en la AP noruega.

También en Noruega, cabe destacar, la presencia de personas líderes comprometidas, lo que resultó clave, ante la falta de un mandato normativo, para movilizar voluntades, sostener la motivación y articular la participación de distintos actores. De igual forma, es un punto para reconocer, el ajuste de la estructura y funcionamiento, tanto de los comités como de los GRE, siendo un ejemplo de adaptación y flexibilidad a las características y necesidades locales, considerando los tamaños poblacionales, la diversidad de servicios de la AP noruega y la dispersión geográfica. Esto emerge como una condición esencial desde lo práctico.

De los comités de bioética en el primer nivel de atención de la ciudad de México (CBPNA), aunque incipientes, se destaca el apoyo y liderazgo proveniente de la Comisión Estatal de Bioética de la Ciudad de México. Este órgano adoptó acciones para disminuir la brecha identificada. La integración de estos nuevos CNPNA con otros comités ya

existentes, como los comités de ética de investigación y los comités hospitalarios, resulta fundamental como estrategia para evitar duplicidades y avanzar hacia una coordinación de la bioética articulada en todos los niveles del sistema. También en México, hubo una adaptación flexible al contexto local, reconociendo las particularidades de cada comunidad y de cada territorio, para responder a los dilemas éticos que emergen en la práctica cotidiana de la AP. En concordancia con las otras experiencias internacionales, para la ciudad azteca, fue imprescindible garantizar el proceso de formación continua a los actores relevantes del modelo piloto, que incluía la bioética, la ética organizacional y la salud pública, con contenido situados y pertinentes a las realidades del primer nivel de atención.

Fue relevante para estos comités mexicanos, haber sido concebidos de manera voluntaria desde las autoridades sanitarias, en una construcción compartida y colaborativa entre instituciones, comunidades y equipo de salud. Con ello se espera otorgar legitimidad y relevancia a la labor de los comités y así, constituirlos como espacios de múltiples saberes y perspectivas. Sólo bajo esta lógica de corresponsabilidad sería posible avanzar hacia un modelo de comités que promueva una bioética situada y que, desde sus inicios, cuente con mecanismos sistemáticos de acompañamiento, evaluación y seguimiento para retroalimentar y justificar su continuidad y expansión.

En resumen, se constata de manera transversal, la necesidad de contar con un espacio de deliberación específico para el primer nivel de atención en los sistemas de salud. Estos espacios resultaron fundamentales para abordar problemáticas propias de la AP, diferenciadas de aquellas que surgen en el ámbito hospitalario. Ahora bien, la sostenibilidad de éstos estuvo condicionada al modelo de implementación y a la estructura institucional que los respaldó, ya que aún, la ausencia de mandatos normativos de carácter nacional los deja excesivamente dependiente de actores claves y a merced de factores externos.

La experiencia internacional coincide en destacar la necesidad de adaptar el funcionamiento, de los modelos de apoyo en ética asistencial para la AP, a las características del contexto territorial, al tamaño de la población atendida, a los recursos disponibles y la existencia de mecanismo de evaluación. La importancia de la flexibilidad

y la adaptación no sólo favoreció a la apropiación local de la bioética, sino también permitió sostenerse frente a contextos cambiantes.

La combinación de actividades de resolución de consultas junto con instancias formativas contribuyó a la construcción de una ética asistencial particular que adquirió sentido y pertinencia para el primer nivel de atención, en la medida que se fue conociendo. La formación en bioética y la difusión del trabajo de grupos de reflexión o comités fueron elementos esenciales para el desarrollo de competencias profesionales y organizacionales. Esto se logró mediante actividades sistemáticas en el tiempo para iniciar y fortalecer una mayor sensibilización por parte de los profesionales.

Finalmente, a pesar de las distintas iniciativas, geográfica y culturalmente diferentes, la experiencia de la implementación de CEA especializados AP, demuestra que la demanda de reflexión y acción en la ética asistencial, no sólo es necesaria de cubrir, sino que además es factible, relevante y fortalecedora de los servicios, pero requieren de respaldos normativos; apoyos institucionales; flexibilidad organizacional; una estrategia gradual de sensibilización, formación y consolidación; capacitaciones permanentes; acompañamiento y seguimiento; planificación realista frente a limitaciones de recursos y participación activa de todos los actores claves para implementarse y sostenerse en el tiempo.

5.1.3 Implementación y desarrollo de los CEA-AP en Chile

La implementación y el desarrollo de los Comités de Ética Asistencial en la Atención Primaria en Chile (CEA-AP) ha evidenciado un proceso complejo y gradual, con escasa visibilidad en el mundo académico y normativo, pero con un impacto significativo a nivel local. Este discreto avance ha sido marcado por fuerzas opositoras entre, barreras estructurales, normativas y académicas; y factores facilitadores, principalmente relacionados con liderazgos con formación en bioética e integrantes comprometidos y resilientes. Es así como este tipo de comités, especializados en el análisis ético de conflictos propios de la AP, ha tenido una legitimación progresiva, pero frágil frente a los distintos actores del sistema de salud, pues está sujeta al vaivén de emergencias sanitarias

y a la rotación de autoridades políticas, debido a la ausencia de su consolidación dentro de la red sanitaria y a que la bioética y la normativa nacional, se ha centrado principalmente en hospitales.

Entre los obstáculos más significativos, se destaca la insuficiencia del marco normativo que regula los Comités de Ética Asistencial en Chile, pues se limita la autonomía y la pertinencia de los CEA-AP, al depender de un reglamento orientado a un modelo de implementación basado en la adscripción a comités externos para aquellos establecimientos de menor complejidad (CESFAM), sin enfatizar en la relevancia de la representatividad y los contextos en los cuales este tipo de comités delibera. Esto genera una fuerte tendencia a cumplir, administrativamente la norma, con la adscripción a comités especializados en el análisis ético de conflictos propios de la atención hospitalaria.

A lo anterior se suman como barreras: el déficit de formación y apoyo académico en temas de bioética aplicada en AP; el escaso respaldo de las autoridades locales, especialmente cuando desconocen las temáticas; y las limitaciones estructurales y de recursos, que incluyen la falta de personal, los tiempos protegidos para actividades del comité y espacios físicos adecuados para sesionar. Estas dificultades condicionan la operatividad y sostenibilidad de los comités en AP, afectando tanto su visibilidad como su capacidad de acción y proyección dentro de la institución.

A pesar de lo mencionado, se han identificado oportunidades que favorecen la implementación y consolidación de los CEA-AP en Chile. Entre ellas, cabe mencionar el impulso institucional derivado de los procesos de acreditación en calidad y seguridad del paciente, y el apoyo de algunos comités por parte del Servicio de Salud regional. No obstante, en este estudio se identifica con creces el motor impulsor y facilitador proveniente de liderazgos con formación en bioética y el capital humano, representado en las personas que conforman los comités, caracterizados por el sentido de identidad; la motivación personal y colectiva; la cohesión de grupo; y la resiliencia.

En términos de lograr una legitimidad incipiente y superar el desconocimiento de sus funciones dentro de la organización y la comunidad, se destaca que los CEA-AP implementaron estrategias, tales como el análisis y la recomendación de medidas para

enfrentar casos con conflicto ético-clínico, aunque escasos, su alcance fue significativo; el apoyo emocional a los consultantes con estrés moral; la apertura para la participación directa del consultante durante las sesiones; la buena acogida de los representantes comunitarios dentro del comité; y la invitación de colaboradores del intersector. Si bien lo anterior representa un plan de estrategias replicables con impacto local, éstas fueron insuficientes ante contextos críticos como la pandemia por COVID-19, lo que demuestra que los factores, fuera del alcance del comité, aún no han sido abordados para lograr una consolidación institucional.

Se identifica que la relevancia de los CEA-AP está en representar espacios innovadores dentro de la organización, que abren la reflexión ética contextualizada de la práctica asistencial en AP, de una manera colectiva, multidisciplinar y participativa, logrando aprendizajes y nuevas capacidades en los equipos de salud, y una participación comunitaria con mayor horizontalidad, transformando la cultura organizacional de los CESFAM. Esto también ha permitido apoyar la gestión de los CESFAM al equilibrar las tareas de productividad, o metas sanitarias, con una calidad humana necesaria, elemento fundamental para promover una cultura de cuidados humanizados y la resolución de conflictos en las zonas grises del enfoque de derechos, cuando se enfrentan valores.

En cuanto a la utilidad de los CEA-AP, este estudio demuestra aportes concretos narrados por los participantes con respecto a la protección de la privacidad de los datos clínicos; el respeto a la autonomía de las personas y el consentimiento informado; la promoción de la justicia y la equidad en la atención; y la identificación y abordaje de problemas emergentes y contextuales de los CESFAM. Estos relatos confirman que los comités no sólo operan como espacios de análisis, sino que también ofrecen asesoría práctica para garantizar que las atenciones cotidianas sean guiadas hacia un enfoque de derechos. Así también, estos comités identifican problemas habituales que no habían sido abordados desde una perspectiva ética, y actualizan al equipo de salud en temáticas emergentes, propios de un sistema de salud que integra nuevas políticas públicas asociadas a una sociedad que evoluciona e incide en la práctica asistencial.

Se concluye que la experiencia chilena demuestra que la implementación y desarrollo de CEA especializados en AP responden a una necesidad percibida que aún no tiene una cobertura ni una institucionalización suficiente en el país. La consolidación de los CEA-

AP, activos e invisibilizados, requiere abordar barreras normativas, formativas y estructurales, y reforzar los factores facilitadores existentes, mientras se fortalece su legitimidad mediante prácticas locales probadas, una participación comunitaria efectiva y la colaboración intersectorial. La relevancia de contar con espacios institucionales que reflexionen desde lo ético y demuestren su utilidad práctica, evidencian que estos comités representan un aporte significativo para apoyar la gestión y la atención en salud centrada en las personas.

5.1.4 Bases de un modelo de implementación de CEA-AP en Chile

En el análisis desarrollado en esta investigación se sostiene que la viabilidad de los CEA-AP depende, en gran medida, de la elaboración de un marco normativo coherente y orientado al objetivo señalado en la pauta de cotejo para la acreditación de prestadores de salud, cual es proveer un servicio que respeta la dignidad del paciente y resguarda principios éticos esenciales en el trato que se le brinda. En esa línea, se establece que el prestador institucional cautela que el paciente reciba un trato digno y que somete formalmente a evaluación ética las situaciones o eventos de esa índole que afectan la atención de los pacientes, por lo que se debe disponer de, o tiene acceso a, un comité de ética donde se resuelven las temáticas de orden ético que se suscitan como consecuencia de la labor asistencial.

Los hallazgos de este estudio sugieren que, si bien se cumple administrativamente, con el requerimiento exigido por la Superintendencia de Salud para el proceso de acreditación, en la práctica, el acceso a un comité de ética asistencial bajo un modelo de adscripción externo al contexto de la AP o, con poca representatividad de ésta en un comité conjunto con otros niveles de atención, es absolutamente insuficiente para legitimar a un órgano de carácter consultivo, formativo y normativo que debe operar para las instituciones de la AP. Por ello, este estudio demuestra que, al disponer de CEA especializados en AP, se genera una instancia de reflexión ética y de prevención de vulneración de derechos cercana a la realidad de los equipos de salud y de la comunidad. La experiencia en Chile de CEA-AP, demostró una necesidad percibida, más allá del cumplimiento de una pauta de cotejo.

Por lo anterior, se sugiere adaptar el modelo de adscripción a comités externos a los CESFAM, señalado en el Decreto n.º 62 (2012), para establecimientos de baja complejidad. El modelo debe garantizar un equilibrio entre el cumplimiento de la normativa y su objetivo práctico, es decir, la adscripción debe garantizar en sí misma, la pertinencia, pertenencia y confianza de los equipos de salud y la comunidad en las funciones que cumple el comité en el contexto propio de los CESFAM.

Respecto a la percepción de los CEA-AP, estos han sido reconocidos como órganos únicos y esenciales para la promoción del enfoque de derechos en salud. No se evidencia otro espacio formal equivalente que cumpla esta función dentro de la AP, lo que refuerza su carácter único para canalizar las preocupaciones ante conflictos éticos y de distrés moral, y a su vez ofrecer el acompañamiento a los equipos de salud, sin necesidad de recurrir a otras instancias, ya sean judiciales, administrativas u otras, como primera opción. Aunque se debe contar con más evidencia, cabe señalar que el modelo de comité, como servicio de apoyo ético, parece el más adecuado para la realidad chilena, no obstante, por las limitaciones de esta tesis, no puede descartarse del todo, el modelo de grupos de reflexión con facilitadores entrenados.

Según los resultados de este estudio, para la implementación gradual de CEA con especialización en AP se requiere un diseño flexible y sensible a la disponibilidad de recursos en los territorios y a las características de la población de cada comuna (municipio) o región. Esto implicará la asignación institucional de tiempos, recursos y espacios que eviten que los comités funcionen de manera simbólica o informal.

Los entrevistados coinciden en que no existe un único modelo válido para todo el país, sino que deben coexistir alternativas complementarias: desde comités locales en cada CESFAM hasta comités comunales (municipales) o zonales, con la salvedad de que cada CESFAM cuente con un referente en ética asistencial para cubrir las necesidades inmediatas y cotidianas. De esa manera, se plantea la posibilidad de coordinar estos comités con una amplia incorporación y cobertura de todos los centros de salud primaria, aprovechando la modalidad en línea, como medio de coordinación.

En la articulación de los CEA-AP, no sólo se debe favorecer la institucionalización de estos espacios, sino que también orientar las estrategias a su finalidad última, que es la

promoción del enfoque de derechos en la atención. En este sentido, los elementos organizativos de un modelo de implementación de CEA-AP deben favorecer una composición y representatividad en un número adecuado de integrantes, que reflejen las particularidades y la pluralidad de miradas implicadas en la salud primaria. Será necesario incorporar en los CEA a personas del equipo de salud de AP, proveniente de distintas áreas, y representantes de la comunidad, con diversas realidades, asegurando que la disposición de CEA en la red sanitaria incorpore a la atención ambulatoria y comunitaria, y derroque la hegemonía estructural que da prioridad a una ética asistencial de predominio hospitalario.

En aquel marco, emergen propuestas intermedias, ya que, para varios de los entrevistados, esto no es excluyente que este tipo de CEA-AP sea complementado o asesorado, técnicamente, por comités de otros niveles de atención con mayor experiencia, o por los Servicios de Salud regionales, siempre que se resguarde su independencia y autonomía en las deliberaciones, y así también, no se eluda la responsabilidad en el cumplimiento de sus funciones. Esto garantizará un mayor empoderamiento de comités propios de AP, y, además, responde al desarrollo de una ética asistencial particular.

El modelo mixto de CEA, con integrantes de distintos niveles de atención, es un camino que abre ruta para futuras investigaciones. Lo que este estudio demuestra es que, dada la experiencia nacional de CEA-AP, existe la necesidad de una mayor representatividad de la AP en los CEA en Chile, ya sea para complementar lo desarrollado en hospitales o, abrir líneas propias y abordar conflictos éticos de una manera más amplia e integral.

Por otra parte, se requiere definir en la normativa, los criterios mínimos de formación y requisitos para los integrantes de un CEA, pues tal como lo demuestra la experiencia internacional y en el análisis local, los comités funcionan de manera más consistente y son legitimados, cuando sus integrantes poseen formación en bioética, habilidades deliberativas, capacidad de trabajo en equipo y conocimientos del marco normativo. Por ello y a partir de lo que establezca la norma, será más fácil impulsar programas de capacitación permanente desde el Ministerio de Salud y los Servicios de Salud regionales, para garantizar el rigor y la calidad del trabajo de los comités.

La evidencia de este estudio demuestra que la continuidad y sostenibilidad de los comités en AP no depende únicamente de una normativa regulatoria, sino que también de la capacidad institucional y del propio comité para mantener estrategias sistemáticas de difusión de sus actividades. Debe entenderse lo anterior como una buena práctica, más que como una acción puntual. Esta difusión no sólo asegura que el comité sea reconocido y utilizado como un servicio de apoyo para los equipos de salud y la comunidad, sino que también refuerza su legitimidad al integrarlo de manera efectiva en la cultura organizacional. La difusión constante de su existencia, funciones y procedimientos se constituye así, como parte de una estrategia operativa ineludible para garantizar la vigencia y relevancia del comité en la promoción del enfoque de derechos en el ámbito de la AP.

Los resultados demuestran que la cultura organizacional de una AP centrada en las personas se ve favorecida e impulsada cuando el CEA-AP alcanza una legitimidad suficiente, al incorporar la participación de los involucrados; trascender la resolución puntual de casos y proyectar sus análisis con medidas preventivas para la institución; identificar la vulneración de derechos, haciendo diagnósticos sistemáticos de la situación actual de los establecimientos; y organizando capacitaciones tanto para el personal de salud como para la comunidad usuaria. Por ello estas cuatro áreas se identifican como prioritarias para generar condiciones que fortalezcan el enfoque de derechos, en una futura implementación de un modelo de CEA especializado en AP para el país.

5.2 Limitaciones del estudio y futuras líneas de investigación

El presente estudio presenta una serie de limitaciones que deben ser explicitados, tanto para acotar el alcance de los hallazgos como para orientar futuras investigaciones en el campo de los comités de ética en la Atención Primaria en Chile.

En primer lugar, durante la fase de búsqueda y sistematización de la información se evidenció la falta de registros, incluso algunos desactualizados o incompletos, respecto al acceso de los CESFAM acreditados en Chile a Comités de Ética Asistencial. Esto deja

un vacío respecto a la realidad de estos CESFAM y su vinculación con algún servicio de apoyo en ética asistencial, lo que constituye una limitación metodológica significativa al restringir la posibilidad de trazar un panorama exhaustivo y actualizado en ese ámbito particular. Como factores inherentes al diseño, cabe mencionar la escasa documentación accesible sobre las actividades de los CEA-AP, así también, la falta de sensibilización de las autoridades políticas y la academia por respaldar este campo de conocimiento y desarrollar plenamente el potencial de los incipientes comités en el primer nivel de atención. Esto último habría permitido ampliar las entrevistas a otros actores relevantes.

En segundo lugar, la ausencia de información verificable en torno a CEA conformados bajo una modalidad mixta, es decir, integrados tanto por personal de hospitales como de AP, impide examinar la especificidad y potencialidad de dicho modelo organizativo. Esta limitación abre una línea de investigación futura destinada a explorar la legitimidad, la relevancia y la utilidad para la AP, de estos espacios interinstitucionales de deliberación.

En tercer lugar, los CEA en Chile carecen de mecanismo de evaluación sistemática para medir su impacto en la práctica, así como tampoco se cuenta con un proceso de acreditación propio de estos comités, como sucede a nivel internacional, para establecer estándares mínimos de funcionamiento y cumplimiento normativo. En este sentido, esta investigación sólo se remitió a revisar protocolos internos de funcionamiento publicados por el Ministerio de Salud; actividades declaradas por los propios CEA participantes; y la descripción de los relatos de la experiencia particular de integrantes de CEA-AP, como medios para conocer esa información, sin verificar su concordancia. Este aspecto abre una línea de investigación relevante orientada a diseñar y validar instrumento de medición de impacto, así como explorar la viabilidad de un sistema de acreditación adaptado a la realidad nacional.

A pesar de su relevancia, no se dispone de todos los registros de las memorias anuales de los CEA identificados en la búsqueda documental, como tampoco, dentro de los protocolos internos, el método deliberativo utilizado. En todos los reportes y publicaciones de CEA-AP que fueron objeto de este estudio, no se cuenta con el seguimiento de las recomendaciones como forma de medir el impacto del CEA en las instituciones, e identificar patrones, prácticas replicables y áreas de mejora. Esto refleja,

quizás, una cierta fragilidad de los comités en su gestión y continuidad a largo plazo, información que podría ser relevante de profundizar en futuros estudios.

En cuarto lugar, el presente estudio no incorporó como participantes, a personas del equipo de salud de AP, ni representantes de la comunidad usuaria, sin experiencia como integrante de un CEA-AP o como solicitantes de apoyo ético. Por lo tanto, esta exclusión limita el alcance de los hallazgos, en tanto restringe la comprensión de otros actores claves, externos al comité, pero involucrados, puesto que representan la población objetivo de estos comités. Indagar en estas voces, con el fin de enriquecer el análisis con perspectivas más amplias, será necesario para futuras investigaciones.

En quinto lugar, la bioética aplicada en Atención Primaria no ha despertado el suficiente interés académico para generar un desarrollo sistemático, que permita comprender el surgimiento de los conflictos éticos en el espacio extrahospitalario, y cómo se deberían enfrentar éstos desde una perspectiva práctica en ese nivel de atención. Las principales temáticas en materia de ética asistencial en AP tienen directa relación con sus propios atributos. Por ello se desprenden conflictos éticos en la priorización de poblaciones vulnerables, la eliminación de barreras de acceso para prevenir enfermedades, la proximidad con la población a cargo, la longitudinalidad de las atenciones a largo plazo, la continuidad de cuidados y el modelo integral de atención en salud. Esto abre nuevas líneas de investigación enfocadas en dilemas específicos de cada uno de ellos.

En sexto lugar, existen restricciones en la comparación entre los modelos de implementación de CEA-AP en Chile y sus referentes internacionales, debido a la variabilidad en la disponibilidad y calidad de los datos documentales; y reportes de funcionamiento. Adicionalmente, la implementación de los modelos puede diferir, significativamente, según el contexto local, la normativa vigente, los recursos disponibles y la organización de la AP en los sistemas de salud. Las diferencias contextuales y metodológicas se constituyen en factores que limitan la posibilidad de establecer comparaciones absolutas entre los distintos modelos estudiados. Aunque se percatan coincidencias, las diferencias y similitudes detectadas que hacen sentido para Chile, fueron incorporadas dentro del análisis por su fundamentación y su impacto en la práctica.

Finalmente, cabe destacar que esta investigación, para la bioética y para la AP, abre nuevos horizontes generados por la necesidad de instituciones sanitarias de lograr un cambio en la cultura organizacional, basado en valores, principios y derechos, donde el comité no solo actuó como asesor en situaciones éticas complejas, sino que también fomentó la educación en bioética y el cuidado del personal, al disminuir el estrés moral de situaciones, éticamente, difíciles de abordar. En este sentido, el potencial de esta tesis puede trascender sus objetivos iniciales y abrir nuevos campos de estudio para futuras publicaciones. Entre ellos se incluyen los temas éticos específicos que emergen desde la Atención Primaria; el modelo de comité versus los grupos de reflexión, como un servicio de apoyo ético en AP para Chile; la generación de nuevos conocimientos en bioética aplicada en AP; y el análisis del impacto de los espacios deliberativos en AP que sistematizan su trabajo. Estos ámbitos representan líneas de investigación, aún por desarrollar, y con un alto valor para el fortalecimiento de la bioética en Atención Primaria.

5.3 Propuesta de bases para un modelo de implementación de CEA-AP en Chile

La implementación de servicios de apoyo en ética asistencial, especializados en Atención Primaria, constituye una brecha para la red sanitaria chilena. Sobre la base de los hallazgos de esta investigación, que considera la experiencia nacional de algunos comités que han cumplido esa función, se propone configurar un modelo viable y sostenible; institucionalmente legítimo; y con pertenencia organizativa.

Para ello se sugieren tres dimensiones operativas interrelacionadas:

5.3.1 Un marco normativo de adscripción con pertinencia, como fundamento de legitimidad

La primera base del modelo se centra en establecer un marco normativo que responda a las necesidades de la Atención Primaria y que, además, asegure un estándar mínimo de formación para quienes integren los comités. El marco normativo propuesto debe

diferenciar la adscripción de los CESFAM a comités con especialización en Atención Primaria, evitando reproducir esquemas hospitalarios que resulten ajenos para los consultantes. Ello supone garantizar que estos comités cuenten con integrantes que respondan a las lógicas, dinámicas y características concretas de la AP, considerando el modelo integral de atención, la proximidad comunitaria y la continuidad de los cuidados. Esto permitiría que estos comités sean útiles y adecuados para responder a las expectativas de los equipos de salud y la comunidad registrada en los CESFAM, más allá de que existan formalmente.

Para lograr esta primera propuesta se sugieren dos vías:

- i) La conformación de CEA integrados de manera exclusiva por personas con experiencia directa en Atención Primaria.
- ii) La exigencia de una representación adecuada de integrantes con experiencia directa en Atención Primaria dentro de comités mixtos con personal hospitalario u otros.

Por otra parte, se propone establecer la definición de un nivel mínimo de formación en bioética para ser exigida como requisito a los integrantes de los comités, de tal manera, se definan los roles y se fortalezca un trabajo deliberativo riguroso, especialmente en un campo donde aún el desarrollo de la bioética es incipiente, como lo es en el contexto ambulatorio y comunitario. Esto favorecería la generación de mecanismos de financiamiento orientados a priorizar, a nivel nacional, los procesos de capacitación especializados. Para lograr esta propuesta, se sugiere un trabajo conjunto entre los CEA-AP activos y autoridades de la Oficina de Bioética del MINSAL, de tal manera, establecer parámetros de capacitación basados en las experiencias nacionales.

5.3.2 Un marco organizativo flexible, como fundamento de pertenencia

La segunda base se refiere a la participación efectiva de la Atención Primaria en los Comités de Ética Asistencial, considerando los recursos humanos y materiales disponibles. En este sentido, la propuesta se fundamenta en un modelo de implementación

gradual, en escala adaptada y acompañado de un soporte técnico. De este modo, la representación de la Atención Primaria en los comités puede organizarse a nivel local, comunal (municipal) o zonal, según las particularidades de cada territorio, así como mediante instancias externas de asesoría provenientes de la red sanitaria o del ámbito académico.

En caso de lograr comités con personal exclusivo de la Atención Primaria, se propone abrir la posibilidad de recibir asesoría técnica externa, ya sea desde centros universitarios, hospitalarios o del Servicio de Salud regional, sin anular la autonomía deliberativa ni la subordinación de las decisiones. De igual modo, la propuesta de este estudio es que, al menos cada CESFAM, cuente con un referente local, que actúe como representante de su institución en el comité y como consultor ético interno, reforzando el vínculo entre la práctica clínica cotidiana y la deliberación ética. Así también, asegurar la participación de la comunidad a través de un número adecuado de representantes de los Consejos de Desarrollo Local u otras instancias organizadas, que ya sostienen un vínculo cercano entre el equipo profesional y las personas registradas en los centros de salud.

Para lograr esta segunda propuesta, se sugiere un trabajo conjunto entre las autoridades de la Oficina de Bioética del Ministerio de Salud, los referentes de los Servicios de Salud regional que cuenten con una unidad de bioética, universidades y representantes de los CEA-AP activos en Chile, para elaborar un manual con directrices claras de operatividad.

5.3.3 El marco del enfoque de derechos, como horizonte de la atención centrada en las personas

La tercera base propuesta establece el enfoque de derechos en la atención de salud, como el horizonte orientador del modelo de atención centrado en las personas. Este enfoque vincula directamente a los comités con el modelo integral de salud definido para la Atención Primaria en Chile, dentro del cual la atención centrada en las personas constituye un principio fundamental. No obstante, dicho principio solo adquiere sentido cuando se expresa en prácticas concretas. En esta línea, la implementación de Comités de Ética Asistencial con especialización en Atención Primaria, por su naturaleza y funciones,

podría desempeñar un rol práctico y sostenido en el tiempo, contribuyendo a fortalecer la cultura organizacional desde una perspectiva de derechos.

Para lograr esta tercera propuesta se establecen 4 áreas prioritarias de trabajo para estos comités:

- i) Asesoría oportuna y rol preventivo: Mediante el análisis de consultas ante conflictos éticos que provengan del personal de salud o la comunidad, con recomendaciones inmediatas, pero también con medidas preventivas que se proyecten en la cultura organizacional del CESFAM.
- ii) Transparencia e información: En los casos que corresponda, informar a pacientes o representantes que su situación está siendo analizada en un proceso deliberativo ante un órgano institucional, al cual también tienen acceso. Esto promueve decisiones respetuosas de los valores y preferencias de las personas.
- iii) Proactividad: Para levantar diagnósticos actualizados respecto a conflictos éticos y la detección de posibles vulneraciones de derechos en los establecimientos de salud, de tal manera, sugerir recomendaciones a la organización y planificar capacitaciones dirigidas a los problemas detectados. Esto va en la línea de evitar prácticas paternalistas; buscar acuerdos ante conflictos entre las personas y la institución; y mejorar la calidad relacional de la atención.
- iv) Formación evaluada y continua: Coordinando capacitaciones evaluadas y sostenidas en el tiempo, tanto para los equipos de salud como para la comunidad usuaria. Esto promueve que en la toma de decisiones se consideren aspectos diferentes a lo clínico y se facilite que se haga de manera compartida.

Bibliografía

- Aguilera, X. (2019). ¿Qué es un sistema de salud?. En C. González, C. Castillo, I. Matute. (Eds.), *Estructura y funcionamiento del sistema de salud chileno*. (pp.13-34). CEPS. Fac. de Medicina. CAS-UDD. <https://medicina.udd.cl/centro-epidemiologia-politicas-salud/files/2019/12/ESTRUCTURA-Y-FUNCIONAMIENTO-DE-SALUD-2019.pdf>
- Amsterdam UMC (2023) *International Online Course to become Facilitator Moral Case Deliberation*. The Department of Ethics, Law and Humanities. Recuperado el 5 de abril del 2025, de https://ibmb.unibas.ch/fileadmin/user_upload/ibmb/Leaflet_International_course_MCD_2023.pdf
- Altisent, R., & Espíldora, M. (2001). Comités de ética en atención primaria. *Atención Primaria*, 28(8), 550–553. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7681716/>
- Altisent, R., Fernández, T., & Delgado, M. (2019). Una nueva vitalidad para el futuro de los Comités de Ética Asistencial. *Revista de Salud, ciencias sociales y humanidades*, 13, 19-33. <https://revista.proeditio.com/fohahumanistica/article/view/Comités%20Ética%20Asistencial/Comités%20Ética%20Asistencial>
- Amblàs, J., & Gómez, X. (2020). Clinical and ethical recommendations for decision-making in nursing homes in the context of the COVID-19 crisis. *Med Clin (Barc)*, 155(8), 356-359. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7287453/>
- American Society for Bioethics and Humanities. (2020). *Healthcare Ethics Consultant-Certified (HEC-C) Examination Candidate Handbook*. https://asbh.org/uploads/certification/Handbook_May_2020_0317.pdf
- Asociación Médica Mundial. (n.d.). *Ethics Committees in Health Care Institutions*. Recuperado el 3 de septiembre de 2025, de <https://code-medical-ethics.ama-assn.org/sites/amacoedb/files/2022-08/10.7%20Ethics%20committees%20in%20health%20care%20institutions%20--%20background%20reports.pdf>
- Association of Local and Regional Authorities (KS) y& Center for Medical Ethics (2022). *The 6-step model for ethical reflection in the health and care services*. <https://www.ks.no/contentassets/cbb3cfe28ded4b36a1d7ad32baac6f44/6trinnsmodellen-EN-Nett.pdf>

Arya, M., Cholaneril, T., Bogino, M., Crnic, M., Sathe, N., & Di Bartolo, I. (2025). Ethics Committees in Outpatient Medical Practice: a Scoping Review. *Cooper Rowan Medical Journal*, 6(1), 44-52. <https://rdw.rowan.edu/crjcs/vol6/iss1/8>

Atienza, M. (1998). Juridificar la bioética. *Isonomía: Revista de Teoría y Filosofía Del Derecho*. 8, 75-99. <https://www.cervantesvirtual.com/obra/juridificar-la-biotica-0/>

Atienza, M. (2004) *Bioética, derecho y argumentación*. Palestra Editores S.A.C.

Beauchamp, T., & Childress, J. (2019). *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford University Press.

Beca, J. (2015). Relación clínica. *Boletín de la Academia de Medicina*, 52, 392-396. <https://medicina.udd.cl/centro-bioetica/files/2016/11/JP-Beca-Relacion-clinica-boletin2015.pdf>

Beca, J. (2018). La relación médico-paciente en el siglo 21. *Revista Chilena de Enfermedades Respiratorias*, 34(4), 209–211. <https://doi.org/10.4067/S0717-73482018000400209>

Beltrán, C., González, M., & Girela, E. (2021). Ethical issues in primary care during the coronavirus (SARS-CoV-2) pandemic. *Semergen*, 47(2), 122–130. <https://doi.org/10.1016/j.semereg.2020.11.002>

Biblioteca de Congreso Nacional. (n.d.). *Estadísticas Territoriales. Series estadísticas oficiales a nivel comunal y regional, provenientes de organismos del estado en ámbitos demográficos, educacionales, económicos, salud, sociales y seguridad ciudadana. Establecimientos de salud*. Recuperado el 25 de mayo de 2025, de <https://www.bcn.cl/siit/estadisticasterritoriales/resultados-consulta?id=511261>

Biblioteca del Congreso Nacional (2020). *Regulación de las medidas de protección judicial de los derechos de niños, niñas y adolescentes. Violencia intrafamiliar y violencia económica*. Recuperado el 9 de agosto de 2025, de https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/29395/1/BCN_proteccion_judicial_NNA_VF_pdf.pdf

Bórquez, B., & Lopicich, B. (2017). The bioethical dimension of the Sustainable Development Goals (SDGs) La dimensió bioètica dels Objectius de Desenvolupament Sostenible (ODS). *Revista de Bioética y Derecho* 47, 121–139. www.bioeticayderecho.ub.edu

Braddock, C., Snyder, L., Neubauer, R., Fischer, G., American College of Physicians Ethics, Professionalism and Human Rights Committee & The Society of General Internal Medicine Ethics Committee. (2013). The patient-centered medical home: an ethical analysis of principles and practice. *J Gen Intern Med*, 28(1), 141-146. DOI: 10.1007/s11606-012-2170-x

Buisan, L. (2013). *La confidencialitat en l'assistència sanitària*. Publicacions i Edicions Universitat de Barcelona. <https://www.bioeticayderecho.ub.edu/es/libro-confidencialitat-assistencia-sanitaria>

Cabrera, A., Mendoza, J., Armas, R., & Cluzet, O. (2016). Latin American perspectives on person-centered medicine. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33(4), 801–810. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2016.334.2568>

Cacace, P.; Giménez, G. (2022). Modelos de atención centrados en la persona: evolución de conceptos humanizadores de nuestras prácticas. *Revista mexicana de medicina familiar*, 9, 63-72. <https://doi.org/10.24875/rmf.21000070>

Campillay, M. (2024) Teoría Fundamentada Sistémica. En E. Rivas, M. Campillay (Eds.). *La investigación cualitativa aplicada al cuidado: aportes teóricos, metodológicos y didácticos*. (pp. 116-135). Editorial Universidad de La Frontera.

Campillay, M., & Nadal, C. (2025). Ethical conflicts in care throughout the life cycle in primary care in Chile: Perspectives of an ethics committee. *Journal of Bioethics / Revue canadienne de bioéthique*, 8(1-2), 35-45. <https://doi.org/10.7202/1117867ar>

Cárdenas, M., Panadés, R., Fuster, A., Ciurana, M., Junyent, A., & Cervera, A. (2025). Empoderamiento del paciente y ética en telemedicina: una mirada desde la Atención Primaria. *Aten Primaria*, 57(7). DOI: 10.1016/j.aprim.2025.103227

Casado, M. (2002). ¿Por qué bioética y derecho?. *Rev. Acta de bioethica*, 2, 183-193. <https://www.scielo.cl/pdf/abioeth/v8n2/art03.pdf>

Casado, A. (2008) *Bioética para legos. Una introducción a la ética asistencial* (1.^a ed.). Editorial Plaza y Valdés.

Casado, M.; & Luna, F. (2012) *Cuestiones de bioética en y desde Latinoamérica*. Thomson Reuters.

Casado, M. (2014). Bioética para un contexto plural. *Revista Patagónica de Bioética*, 1, 9-18. <https://bioetica.saludneuquen.gob.ar/wpcontent/uploads/2019/08/RPB001.pdf>

Casado, M. (2015) *Bioética, Derecho y Sociedad*. (2.^a ed.). Trotta

Casado, M., & López, M. (2018). *Manual de bioética laica (I): cuestiones claves*. Universitat de Barcelona.

Centro de Ética Médica (Senter for medisinsk etikk) (n.d.) *Ethics in Community Health Services (completed)*. Recuperado el 17 de marzo de 2024, de <https://www.med.uio.no/helsam/english/research/projects/ethics-community-health-services/index.html>

Charmaz, K. (2025) *Constructing Grounded Theory* (3ra ed.). Sage

Chile Crece Contigo. (n.d.). *A cerca de CHCC*. Recuperado el 20 de enero del 2025, de <https://www.crececontigo.gob.cl>

Chile Solidario. (n.d.). *Descripción*. Recuperado 23 de febrero de 2025, de <https://www.ips.gob.cl/fichas/chile-solidario>

Clark-Grill M. (2016). Ethics support for GPs: what should it look like?. *J Prim Health Care*, 8(1):75-81. DOI: 10.1071/HC14999. PMID: 27477378

Comisión de Ética Asistencial del Ministerio de Salud-CEAM. (2024). *Memoria anual 2022-2023*. <https://bioetica.minsal.cl/wp-content/uploads/2024/10/Memorias-2022-2023-CEAM-.pdf>

Comisión Nacional de Productividad. (2022). *Eficiencia en la gestión de atención primaria de salud*. <https://cnepe.cl/wp-content/uploads/2022/06/Informe-final.pdf>

Comisión Económica Para América Latina y el Caribe. (2023). *Salud y desigualdad en América Latina y el Caribe: la centralidad de la salud para el desarrollo social inclusivo y sostenible. Serie Políticas Sociales, N.º 244* <https://www.studocu.com/co/document/universidad-de-ciencias-aplicadas-y-ambientales/derecho-constitucional-colombiano-i/salud-y-desigualdad-en-america-latina-y-el-caribe-serie-politicas-sociales-244/131115241>

- Comitè d'Ètica Assistencial en Atenció Primària de l'Institut Català de la Salut (CEAAPICS).(n.d.) *Memòria d'Activitats..* Recuperado el 5 de marzo de 2025, de <https://ceaapics.wordpress.com/historic/memoria-dactivitats/>
- Comitè d'Ètica Assistencial d'Atenció Primària de l'Institut Català de la Salut (CEAAPICS). (2016). *Llibre de Casos I.* https://ceaapics.wordpress.com/wp-content/uploads/2017/01/2017-01-27_libre-de-casos.pdf
- Comitè d'Ètica Assistencial d'Atenció Primària de l'Institut Català de la Salut (CEAAPICS). (2018a). *Libro de Casos II.* https://ceaapics.wordpress.com/wp-content/uploads/2024/03/libro-de-casos-ii_2018.pdf
- Comitè d'Ètica Assistencial d'Atenció Primària de l'Institut Català de la Salut (CEAAPICS). (2018b). *Reflexions a l'entorn de la confidencialitat a l'atenció primària.* https://ceaapics.wordpress.com/wp-content/uploads/2018/04/2018-04-23_reflexions_confidencialitat.pdf
- Comitè d'Ètica Assistencial en Atenció Primària Instituto Catalán de Salud (2020) *Reflexions del Comitè d'Ètica Assistencial d'Atenció Primària de l'Institut Català de la Salut al voltant de la situació viscuda durant la pandèmia de la covid-19.* https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/5807/reflexions_CEAAPICS_voltant_situacio_viscuda_pandemia_covid19_2020.pdf?sequence=9&isAllowed=y
- Comitè d'Ètica Assistencial en Atenció Primària de l'Institut Català de la Salut (CEAAPICS). (2021). *Eutanàsia i ètica a l'atenció primària i comunitària Reflexió des del punt de vista ètic sobre l'aplicació del nou dret d'eutanàsia als centres d'atenció primària i comunitària.* <https://ceaapics.wordpress.com/wp-content/uploads/2024/03/document.pdf>
- Comitè d'Ètica Assistencial d'Atenció Primària de Mallorca (n.d.) *Memoria de actividades.* Recuperado el 6 de abril del 2025, de <https://docusalut.com/handle/20.500.13003/18848>
- Contreras Luis. (2017). Problemas ético clínicos en la Atención Primaria del Centro de Salud Familiar de Paine. *Acta Bioethica*, 23(1), 25–34. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2017000100025
- 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. <https://www.samfyc.es/pdf/GdTBBio/201011.pdf>

- Couceiro, A., & Beca, J. (2006). Los Comités de Ética Asistencial y las repercusiones jurídicas de sus informes. *Rev. Med Chile*, 134, 517–519.
https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872006000400016
- Craviotto, P. (2022). Erosión en los derechos de los pacientes, por parte de los centros de salud de atención primaria a raíz de la pandemia. *Ius Et Scientia*, 8(2), 80-86.
<https://revistascientificas.us.es/index.php/ies/article/view/22216>
- Creswell, J. (n.d.). *Investigación Cualitativa y Diseño Investigativo. Selección entre cinco tradiciones*. Recuperado el 4 de marzo de 2025, de
<https://academia.utp.edu.co/seminario-investigacion-II/files/2017/08/INVESTIGACION-CUALITATIVACreswell.pdf>
- Creswell, J. (2012). Grounded Theory designs. En J. Creswell (ed.), *Educational research-planning, conducting and evaluating quantitative and qualitative research*. (pp. 422-500). Boston: Pearson Education
- Crico, C., Sanchini, V., Casali, P., & Pravettoni, G. (2021). Evaluating the effectiveness of clinical ethics committees: A systematic review. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 24(1), 135–151. <https://doi.org/10.1007/s11019-020-09986-9>
- Cox, C., Miller, B., Kuhn, I., & Fritz, Z. (2021). Diagnostic uncertainty in primary care: what is known about its communication, and what are the associated ethical issues? *Fam Pract.*, 38(5):654-668. DOI: 10.1093/fampra/cmab023
- Decreto con Fuerza de Ley 1/2005, del Ministerio de Salud, de 23 de septiembre, FIJA TEXTO REFUNDIDO, COORDINADO Y SISTEMATIZADO DEL DECRETO LEY N.º 2.763, DE 1979 Y DE LAS LEYES N.º 18.933 Y N.º 18.469. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Salud Pública. Diario Oficial de la República de Chile, de 24 de abril de 2006. https://www.superdesalud.gob.cl/664/articles-2621_recurso_1.pdf
- Decreto n.º 62/2012 del Ministerio de Salud, de 25 de octubre, APRUEBA REGLAMENTO PARA LA CONSTITUCIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE COMITÉS DE ÉTICA ASISTENCIAL. Diario Oficial de la República de Chile, de 8 de julio de 2013.
<https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1052731>
- Decreto n.º 96/2013, del Gobierno de Aragón, de 28 de mayo, por el que se regula el Comité de Bioética de Aragón y los Comités de Ética Asistencial de la Comunidad Autónoma de Aragón. Boletín Oficial de Aragón, 105, de 31 de mayo de 2013.
https://www.aragon.es/documents/20127/1265145/Decreto+96_2013.pdf/6908d2e0-3f8d-49bc-7a65-33cc2a0b1ebd?t=1561620704081

Decreto n.º 130/2014, del Ministerio de Salud, de 21 de agosto, constituye Comisión Asesora del Ministerio de Salud de Ética de la Investigación en Salud (CMEIS). Diario Oficial de la República de Chile, de 24 de enero de 2015.

<https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1074205&idVersion=2015-01-24>

Decreto n.º 3/2015 del Ministerio de salud, de 5 de febrero, constituye Comisión Asesora de Ética Asistencial del Ministerio de Salud (CEAM). Diario Oficial de la República de Chile, de 18 de marzo de 2015. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1075566>

Decreto 3/2019 del Consejo de Gobierno, de 25 de enero, de creación del Comité de Ética Asistencial de las Illes Balears y de los comités de ética asistencial de los hospitales públicos o privados y de las áreas de salud de Menorca, de Ibiza y Formentera y de Atención Primaria de Mallorca. BOIB n.º 12, de 26 de enero de 2019.

https://noticias.juridicas.com/base_datos/CCAA/636684-d-4-2019-de-25-ene-ca-illes-balears-creacion-del-comite-de-etica-asistencial.html

Dedeu, T., Bolibar, B., Gené, J., Pareja, C., & C. Violan, C. (2015). Spain. En D. Kringos, W. Boerma, A. Hutchinson, & R. Saltman (Eds.). *Building primary care in a changing Europe: Case studies*. Recuperado el 23 de julio de 2025, de

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459010/>

De Lecuona, I. (2011). *Los Comités de Ética como mecanismos de protección en investigación biomédica: Análisis del Régimen Jurídico Español* (1.ª ed.). Civitas Thomson Reuters.

De Lecuona, I., & Royes, A. (2012). Utilidad del comité de ética asistencial para las unidades de medicina intensiva. En L. Cabré (Ed.). *Bioética y medicina intensiva* (pp. 217-236). Civitas Thomson Reuters.

Denzin, N., & Lincoln, Y. (2018). *The Sage handbook of Qualitative Research* (5.ª ed.) Ed. Sage publications.

Dittborn, M., Cave, E., & Archard, D. (2022). Clinical ethics support services during the COVID-19 pandemic in the UK: a cross-sectional survey. *Journal of Medical Ethics*, 48(10), 695-701. <https://doi.org/10.1136/medethics-2021-107818>

Donoso, C. (2014). La empatía en la relación médico-paciente como manifestación del respeto por la dignidad de la persona. Una aportación de Edith Stein. *Persona y Bioética*, 18(2), 184-193. <https://doi.org/10.5294/pebi.2014.18.2.8>

Engel, G. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *SCIENCE* 196 (4286) pp. 129-136. DOI: [10.1126/science.847460](https://doi.org/10.1126/science.847460)

Engelhardt, T. JR (1986), *The Foundations of Bioethics*. (1.^a ed.). Oxford University Press

Fábrega R., Rubio, J., & Fábrega, O. (2023). Universalización de la atención primaria en Chile. *International Journal of Integrated Care*, 23(S1):140. DOI: 10.5334/ijic.ICIC23140

Favier, C. (2022). *Clinical Ethics Support Services in Hospitals: Staff perceptions of their Value and the Challenge to Empirically Assess Utility and Effectiveness*. Royal College of Surgeons in Ireland. [MSc Thesis] Dublin: RCSI University of Medicine and Health Sciences. Repository RCSI. <https://doi.org/10.25419/rcsi.22303312.v1>

Fernández, M. (2016). *Modelo de evaluación de la actividad de los comités de ética asistencial en Aragón* [Tesis doctoral] Universidad de Zaragoza. Repositorio de la Universidad de Zaragoza – Zeguan. <https://zaguan.unizar.es/record/48099/files/TESIS-2016-070.pdf>

Fisher, K., Singh, S., Torres, R., Nguyen, N., Crawford, S., & Mazor, K. (2024). Primary care providers' views of discussing COVID-19 vaccination with vaccine hesitant patients: A qualitative study. *Patient Education and Counseling*, 127. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2024.108369>

Fleetwood, J., Arnold, R., & Aron, R. (1989). Giving answers or raising questions?: the problematic role of institutional ethics committees. *J Med Ethics*, 15(3), 137-142. <https://doi.org/10.1136/jme.15.3.137>

Forcino, S.; Grimes, L.; & Kuhn, B. (2024) Managing Sibling Referrals: Ethical Considerations for Integrated Pediatric Primary Care. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, 12(2), 242-252. <https://doi.org/10.1037/cpp0000504>

Førde, R., & Pedersen, R. (2012). *Manual for working in a Clinical Ethics Committee in secondary health services*. Institute of Health and Society. University of Oslo. <https://www.med.uio.no/helsam/english/research/projects/clinical-ethics-committees-in-hospitals/cec-manual.pdf>

Freeman, T. (2016). *McWhinney's Textbook of Family Medicine* (4.^a ed.) Oxford University Press.

- Ganau, M., Silvestre, P., Olivares, M., Quiles, B., García, B., De Benito, S., Navarro, D. (2023). Motivos del rechazo a la vacunación frente al SARS-CoV-2 en un Centro de Salud. *FML*, 28(1), 1-6. <https://www.revistafml.es/wp-content/uploads/2023/02/Motivos-del-rechazo-a-la-vacunacion-frente-al-SARS-CoV-2-en-un-Centro-de-Salud.pdf>
- García Manrique, R. (2015) La argumentación en Bioética. En M. Casado (Ed.). *Bioética, Derecho y Sociedad* (pp. 66-77). Trotta.
- García, M., & Mateo, I. (2000). El grupo focal como técnica de investigación cualitativa en salud: diseño y puesta en práctica. *Atención Primaria*. 25, 181-186. DOI: 10.1016/S0212-6567(00)78485-X.
- Gattini, C. (2024) *Teoría, práctica y desafíos de la atención primaria de salud en Chile, 1978-2023*. Observatorio Chileno de Salud Pública. Recuperado el 8 de enero de 2025, de <https://www.ochisap.cl/wp-content/uploads/2024/05/APS-en-Chile-1978-2023-4.pdf>
- Giannetta, N., Villa, G., Pennestrì, F., Sala, R., Mordacci, R., & Manara, D. (2021) Ethical Problems and Moral Distress in Primary Care: A Scoping Review. *Int J Environ. Res Public Health*, 18(14). DOI: 10.3390/ijerph18147565
- Gillon, R. (1997). Clinical ethics committees - pros and cons. *Journal of Medical Ethics*, 23(4), 203–204. <https://doi.org/10.1136/jme.23.4.203>
- Gjerberg, E., Lillemoen, L., Dreyer, A., Pedersen, R., & Førde, R. (2014). Etisk kompetanseheving i norske kommuner – hva er gjort, og hva har vært levedyktig over tid?. *Etikk I Praksis - Nordic Journal of Applied Ethics*, 8(2), 31-49. <https://doi.org/10.5324/eip.v8i2.1855>
- Glaser, B., & Strauss, A. (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Mill Valley, CA: Sociology Press.
- Gobierno de Aragón (2024) *Comités de Ética Asistencial (CEA) ¿Qué son? ¿Para qué sirven? ¿Cuáles son? Contacto de los Comités de Ética Asistencial acreditados en Aragón*. Recuperado el 19 de noviembre de 2024, de <https://www.aragon.es/-/comites-de-etica-asistencial-cea-1>
- Godoy, J., & Barraza, J. (2018). La ficha clínica mirada desde la legislación chilena. *Acta Bioethica*, 24(2), 181-188. <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2018000200181>

González, E., & Feltre, J. (2020). Aspectos éticos en la toma de decisiones de COVID-19 en Atención Primaria. *AMF*, 16(7). <https://amf-semfyc.com/es/web/articulo/aspectos-eticos-en-la-toma-de-decisiones-de-covid-19-en-atencion-primaria>

González, L., Kostov, B., & López, J. (2014). Ethical behaviour in clinical practice: a multidimensional Rasch analysis from a survey of primary health care professionals of Barcelona (Catalonia, Spain). *Qual Life Res* 23, 2681-2691. <https://doi.org/10.1007/s11136-014-0720-x>

Hasvold, T., Christensen, B. (2015). Norway. En D. Kringos, W. Boerma, A. Hutchinson, & R. Saltman (Eds.). *Building primary care in a changing Europe: Case studies*. Recuperado el 23 de julio de 2025, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459010/>

Heggestad, A., Førde, R., Magelssen, M., & Arnekleiv, B. (2020). Ethics reflection groups for school nurses. *Nursing Ethics*. 28(2), 210-220. <https://doi.org/10.1177/09697330209403>

Heggestad, A., Magelssen, M., Pedersen, R., & Gjerberg, E. (2021). Ethical challenges in home-based care: A systematic literature review. *Nursing Ethics*. 28(5):628-644. <https://doi.org/10.1177/096973302096>

Holmes, A., Bugeja, L., & Ibrahim, J. (2020). Role of a Clinical Ethics Committee in Residential Aged Long-Term Care Settings: A Systematic Review. *J Am Med Assoc*. 21(12), 1852 - 1861. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.05.053>

Hudgins, C.; Rose, S.; Fifield, P.; & Arnault, S. (2013) Navigating the legal and ethical foundations of informed consent and confidentiality in integrated primary care. *Fam Syst Health*. 31(1):9-19. <https://doi.org/10.1037/a0031974>

Instituto de Salud Pública. (2021). *Norma técnica básica de autorización sanitaria para establecimientos de salud de atención cerrada*. Recuperado el 6 de abril de 2025, de <https://www.ispch.cl/wp-content/uploads/2021/02/Anexo-1-Norma-Técnica-Básica-de-Autorización-Sanitaria-para-Establecimientos-de-Salud-de-Atención-Cerrada.pdf>

Jiménez, M.; Martín, U.; Aldasoro, E.; Morteruel, M.; & Baza, M. (2022) Percepciones y experiencias de la población ante la transformación de la modalidad de las consultas en atención primaria durante la pandemia. *Atención primaria*, 54(4). <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102263>

- Juarez, F. (2011). El concepto de salud: Una explicación sobre su unicidad, multiplicidad y los modelos de salud. *International Journal of Psychological*, 4(1), 70-79.
<https://www.studocu.com/latam/document/universidad-autonoma-de-santo-domingo/lab-salud-colectiva/concepto-de-salud/119390183>
- Karampatakis, G., Wood, H., Griffiths, C., Lea, N., Ashcroft, R., Day, B., Walker, N., Coulson, N., & De Simoni, A. (2023) Ethical and Information Governance Considerations for Promoting Digital Social Interventions in Primary Care. *J Med Internet Res*. 25 <https://doi.org/10.2196/44886>
- Karlsen, H. (2023) *Hva kan vi lære av erfaringer med å delta i etikkdrøftinger? En kvalitativ studie fra etikkomiteer i norsk kommunehelsetjeneste* [Tesis doctoral]. Universidad de Oslo. Netbiblioteket
- Karlsen, H., Magelssen, M., & Thoresen, L. (2024). Kommunale etikkomiteer kan ikke bæres av enkeltpersoners engasjement alene. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 20(2). <https://doi.org/10.7557/14.7168>
- Karlsson, M., Karlsson, C., Barbosa da Silva, A., Berggren, I., & Söderlund, M. (2013). Community nurses' experiences of ethical problems in end-of-life care in the patient's own home. *Scand J Caring Sci*. 27(4):831-838. doi: 10.1111/j.1471-6712.2012.01087.x
- Koppmann, A., Cantillano, V., & Alessandri, C. (2021) Distrés moral y Burn out en el personal de salud durante la crisis por COVID 19. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 32 (1), 75-80. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864020301000>
- Kruijtbosch M. (2021) *Moral dilemmas of community pharmacists. Reflection on professional values*. [Tesis doctoral]Universidad de Utrecht. Repositorio Utrecht University.
https://researchportal.uu.nl/ws/portalfiles/portal/104052646/154321_martine_kruijtbosc_hcommail_61648f5a87f22.pdf
- León, F., Araya, J., & Niveló, M. (2010). Propuestas de comités de bioética en la Atención Primaria de Salud en Chile. *Rev. Medicina y Humanidades*, 2(1), 29-40.
http://www.rlillo.educsalud.cl/Capac_Etica_BecadosFOREAPS/Etica%20Atencion%20Primaria/Propuesta%20Comites%20APS.pdf
- Ley n.º18.695/1988 del Ministerio de Interior, de 29 de marzo, por el cual se establece la LEY ORGANICA CONSTITUCIONAL DE MUNICIPALIDADES. *Diario Oficial de la República de Chile*, de 31 de marzo de 1999.
<https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=30077&idParte=8744766&idVersion=1992-03-20>

Ley n.º 19.378/1995 del Ministerio de Salud, de 24 de marzo, por el cual se establece Estatuto de Atención Primaria de Salud municipal. *Diario Oficial de la República de Chile*, de 13 de abril de 1995. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=30745>

Ley n.º 19.628/1999 del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, de 18 de agosto, sobre protección de la vida privada. *Diario Oficial de la República de Chile*, de 28 de agosto de 1999. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=141599>

Ley n.º 19.966/2004 del Ministerio de Salud, de 25 de agosto, Establece un Régimen de Garantías en salud. *Diario Oficial de la República de Chile*, de 3 de septiembre de 2004. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=229834>

Ley n.º 20.120/2006 del Ministerio de Salud, de 7 de septiembre, sobre la investigación científica en el ser humano, su genoma, y prohíbe la clonación humana. *Diario Oficial de la República de Chile*, de 22 de septiembre de 2006. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=253478>

Ley n.º 20.584/2012 del Ministerio de Salud, de 13 de abril, Regula los Derechos y Deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su Atención en Salud. *Diario Oficial de la República de Chile*, de 24 de abril de 2012. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1039348>

Lillemoen, L., & Pedersen, R. (2012) Ethical challenges and how to develop ethics support in primary health care. *Nurs Ethics*, 20(1), 96-108. DOI: 10.1177/0969733012452687

Lillemoen L, & Pedersen R. (2013) Ethics in Municipal Health Services: working systematically with, and developing competence in ethics. *Clin Ethics* 8(1), 19-28. <https://doi.org/10.1177/147775091247476>

Lillemoen, L., & Pedersen, R. (2015) Ethics reflection groups in community health services: an evaluation study. *Ethics in Clinical Practice. BMC Med Ethics* 16(25), 1-10. DOI: 10.1186/s12910-015-0017-9

Lillemoen, L., Syse, I., Pedersen, R., & Førde, R. (2016) Er kliniske etikk-komiteer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten bærekraftige? *Etikk i praksis. Nord J Appl Ethics*, 2, 127-140. https://www.ntnu.no/ojs/index.php/etikk_i_praksis/article/view/1939/2031

Longo, C., Rahimzadeh, V., O'Doherty, K., & Bartlett, G. (2016). Addressing ethical challenges at the intersection of pharmacogenomics and primary care using deliberative consultations. *Pharmacogenomics* 17(16), 1795-1805. DOI: 10.2217/pgs-2016-0092

López Baroni, M.J. (2021). *Bioética y tecnologías disruptivas*. Herder

Lorena, J., & Vargas, V. (2022). Medicina centrada en la persona: un llamado al origen. *Revista Salud y Sociedad*, 7(2), 36-42. DOI:10.19053/upsc.2744953X.14441

Macías, A. (2022). Impacto de la pandemia por COVID-19 en la atención primaria de la salud. *Revista Colombiana de Bioética* 17(1), 1-6.
<https://doi.org/10.18270/rcb.v17i1.3964>

Magelssen, M., Gjerberg, E., Lillemoen, L., Førde, R., & Pedersen, R. (2016) Ethics support in community care makes a difference for practice. *Nurs Eth.* 25 (2), 165–173.
<https://doi.org/10.1177/0969733016667774>

Magelssen, M., Gjerberg, E.; Pedersen, R., Førde, R., & Lillemoen, L. (2016) The Norwegian national project for ethics support in community health and care services. *BMC Medical Ethics* 17(1), 1-8. DOI: 10.1186/s12910-016-0158-5

Magelssen, M., Karlsen, H., Pedersen, R., & Thoresen, L. (2020). Implementing clinical ethics committees as a complex intervention: Presentation of a feasibility study in community care. *BMC Medical Ethics*. 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12910-020-00522-1>

Magelssen, M., Karlsen, H., & Thoresen, L. (2021). Establishing Clinical Ethics Committees in Primary Care: A Study from Norwegian Municipal Care. *HEC Forum*. 35, 201-214.
<https://doi.org/10.1007/s10730-021-09461-9>

Magelssen M, & Karlsen H. (2022) Clinical ethics committees in nursing homes: what good can they do? Analysis of a single case consultation. *Nursing Ethics* 29(1), 94-103.
<https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/09697330211003269>

Maldonado, N. (2021) *Ética en la Atención Primaria*. Perpetuo Socorro.
<https://funderetica.org/wp-content/uploads/ceec18.pdf>

Martínez, J. (2018). *La relación médico-paciente*. Universitat de Barcelona.
<https://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/128115>

Mason, J. (1996) *Qualitative Researching* (1.^a ed.). Sage Publications

McWhinney, I. (1997) *Textbook of Family Medicine* (4th ed.) Oxford University Press

MacRae, S., Chidwick, P., Berry, S., Secker, B.; Hébert, P., Zlotnik, R., Faith, K., & Singer, P. (2005) Clinical bioethics integration, sustainability, and accountability: the Hub and Spokes Strategy. *J Med Ethics* 31, 256-261 DOI:10.1136/jme.2003.007641

Ministerio de Salud Chile. (n.d.). *Oficina de Bioética. Comités de Ética Asistenciales*. Recuperado el 15 de abril de 2024, de <http://ish.redsalud.gob.cl/comites-de-etica-asistenciales/>

Ministerio de Salud. (1994). *APRUEBA NORMA GENERAL TECNICA N.º 2, SOBRE COMITES DE ETICA DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y DEROGA D.P.I. TECNICA N.º 10 (Resolución Exenta n.º 134/1994, de 11 de febrero de 1994)*. Gobierno de Chile.
https://www.ispch.cl/sites/default/files/RESOLUCION_134_94.pdf

Ministerio de Salud Chile. (2005). *Modelo de atención integral de salud*. Recuperado el 23 de marzo de 2024, de <https://es.scribd.com/document/163632602/2005-Modelo-de-Atencion-Integral-en-Salud-Cuaderno-Modelo-Atencion-No-1>

Ministerio de Salud. (2010). *Encomienda Funciones al Gabinete del Ministerio de Salud y dispone creación de Oficina de Bioética (Resolución exenta n.º 55/2010)*. Gobierno de Chile.
https://bioetica.minsal.cl/wp-content/uploads/2024/10/RESOLUCION_55_10_BIOETICA-Creacion-Oficina.pdf

Ministerio de Salud Chile. (2019) *Orientaciones para la planificación y programación en red 2019*. Recuperado el 4 de enero de 2024, de <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/09/Orientaciones-2019-.pdf>

Ministerio de Salud Chile. (2021a). *Marco operativo Estrategia de cuidado integral centrado en las personas para la promoción, prevención y manejo de la cronicidad en el contexto de la multimorbilidad*. Recuperado el 25 de mayo de 2025, de <https://www.studocu.com/cl/document/universidad-de-las-americanas-chile/salud-publica/marco-operativo-estrategia-de-cuidado-integral-centrado-en-las-personas/81958097>

Misniterio de Salud (2021b). *Ejes estratégicos para gestión de la capacitación en los establecimientos de atención primaria municipal*. Recuperado el 15 de enero de 2025,

de <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/09/RPE-5-Ejes-Estrategicos-PAC-Municipal-.pdf>

Ministerio de Salud Chile. (2023) *Orientaciones para la planificación y programación en red 2023*. Recuperado el 18 de septiembre de 2024, de <https://www.studocu.com/cl/document/universidad-de-chile/salud-publica/orientaciones-planificacion-y-programac-en-red-2023/63273756>

Ministerio de Salud Chile. (2024a) *Orientaciones para la Planificación y Programación en Red 2024*. Recuperado el 25 de mayo de 2025, de <https://www.studocu.com/cl/document/universidad-los-leones/derecho-humano/orientaciones-para-la-planificacion-en-red-2024/71198201>

Ministerio de Salud (2024b) Actualiza Rex. N.º 543 Comisión Asesora de Ética Asistencial (Resolución Exenta n.º 926/2024, de 4 de julio) Gobierno de Chile <https://bioetica.minsal.cl/wp-content/uploads/2024/09/RES.-EXENTA-N-926-ACTUALIZA-REX-543-COMISION-ASESORA-DE-ETICA-ASISTENCIAL.pdf>

Ministerio de Salud Chile. (2025) *Marco operativo Estrategia de cuidado integral centrado en las personas para la promoción, prevención y manejo de la cronicidad en el contexto de la multimorbilidad*. Recuperado el 23 de septiembre de 2025, de <https://www.saludatacama.cl/wp-content/uploads/2025/05/5.-Marco-Operativo-Estrategia-Cuidado-Integral-Centrado-en-la-Persona-ECICEP-2025.pdf>

Miranda, N., Grellet, R., & Nadal, C. (2020). *Memoria Anual Comité de ética Asistencial Corporación Municipal de Rancagua*.

Miranda, N., Grellet, R., & Nadal, C. (2021). *Memoria Anual Comité de ética Asistencial Corporación Municipal de Rancagua*

Miranda, N., Grellet, R., & Nadal, C. (2022). *Memoria Anual Comité de ética Asistencial Corporación Municipal de Rancagua*

Molina, C. (2022). Los comités de bioética: Aspectos de interés en la relación entre bioética y derecho. *Revista Latinoamericana de Bioética*. 22(1), 11–28. <https://doi.org/10.18359/rlbi.5174>

Momblac, L. (2020) El Derecho de los pacientes: Fundamentos teóricos y comparados. *Lex: Revista de la Facultad de Derecho y Ciencia Política de la Universidad Alas Peruanas* 18(25), 57-92. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7662793>

Montalvo, F., Altisent, Guillén, E., Serrano, M., & Sánchez, E. (2023). *Informe del Comité de Bioética de España sobre los aspectos éticos de la seguridad del paciente y, específicamente, de la implantación de un sistema efectivo de notificación de incidentes de seguridad y eventos adversos*. Recuperado el 4 de marzo de 2025, de <https://comitedebioetica.isciii.es/wp-content/uploads/2023/10/Informe-CBE-Seguridad-Paciente.pdf>

Montero, F., & Morlans, M. (2009). *Para deliberar en los comités de ética*. Fundació Doctor Robert. SANOFI-AVENTIS

Moodley, K., Mukaumbya, S., Kleinsmidt, A., & Obasa, E. (2021). COVID-19 underscores the important role of Clinical Ethics Committees in Africa. *BMC Med Ethics*, 22(1), 131. DOI: 10.1186/s12910-021-00696-2.

Nadal, C., & García, V. (2018). *Memoria Anual Comité de ética Asistencial Corporación Municipal de Rancagua*

Nadal, C. (2018). Relación clínica en atención primaria de salud. Conferencias académicas. *Boletín de la Academia Chilena de Medicina*. 55, 355-362. https://www.academiachilenademedicina.cl/wp-content/uploads/2019/06/boletin_academia-med-2018.pdf

Nadal, C. (2019). *Memoria Anual Comité de ética Asistencial Corporación Municipal de Rancagua*

Nadal, C. (2021). *Bioética aplicada en Atención Primaria*. Lion Eds. Spa.

Nadal, C.; & Campillay, M. (2024) Trayectoria de un comité de ética en la atención primaria. *Rev. bioét.* 32. https://revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/3645

Noreña, A., Alcaraz, N., Rojas, J., & Rebolledo, D. (2012). Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. *Aquichan* 12(3), 263-274. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972012000300006&lng=en&tlng=es.

Observatorio Chileno de Salud Pública (n.d.) *Desarrollo histórico del sistema de salud*. Recuperado el 13 de mayo del 2024, de <https://www.ochisap.cl/desarrollo-historico-del-sistema-de-salud/>

Oliva, P., Narváez, C. (2022). Análisis del sistema de salud chileno y su estructura en la participación social. *Saúde debate*, 46(spe4), 94-106. <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E407>

Organización de Naciones Unidas. (2015). *Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)*. Recuperado el 12 de enero del 2024, de <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>

Organización Mundial de la Salud. (2018a). *Declaración de Astaná*. Recuperado el 9 de mayo del 2024, de <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2018b). Primary health care and health emergencies. Recuperado el 22 de mayo del 2024, de <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health-care-conference/emergencies.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2000). *The World health report 2000: health systems: improving performance*. WHO Library Cataloguing in Publication Data.

Organización Mundial de la Salud y UNICEF. (2018). *A vision for primary health care in the 21st century: Towards UHC and the SDGs*. Recuperado el 5 de abril de 2024, de <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/328065/WHO-HIS-SDS-2018.15-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Organización Panamericana de la Salud. (n.d.). *Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978*. Recuperado el 5 de enero de 2024, de [Declaración de Alma-Ata \(1978\). https://www.paho.org/sites/default/files/APS_Alma_Atta-Declaracion-1978.pdf](https://www.paho.org/sites/default/files/APS_Alma_Atta-Declaracion-1978.pdf)

Organización Panamericana de la Salud. (2010). *Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas*. Recuperado el 8 de abril de 2024, de <https://es.slideshare.net/slideshow/aps-redes-integradasserviciossaludconceptos/29089342>

Organización Panamericana de la Salud. (2022a). Estrategia y plan de acción sobre promoción de la salud en el contexto de los objetivos de desarrollo sostenible 2019-2030. Recuperado el 15 de abril de 2024, de <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55950>

Organización Panamericana de la Salud. (2022b). *Salud en la Américas. Perfil del país - Chile*. Recuperado el 15 de abril de 2025, de <https://hia.paho.org/es/paises-2022/perfil-chile>

Papanikitas, A., Spicer, J., McKenzie-Edwards, E., & Misselbrook, D. (2014). 4th annual primary care ethics conference: ethics education and lifelong learning. *London. J Prim Care (Abingdon)* 6(6), 164-168. DOI:10.1080/17571472.2014.11494369

Pérez, M. (2016). ¿Por qué hablar de bioética en la Atención Primaria de Salud?. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 16(31-2), 102–117. <https://doi.org/10.18359/rlbi.1484>

Perinchery-Herman, S. (2021) Primary Care Ethics is Just Medical Ethics: A Philosophical Argument for the Feasibility of Transitioning Acute Care Ethics to the Primary Care Setting. *HEC forum* 35(1), 73-94. DOI: 10.1007/s10730-021-09451-x

Potter, V. (1971). *Bioethics: Bridge to the future*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall Inc.

Rachels, J. (2003) *The Elements of Moral Philosophy*. McGraw-Hill Companies, Inc.

Randal, J. (1983). Are Ethics Committees Alive and Well?. *The Hastings Center Report*, 13(6), 10-12. <https://doi.org/10.2307/3560736>

Raña, J., Ferrer, J., & Bedregal, P. (2007). Modelo de asignación de recursos en atención primaria. *Revista médica de Chile*, 135(1), 54-62. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872007000100008>

Reiter, J., & Runyan, C. (2013.) The ethics of complex relationships in primary care behavioral health. *Fam Syst Health*. 31(1), 20-27. DOI: 10.1037/a0031855

Real Academia de la Lengua Española (n.d.). Recuperado el 5 de agosto de 2025, de <https://dle.rae.es/ético>

Robles, B. (2011). La entrevista en profundidad: una técnica útil dentro del campo antropológico. *Cuicuilco*, 18(52), 39-49. <https://www.scielo.org.mx/pdf/cuicui/v18n52/v18n52a4.pdf>

Roest, B., & Leget, C. (2023). A multidisciplinary perspective on physician-assisted dying in primary care in The Netherlands: A narrative interview study. *Death Stud* 47(3):315-327. DOI: 10.1080/07481187.2022.2065554

Rojas, P., Peñaloza, B., Soto, M., Téllez, A., & Fábrega, R. (2022) *Atención primaria en tiempos de COVID-19: desafíos y oportunidades*. Centro de Políticas Públicas UC. Recuperado el 4 de junio de 2025, de https://politicaspUBLICAS.uc.cl/web/content/uploads/2022/05/Artículo-154_Atención-Primaria-Salud.pdf

Rosas, A., Narciso, V., & Cuba, M. (2013). Atributos de la Atención Primaria de Salud (A.P.S): Una visión desde la Medicina Familiar. *Acta Médica Peruana*, 30(1), 42–47. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172013000100008

Sádaba, J. (2004). *Principios de Bioética Laica* (1.^a ed.). Gedisa.

Segura, A. (2020). La COVID-19 y la atención primaria y comunitaria: algunas consideraciones deontológicas. *FMC - Formación Médica Continuada en Atención Primaria* 27(10), 505-507. <https://doi.org/10.1016/j.fmc.2020.08.001>

Servei de Salut Atenció Primària de Mallorca (n.d.). *Reglamento interno del Cometa-AP*. Recuperado el 4 de mayo de 2025, de <https://www.ibsalut.es/apmallorca/attachments/article/767/reglamento-interno-cometa-es.pdf>

Silva, L., Nitschke, R., Machado, M., Tholl, A., Lanza, F., Oliveira, P., & Viegas, S. (2021). Being ethical and bioethical in daily life of primary health care: nurses' perceptions. *Rev Bras Enferm.* 75(3). DOI: 10.1590/0034-7167-2021-0093

Singer, P. (1995). *Ética práctica*. (2.^a ed.). Cambridge University Press

Slowther, A. (2009). Ethics case consultation in primary care: Contextual challenges for clinical ethicists. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*. 18(4), 397-405. <https://doi.org/10.1017/S0963180109090598>

Smith, C., Gill, P., & Baillie, J. (2023). The clinical decision-making process involved in end of life care for people with dementia in primary care: A protocol paper. *J Adv Nurs*. 79(7), 2744-2753. DOI: 10.1111/jan.15587

Söderhamn, U., Kjøstvedt, H., & Slettebø, Å. (2014). Evaluation of ethical reflections in community healthcare: A mixed-methods study: A mixed-methods study. *Nursing Ethics*. 22(2):194-204. DOI:10.1177/0969733014524762

Solari, M., & Escobar, T. (2009). Relevance of primary care bioethics committees in public health ethical practice in the community: an experience in an area of extreme poverty in Santiago, Chile. En S. Peckham, A. Hann (eds.). *Public health ethics and practice Bristol*. (pp. 83-100). University of Bristol University Press

Solinís, G. (2015). Introducción. En G. Solinís (ed.). *¿Por qué una bioética global? Vigésimo aniversario del Programa de Bioética de la UNESCO*. Ediciones UNESCO

Spicer, J., Ahluwalia, S., & Shah, R. (2021). Moral flux in primary care: the effect of complexity. *J Med Ethics*. 47(2), 86-89. DOI: 10.1136/medethics-2020-106149.

Spradley J. (1979). *The Ethnographic Interview*. Harcourt, Brace, Jovanovich.

Stapleton, G., Schröder-Bäck, P., Brand, H., & Townend, D. (2014). Health inequalities and regional specific scarcity in primary care physicians: ethical issues and criteria. *Int J Public Health*. 59(3), 449-455. DOI: 10.1007/s00038-013-0497-7

Starfield, B. (1998). *Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology*. Oxford U. Press.

Starfield, B., Shi, L., & Macinko, J. (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q*. 83, 457-502. DOI: 10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x

Starfield B. (2009). *Comprehensiveness of Care: Concept and Importance*. RNZCGP Annual Quality Symposium Wellington, NZ. Recuperado el 20 de marzo de 2024, de <https://www.globalfamilydoctor.com/internationalissues/barbarastarfield.aspx>

Strauss, A., & Corbin, V. (2002). *Bases de la investigación cualitativa Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. (1.ª ed.). Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia.
<http://www.dandrosh.com.mx/books/Bases%20de%20la%20investigacion%20cualitativa%20-%20Anselm%20Strauss%20y%20Juliet%20Corbin.pdf>

Superintendencia de Salud (n.d.) *Registro de Prestadores Acreditados*. Recuperado el 25 de mayo de 2025, de <https://www.superdesalud.gob.cl/tax-registros/registro-de-prestadores-acreditados-4329/por-n-de-registro-4710/>

Superintendencia de Salud (2016) *Manual de Estándar General de Acreditación para prestadores institucionales de atención abierta*. Recuperado el 6 de mayo de 2025, de https://www.superdesalud.gob.cl/app/uploads/2016/04/articles-23460_recurso_1.pdf

Swedberg, R. (2016). *El arte de la teoría social*. Centro de investigaciones Sociológicas.

Téllez, A. (2006) Atención primaria: factor clave en la reforma al sistema de salud. Dirección de asuntos públicos. Pontificia Universidad Católica de Chile. <https://politicaspUBLICAS.uc.cl/web/content/uploads/2006/08/atencion-primaria-factor-clave-en-la-reforma-al-sistema-de-salud-1.pdf>

Thiersch, S., Friedrich, O., & Marckmann, G. (2019). Ethics consultation in the ambulatory care sector: an evaluation of the consultation service in the districts of Traunstein and Berchtesgaderland by means of a document analysis and interviews with primary care physician. *Ethik Med* 31, 45-59. https://www.researchgate.net/publication/328946854_Ausserklinische_Ethikberatung_Eine_Evaluation_des_Angebots_in_den_Landkreisen_Traunstein_und_Berchtesgadener_Land_mittels_Dokumentenanalyse_und_Befragung_von_Hausarzten

Taiwo, R. (2024) *Exploration of ethical issues in primary care in England, UK*. [Tesis Master of Science by Research in the Faculty of Health Sciences]. Centre for Ethics in Medicine, Population Health Sciences, Bristol Medical School. <https://research-information.bris.ac.uk/en/studentTheses/exploration-of-ethical-issues-in-primary-care-in-england-uk/>

Tavory, I., & Timmermans, S. (2014). *Abductive Analysis: Theorizing Qualitative Research*. University of Chicago Press

Tønnessen, S., Lillemoen, L., & Gjerberg, E. (2016). Refleksjonsgrupper i etikk: «Pusterom» eller læringsarena?. *Etikk I Praksis. Nordic Journal of Applied Ethics*. 10(1), 75-90. <https://doi.org/10.5324/eip.v10i1.1844>

Torry, M. (2017). Ethical religion in primary care. *London J Prim Care* 9(4), 49-53. DOI: 10.1080/17571472.2017.1317407

Tunzi, M., Satin, D., & Day, P. (2021). The Consent Continuum: A New Model of Consent, Assent, and Nondissent for Primary Care. *Hastings Cent Rep*. 51(2), 33-40. DOI: 10.1002/hast.1243

Ulrich, C., Zhou, Q., Hanlon, A., Danis, M., & Grady, C. (2014). The impact of ethics and work-related factors on nurse practitioners' and physician assistants' views on quality of primary healthcare in the United States. *Appl Nurs Res*. 27(3), 152-156. DOI: 10.1016/j.apnr.2014.01.001.

- UNESCO. (2005a). *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos*. Recuperado el 6 de abril de 2024, de https://www.bioeticaweb.com/wp-content/uploads/2014/07/declaracion_unesco_bioetica.pdf
- UNESCO. (2005b). *Guía n.º 1 Creación de comités de bioética*. Recuperado el 6 de abril de 2024, de https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000139309_spa
- UNESCO (2006) *Guía n.º 2 Funcionamiento de los comités de bioética: procedimientos y políticas*. Recuperado el 6 de abril de 2024, de https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000147392_spa
- UNESCO (2007) *Guía n.º 3 Capacitación de los comités de bioética*. Recuperado el 6 de abril de 2024, de https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000150970_spa
- Valls, R. (2003). *Ética para la bioética y a ratos para la política*. Editorial Gedisa
- Vargillas, C., & Ribot, S. (2007). Implicaciones conceptuales y metodológicas en la aplicación de la entrevista en profundidad. *Laurus*. 13(23), 249-262. <https://www.redalyc.org/pdf/761/76102313.pdf>
- Vicenteño, A., & Consejo, C. (2024). Proyecto de comités de bioética en el primer nivel de atención en la Ciudad de México. *Rev. Bioética UNAM* 1, 1-17. <https://revista.bioetica.unam.mx/index.php/pub/article/view/18/4>
- Worldometer (n.d.). *Countries of the World*. Recuperado el 22 de septiembre de 2025, de https://www.worldometers.info/#google_vignette
- Whitt, K., Hughes, M., Hopkins, E., & Maradiegue, A. (2016). The Gene Pool: The Ethics of Genetics in Primary Care. *Annu Rev. Nurs Res*. 34:119-154. DOI: 10.1891/0739-6686.34.119
- Young, P., & Justich, P. (2018). El reduccionismo en medicina. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México* 75(4) pp. 260–262. <https://doi.org/10.24875/BMHIM.M18000031>
- Zúñiga, A. (2016). La nueva Ley de derechos del Paciente: cambiando el Paradigma de la relación entre el paciente, el médico y el juez. *Anuario de derecho público UDP*, 273-288. https://derecho.udp.cl/wp-content/uploads/2016/08/14_Zuniga.pdf

Anexos

Anexo n.º1 Guía temática del grupo focal

Fase 1. Introducción.

La moderadora se presentará y a continuación abrirá la sesión:

“Les doy a todos y todas la más cordial bienvenida a esta primera sesión de grupo focal, la cual tiene como objetivo realizar el proyecto de investigación que les fue informado previamente. Ustedes han sido seleccionados/as por su experiencia como informantes claves al ser o haber sido miembro de este Comité de Ética Asistencial en la Atención Primaria en Chile. Este es un espacio voluntario y respetuoso de los participantes, desde el inicio hasta el fin, en el cual las personas presentes pueden desistir de participar en cualquier momento, señalar su incomodidad o solicitar la información que no quiera sea considerada en la transcripción del diálogo que aquí se generará. Si nadie se opone de forma explícita, en este momento comenzaremos la grabación de imagen y audio.

Fase 2. Preparación del grupo.

“Toda información emanada de esta conversación grupal se mantendrá anonimizada, sin identificar a las personas participantes, no obstante, para efecto de los objetivos de este estudio, se les pedirá a continuación señalar el rol o función que cumplen o cumplieron en el CEA y la antigüedad de su participación en este.”

“Comenzaré señalando algunas preguntas para abrir la discusión en relación a los tres temas centrales de este estudio, no obstante, pueden conversar entre ustedes, afirmando, discrepando o complementando lo señalado por otro participante, pues no se espera respuestas correctas, sino descripción de experiencias y puntos de vista”.

“Para cumplir con el tiempo consensuado de esta sesión y evitar que algún participante domine la conversación en desmedro de otros, es posible que en ocasiones yo, como moderadora, re-direccione la discusión”.

Fase 3. Debate a fondo.

Tópico N°1: Implementación de un CEA en AP

Objetivos	Temas
Conocer el proceso de implementación del CEA	Motivos, actores claves, requisitos, facilitadores, liderazgo y barreras

- ¿Cómo surge la idea de conformar un Comité de Ética en su institución?
- ¿Cómo fue la implementación del Comité de Ética Asistencial (CEA) en su establecimiento?
- ¿Quiénes fueron los actores claves para la implementación del CEA?

Tópico N°2: Funcionamiento de un CEA en AP

Objetivos	Temas
Caracterizar el modelo de funcionamiento del CEA	Roles, difusión y acceso del CEA, frecuencia de reuniones, espacio físico, competencias del Recurso humano (RRHH), registro de actividades, método de deliberación, liderazgo, antigüedad dentro del CEA, documentos emitidos, recomendaciones, informes, niveles de participación, aprendizajes y promoción de derechos, fase de desarrollo, ideas de mejora, actores relevantes, debilidades, amenazas.

- ¿Cuánto tiempo lleva cada uno en este CEA? ¿Cuánto tiempo participó de este CEA?
- ¿Cómo funciona el CEA al cual Ud. pertenece (o perteneció)?
- ¿Cuáles características del funcionamiento del CEA les parece acertadas y funcionales, y cuáles mejorables?
- ¿Cuáles son las barreras y las oportunidades para desarrollar un CEA en AP?
- ¿Cuáles son los procedimientos para identificar conflictos éticos y cuáles son los métodos de resolución?
- ¿Conoce el equipo de salud y la comunidad la existencia de su CEA?

Tópico N°3: Promoción de derechos en la asistencia sanitaria

Objetivos	Temas
Impacto del CEA en los derechos de los pacientes en la institución	Participación de la comunidad, participación de pacientes y cercanos, ley de derechos y deberes de los pacientes (trato, autonomía, confidencialidad), experiencias positivas y negativas, brechas

- ¿Podría usted describir la importancia que tiene el CEA para la promoción de derechos?
- ¿Impacta la labor del CEA en la promoción de derechos de los pacientes en su institución?
- ¿Podría usted describir experiencias concretas en que los derechos de los pacientes han sido promovidos mediante la intervención del CEA?
- ¿Se visualizan otros modelos de apoyo en ética asistencial, por ejemplo, adscripción a comités externos ya sea de servicio de salud u hospitales, consultores, etc.?
- ¿Ventajas o desventajas respecto a constituir un comité?

Fase 4. Clausura del grupo.

La moderadora resumirá los temas identificados, comentará la utilidad que se va a dar a los resultados y que existirá una nueva instancia para compartir y discutir la interpretación de éstos. Se cierra la sesión con los agradecimientos a los participantes.

Anexo n.º2 Guía temática de entrevista

Etapas 1:

Para romper la aprehensión e inseguridad, se explicará el propósito de la entrevista y lo que se espera, considerando un adecuado lenguaje verbal y no verbal. El siguiente guión será una referencia:

“Les doy la más cordial bienvenida a esta primera sesión de entrevista, la cual tiene como objetivo realizar el proyecto de investigación en relación experiencias en Chile de Comités de Ética Asistencial en Atención Primaria. Ud. ha sido seleccionado/a por su experiencia como informante claves al ser considerado un/a experto/a o haber sido un actor clave en la implementación de un comité. Este es un espacio voluntario y respetuoso, desde el inicio hasta el fin, en el cual puede desistir de participar en cualquier momento, señalar su incomodidad o solicitar la información que no quiera sea considerada en la transcripción del diálogo que aquí se generará. Si Ud. no se opone de forma explícita, en este momento comenzaremos la grabación de imagen y audio.

“Toda información emanada de esta conversación se mantendrá anonimizada, sin identificarle como participante, no obstante, para efecto de los objetivos de este estudio, se les pedirá a continuación señalar el rol o función que cumple en la actualidad o cumplió en el CEA.”

“Comenzaré señalando algunas preguntas para abrir la entrevista en relación con los temas centrales de este estudio. No se espera respuestas correctas, sino descripción de experiencias y puntos de vista”.

“Para cumplir con el tiempo consensuado de esta sesión, es posible que en ocasiones yo, como moderadora, re-direccione la discusión”.

Etapas 2:

En la fase exploratoria, la entrevistadora hará repeticiones de las explicaciones y objetivos del estudio, volviendo una y otra vez sobre lo que la persona dijo para aclarar o comprobar la estabilidad de una opinión (proceso de Rapport), se usará el lenguaje propio del entrevistado y no se preguntará por significados, sino más bien por uso del lenguaje. De esta forma, se demuestra interés.

Etapas 3:

Es la fase de cooperación, en la cual se espera un mayor conocimiento de expectativas entre los implicados, generando la posibilidad para la entrevistadora de descubrir la cultura del informante, en el lenguaje.

Etapas 4:

Es la fase de participación, en que el informante debería haber asumido su papel asignado por el entrevistador y se entrega por completo a la entrevistadora. En esta etapa se formulará un guión inicial o preguntas descriptivas respecto a experiencias, como orientación general para acercarse al objetivo del estudio, en un tiempo aproximado de 60 minutos. El tiempo aproximado para entrevistas será de alrededor de una hora. El número de entrevistas dependerá del punto de saturación teórico alcanzado, no obstante, será necesario una segunda entrevista con preguntas de verificación para validar la interpretación de lo recolectado en el primer encuentro.

El registro de las entrevistas se realizará en formato audiovisual para su posterior transcripción y análisis de contenidos. La investigadora llevará un diario de investigación en el que incluya comentarios, descripción de situaciones, sobre la entrevista y todo lo relacionado con la investigación.

Tópico N°1: Implementación de un CEA en AP

Objetivos	Temas
Conocer el proceso de implementación del CEA	Conocimiento o participación en un CEA en AP, motivos de CEA en AP, modelos de apoyo en ética asistencial en AP, actores claves, debilidades, amenazas, oportunidades

- ¿Conoce experiencias de implementación de Comité de Ética Asistencial (CEA) en AP en Chile? ¿Qué opinión le merecen? ¿Reconoce la necesidad de contar con CEA en AP? ¿Por qué?
- ¿Cuáles son las barreras y las oportunidades para desarrollar un CEA en AP? ¿Por qué son escasos?
- ¿Conoce otros modelos de apoyo en ética clínica para equipos de AP?

Tópico N°2: Funcionamiento de un CEA en AP

Objetivos	Temas
------------------	--------------

Caracterizar el modelo de funcionamiento del CEA	Roles, difusión y acceso del CEA, frecuencia de reuniones, espacio físico, competencias del RRHH, registro de actividades, método de deliberación, liderazgo, antigüedad dentro del CEA, documentos emitidos, recomendaciones, informes, niveles de participación, fase de desarrollo, ideas de mejora, actores relevantes, debilidades, amenazas, paridad, representatividad, manejo de confidencialidad
--	---

- ¿Sabe cómo funcionan los CEA en AP? ¿Cómo debiese funcionar un CEA en AP? ¿Por qué son escasos?
- ¿Cómo se accede a ellos? ¿Existe un CEA por CESFAM o un CEA a nivel municipal?
- ¿Cuáles características del funcionamiento del CEA le parece propia del nivel primario de atención? ¿Reconoce diferencias o similitudes entre CEA en AP y Hospital?
- ¿Considera importante la cantidad de casos y consultas, el perfil y formación de sus miembros, la metodología de resolución de conflictos éticos, la función normativa y formativa, y los informes de un CEA, como parte esencial de la calidad de un CEA? ¿Visualiza otros indicadores?

Tópico N°3: Promoción de derechos en la asistencia sanitaria

Objetivos	Temas
Impacto del CEA en los derechos de los pacientes en la institución	ley de derechos y deberes de los pacientes (trato, autonomía, confidencialidad), rol del CEA en AP, experiencias.

- ¿Podría usted describir la importancia que tiene el CEA para la promoción de derechos en las instituciones?
- ¿Impacta la labor del CEA en la promoción de derechos de los pacientes?
- ¿Cree que se conoce el papel del CEA entre pacientes, y equipo de salud?
- ¿Cree que existe el apoyo institucional para que el CEA cumpla sus funciones?
- ¿Podría usted describir experiencias concretas en que los derechos de los pacientes han sido promovidos mediante la intervención de un CEA?
- ¿Se visualizan otros modelos de apoyo en ética asistencial, por ejemplo, adscripción a comités externos ya sea de servicio de salud u hospitales, consultores, etc.?
- ¿Ventajas o desventajas respecto a constituir un comité?
- ¿Se le informa al paciente que será sometido a un CEA?

Anexo n.º3 Características de CEA-AP participantes en grupos focales

Grupo focal n.º 1: participantes (6)

Participantes Integrantes	Cargo	Área disciplinar	Antigüedad aproximada en el CEA-AP
Activo	Presidencia	Medicina	4 años
Activo	Secretaría	Odontología	4 años
Activo	Vocal	Abogado	4 años
Activo	Vocal	Odontología	2 años
Activo	Vocal	Enfermería	4 años
Activo	Vocal	Trabajo social	4 años

Características del CEA-AP

Modelo comunal (municipal) de CEA-AP (adscripción de todos los centros de salud primaria del municipio)

Personas usuarias registradas en los centros de salud primaria: 235.136 (Fuente: FONASA, 2025)

Actividades/año	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	total
Recomendaciones ante consultas	7	0	0	1	9	5	3	25
Trabajo en normativas del centro de salud	0	0	0	1	1	1	2	5
Difusión y capacitaciones	1	0	0	3	11	1	15	31

Nota: Información enviada por el presidente del CEA-AP

Grupo focal n.º 2: Participantes (5)

Participantes Integrantes	Cargo	Área disciplinar	Antigüedad aproximada en el CEA-AP
Activo	Presidencia	Kinesiología	8 años
Activo	Secretaría	Psicología	6 años
Exintegrante	Vocal	Kinesiología	7 años
Exintegrante	Vocal	Trabajo social	4 años
Exintegrante	Vocal	Psicología	6 años

Modelo comunal (municipal) de CEA-AP (adscripción de todos los centros de salud primaria del municipio)

Personas usuarias registradas en los centros de salud primaria: 224.075 (Fuente: FONASA, 2025)

Actividades/año	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	total
Recomendaciones ante consultas	12	10	12	14	8	7	10	73
Trabajo en normativas del centro de salud	0	1	1	1	1	0	1	5
Difusión y capacitaciones	2	2	1	1	0	0	2	8

Nota: Tabla elaborada de las memorias anuales (Nadal y García, 2018; Nadal, 2019; Miranda et al., 2020, 2021, 2022)

Grupo focal n.º 3: Participantes (4)

Participantes Integrantes	Cargo	Área disciplinar	Antigüedad aproximada en el CEA-AP
Activo	Presidencia	Medicina familiar	7 años
Activo	Secretaría	Abogado	5 años
Activo	Vocal	Enfermería-Obstetricia	5 años
Activo	Vocal	Enfermería	1 año

Modelo comunal (municipal) de CEA-AP (adscripción de todos los centros de salud primaria del municipio)

Personas usuarias registradas en los centros de salud primaria: 239.942 (Fuente: FONASA, 2025)

Actividades/año	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	total
Recomendaciones ante consultas	0	2	0	2	1	3	2	10
Trabajo en normativas del centro de salud	2	0	0	0	0	0	3	5
Difusión y capacitaciones	0	1	0	0	1	2	2	6

Nota: Información enviada por el presidente del CEA-AP

Grupo focal n.º 4: Participantes (4)

Participantes integrantes	Cargo	Área disciplinar	Antigüedad aproximada en el CEA-AP
Activo	Presidencia	Medicina	4 años
Activo	Vocal	Trabajo social	5 años
Activo	Vocal	Trabajo social	5 años
Activo	Vocal	Matrona	5 años

Modelo comunal (municipal) de CEA-AP (adscripción de todos los centros de salud primaria del municipio)

Personas usuarias registradas en los centros de salud primaria: 209.153 (Fuente: FONASA, 2025)

Actividades/año	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	total
Recomendaciones ante consultas	Sin registro	Sin registro	0	2	2	3	4	11
Trabajo en normativas del centro de salud	1	1	1	0	1	1	2	7
Difusión y capacitaciones	4	1	1	1	1	1	1	10

Nota: Información enviada por el presidente del CEA-AP

Anexo n.º4 Perfil de participantes en entrevistas en profundidad

Breve descripción del informante clave n.º	Relación con CEA-AP	Área disciplinar	Actividades laborales relacionadas con la bioética y/o la Atención Primaria
(1) Persona que participó facilitando la implementación de un CEA-AP y fue identificado por un grupo focal	Referente en bioética a nivel del Servicio de Salud regional	Trabajo social	Miembro de Comité de Ética Científico Participante de grupo de trabajo en bioética de una sociedad científica
(2) Persona licenciada en derecho con experiencia como miembro de CEA-AP	Antiguo integrante de CEA-AP durante 2 años	Ciencias Jurídicas	Profesional del Departamento de Jurídica de un municipio relacionado con los servicios de Atención Primaria
(3) Profesional experto de la oficina de Bioética del Ministerio de Salud, con experiencia en el trabajo de los Comités de Ética en Chile	Referente nacional de comités de ética asistenciales	Medicina	Docente universitario de Bioética
(4) Persona socia del grupo de trabajo en bioética de la Sociedad Chilena de Medicina	Miembro de CEA-AP durante 18 años	Medicina	Docente universitario en Medicina Familiar Autor de publicación en revista científica acerca de temas de bioética en

Familiar con experiencia como miembro de CEA-AP			la Atención Primaria de Chile
(5) Socio/a experto de la Sociedad Chilena de Bioética	Autor de publicación en revista científica de Comités de Ética Asistencial en Atención Primaria en Chile	Filosofía	Docente universitario en Bioética Autor/a de publicación en revista científica de comités de ética asistencial en Atención Primaria en Chile y otros artículos relacionados con Bioética
(6) Académico/a experto de una universidad nacional relacionado con la bioética.	Autora de capítulo de libro respecto a Comités de Ética Asistencial en Chile	Fonoaudiología	Docente universitario en Bioética Consultor de ética clínica en nivel hospitalario
(7) Autor de publicaciones en revistas científicas en relación dilemas ética en AP en Chile	Antecedentes de haber trabajado como profesional clínico en AP	Medicina	Actualmente profesional clínico en nivel hospitalario con experiencia en Comités de Ética Asistencial en ese nivel
(8) Integrante fundador de CEA-AP y fue identificado en el grupo focal	Secretaría de CEA-AP	Trabajo social Filosofía	Profesional trabaja en AP

(9) Académica experta en Bioética de una universidad nacional	Formador en bioética de integrantes de CEA-AP	Medicina	Docente universitario en Bioética Miembro de CEA hospitalario Autora de capítulo de libro respecto a Comités de Ética Asistencial en Chile
(10) Profesional experto de la Oficina de Bioética del Ministerio de Salud.	Referente nacional en Ética asistencial Integrante CEAM (comisión asesora de ética asistencial del Ministerio de Salud)	Medicina	Experiencia como integrante del Comité de Ética en Servicio de Salud e integrante de CEA hospitalario Docente universitario en Bioética. Profesional clínico con formación en Medicina Familiar
(11) Integrante fundador de CEA-AP	Profesional antiguo integrante de CEA-AP	Psicología	Presidencia de CEA-AP
(12) Integrante fundador de CEA-AP	Vocal de CEA-AP	Kinesiología	Profesional clínico en AP
(13) Integrante CEA-AP	Representante de la comunidad usuaria en CEA-AP	No registra	Vocal de CEA-AP
(14) Integrante fundador CEA-AP	Secretaría de CEA-AP	Odontología	Vocal de CEA-AP Sub-dirección Departamento de Salud comunal
(15) Integrante CEA-AP	Secretaría de CEA-AP	No registra	Vocal de CEA-AP

(16) Integrante fundador de CEA-AP	Profesional integrante de CEA-AP	Enfermería	Vocal de CEA-AP Magíster en Bioética Dirección de CESFAM
(17) Integrante de CEA-AP	Secretaría de CEA-AP	Psicología	Profesional que trabaja en dispositivo que da servicio a CESFAM
(18) Integrante fundador de CEA-AP	Vocal de CEA-AP que inició a fines de los 90.	Terapia ocupacional	Docente universitario en Bioética Experiencia en la formación de integrantes de CEA-AP
(19) Integrante de CEA-AP	Vocal de CEA-AP por dos de los seis años de antigüedad del CEA-AP	Kinesiología	Profesional clínico en APS Sub-dirección Departamento de Salud comunal
(20) Integrante de CEA-AP	Presidencia de CEA-AP, el cual tiene antigüedad de 10 años	Medicina	Profesional que trabaja en AP Director del laboratorio comunal
(21) Integrante de CEA-AP	Representante de la comunidad usuaria en CEA-AP	No declara	Vocal de CEA-AP por 2 años Vocal de CEA- hospital por 22 años Dirigente vecinal

Anexo n.º5 Aprobación del plan de investigación por el Comité de Ética Científico Servicio de Salud Araucanía Sur, Chile



UNIDAD DE BIOÉTICA COMITÉ DE ÉTICA CIENTÍFICA SERVICIO SALUD ARAUCANÍA SUR

OFICIO : N° 252
ANT. : No hay.
MAT. : La que indica.

Temuco, 22 de Noviembre de 2022.

DE : DR. PATRICIO VALDÉS GARCÍA
PRESIDENTE
COMITÉ DE ÉTICA CIENTÍFICA

A : DRA. CARMEN NADAL AGOST
INVESTIGADORA PRINCIPAL

El Comité de Ética Científica de la Dirección de Servicio de Salud Araucanía Sur, Acreditado por la Autoridad Sanitaria según Resolución Exenta N° J1-29658 de fecha 07 de noviembre de 2017 y Resolución Exenta N° 15871 de fecha 23 de diciembre de 2020, viene a resolver lo siguiente sobre Protocolo que a continuación se especifica:

Título del estudio	Comités de Ética Asistencial, una necesidad creciente para la promoción de derechos en la Atención Primaria.
Código del estudio	S/C
Investigador Responsable	Dra. Carmen Nadal Agost.

Con fecha Miércoles 16 de Noviembre 2022, se **APRUEBA** la documentación presentada correspondiente a:

- ❖ Carta de presentación del proyecto.
- ❖ Carta compromiso del investigador principal.
- ❖ Carta declaración conflicto de interés del investigador.
- ❖ Carta de toma de conocimiento de la Institución donde se desarrollará el proyecto.
- ❖ Documento proyecto de investigación en español.
- ❖ Documento de resumen del proyecto.
- ❖ Consentimientos informados.

DIRECCION SERVICIO DE SALUD ARAUCANIA SUR
COMITÉ DE ÉTICA CIENTÍFICA

Andrés Bello N° 636 - Temuco - Fono: 452557064 - www.raucaniasur.cl



UNIDAD DE BIOÉTICA
COMITÉ DE ÉTICA CIENTÍFICA
SERVICIO SALUD ARAUCANÍA SUR

OFICIO : N° 166

ANT. : No hay.

MAT. : La que indica.

Temuco, 29 de mayo de 2025.

DE : PROF. NATALIA CHAHÍN INOSTROZA
PRESIDENTA (S)
COMITÉ DE ÉTICA CIENTÍFICA

A : DRA. CARMEN NADAL AGOST
INVESTIGADORA PRINCIPAL

El Comité de Ética Científica de la Dirección de Servicio de Salud Araucanía Sur, Acreditado por la Autoridad Sanitaria según Resolución Exenta N° J1-29658 de fecha 07 de noviembre de 2017, Resolución Exenta N° 15871 de fecha 23 de diciembre de 2020 y Resolución Exenta N° 2309584491 de fecha 12 de diciembre de 2023 viene a resolver lo siguiente sobre Protocolo que a continuación se especifica:

Título del estudio	Comités de Ética Asistencial, una necesidad creciente para la promoción de derechos en la Atención Primaria.
Código del estudio	S/C
Investigadora Responsable	Dra. Carmen Nadal Agost.

Con fecha miércoles 28 de mayo de 2025, en reunión ampliada, se **APRUEBA** la documentación presentada correspondiente a la: Solicitud de renovación de la aprobación del Plan de Investigación por el Comité de Ética de Investigación del Servicio de Salud Araucanía Sur.

Asimismo, se renueva la autorización por un año, a contar de la presente fecha.

Para constancia firma,



Natalia Chahín
PROF. NATALIA CHAHÍN INOSTROZA
PRESIDENTA (S)
COMITÉ DE ÉTICA CIENTÍFICA
SERVICIO DE SALUD ARAUCANÍA SUR

NCH/HMO/EMC.
Distribución:

- ✓ La indicada.
- ✓ Archivo.

DIRECCION SERVICIO DE SALUD ARAUCANIA SUR
COMITÉ DE ÉTICA CIENTÍFICA

Andrés Bello N° 636 - Temuco - Fono: 452557064 - www.araucaniasur.cl

Anexo n.º 6 Aprobación del plan de investigación por la Comisión de Bioética de la Universidad de Barcelona, España



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

Comissió de Bioètica

Baldiri i Reixac, 2
08028 Barcelona

+34 934 035 463
cbub@ub.edu
ub.edu/comissibiobioetica

DICTAMEN FAVORABLE

La Comissió de Bioètica de la Universitat de Barcelona, reunida en sessió ordinària el dia 19 de juny de 2025, ha avaluat els aspectes metodològics, ètics i legals del projecte de tesi següent i n'emet l'informe favorable:

Comités de Ética Asistencial, una necesidad creciente para la promoción de derechos en la Atención Primaria.

Títol del projecte de tesi

Carmen Nadal Agost

Doctoranda

Dr. Joan Josep Vallbé Fernández

Director

Dret i Ciència Política

Programa de doctorat

A Barcelona, 2 de juliol de 2025

El vicerector de Recerca
i president de la Comissió de Bioètica

Jordi García Fernández

Firmado por ***3005** JORDI
GARCIA (R: ****8001*) el día
04/07/2025 con un certificado
emitido por AC Representación

Institutional Review Board IRB00003099
CER 072508

Anexo n.º 7 Categorías, subcategorías y su significado

CATEGORIA	SUBCATEGORÍA	Significado
<i>Legitimidad otorgada al CEA-AP</i>	1. Desconocimiento, miedo y confusión 2. Legitimación progresiva por mayor conocimiento e integrantes validados 3. Acompañamiento ante estrés moral 4. Calidad e impacto cualitativo del análisis de los casos 5. Prácticas legitimadoras 6. Fragilidad institucional y desafío de reconstrucción pospandemia 7. Conocimiento limitado de la comunidad usuaria	Reconocimiento dentro de la institución
<i>Relevancia del CEA-AP</i>	1. Espacio único e innovador de reflexión colectiva situada en AP 2. Funciones deliberativas y formativas 3. Deliberación para abordar zonas grises del enfoque de derechos en la AP 4. Sensibilización para prevenir daños en prácticas rutinarias 5. Mediadores entre institución, equipo y comunidad	Justificación de su conformación y funcionamiento

<i>Utilidad del CEA-AP</i>	1. Ausencia de mecanismos de medición de impacto 2. Protección de datos y privacidad 3. Respeto a la autonomía, consentimiento y derecho a la información 4. Manejo de recursos basado en la justicia distributiva 5. Abordaje de problemas antiguos y emergentes	Resultados concretos en la práctica
<i>Barreras para conformar y desarrollar un CEA-AP</i>	1. Marco normativo e institucional insuficiente 2. Dependencia en la motivación de integrantes 3. Déficit de formación en bioética 4. Escaso desarrollo académico de la bioética en la AP 5. Desvinculación de autoridades con la ética asistencial 6. Priorización de la productividad, limitaciones estructurales y de recursos	Obstáculos de carácter institucional, profesional o técnico que dificultan la conformación y funcionamiento del comité
<i>Factores facilitadores para conformar y desarrollar un CEA-AP</i>	1. Impulso institucional y normativo de la acreditación 2. Liderazgos sensibilizados con la bioética 3. Capital humano del comité comprometido y resiliente	Oportunidades de carácter institucional, profesional o técnico que favorecen la conformación y funcionamiento del comité

	4. Rol facilitador del Servicio de Salud regional	
<i>Elementos normativos para desarrollar un modelo de implementación de CEA-AP</i>	1. Adaptación del modelo de adscripción 2. Composición y representatividad 3. Formación mínima establecida en bioética	Reglas que incluyan las particularidades de la AP
<i>Elementos organizativos para desarrollar un modelo de implementación de CEA-AP</i>	1. Autonomía y especificidad del análisis ético 2. Soporte técnico-académico avanzado y soporte administrativo de instancia jerárquica superior 3. Implementación gradual en escala y representatividad obligatoria por CESFAM 4. Difusión permanente	Estructuras organizativas
<i>Elementos del enfoque de derechos para el desarrollo de un modelo de implementación de CEA-AP</i>	1. Apoyo en la gestión institucional y de prevención 2. Funciones prioritarias 3. Transparencia con la comunidad usuaria respecto al rol del CEA	Atención centrada en las personas