Los desafíos de la formación sanitaria en contextos latinoamericanos y la búsqueda por repolitizar la bioética: una lectura desde la realidad mexicana

Abdiel Fernando Uribe Allier* • Luis Alfonso Munive Valencia**

Introducción

La bioética, a través de sus diversas formas, ha llegado a ser un campo de conocimiento y reflexión que trasciende la ética aplicada y se ha establecido como una zona de confrontación epistemológica y política. En este contexto de persistencia de marcadas inequidades económicas, culturales y sociales en América Latina se plantea la manera en que la bioética puede aportar elementos que epistémica y metodológicamente configuren rutas críticas en torno a las prácticas relacionadas con la salud-enfermedad-atención-cuidado, más allá de las formulaciones burocratizadas y sedimentadas institucionalmente.

En este sentido, se propone una revisión general del desarrollo actual de la bioética, en México y América Latina, como muestra de una evolución caracterizada por la expansión de este campo, desde su surgimiento en los años setenta del siglo pasado, hasta la hegemonía occidental, clínica y biomédica, de los años noventa. Se señalan las aportaciones de múltiples autores latinoamericanos que han puesto de manifiesto las limitaciones y la necesidad de una justicia epistémica.

En América Latina, la bioética crítica e intercultural ha abierto paso a debates importantes sobre justicia social en el campo de la salud, pero aún persiste la tensión entre el deseo de transformación política y la tendencia institucionalizante.

El nacimiento de la bioética y la promesa de cambio

La bioética surge formalmente en la década de los setenta del siglo XX, resultado de un conjunto de avances científicos y tecnológicos, de movilizaciones sociales y, consecuentemente, de cuestionamientos sobre los límites y alcances de diversas disciplinas, particularmente aquellas relacionadas con la vida.

Como disciplina de frontera, sostenida en diversos movimientos sociales emancipatorios —como el feminismo, la antipsiquiatría, los movimientos afrodescendientes—, la bioética emerge como un

* Académico de la Universidad de la Salud, CDMX. Correo electrónico: abdiel.uribe@unisa.cdmx.gob.mx
** Profesor de la Maestría en Bioética, de la Universidad de la Salud. Correo electrónico: luis.munive@unisa.cdmx.gob.mx

Fecha de recepción: 21 de septiembre de 2025.
Fecha de aceptación: 05 de diciembre de 2025.

campo de conocimientos con un compromiso político, desafiante y que buscaba empoderar a las poblaciones vulneradas históricamente, a partir de reflexiones tendientes a cuestionar las lógicas y prácticas de los campos científicos relacionados con la vida (Luna y Salles, 2008; Viesca, 2008).

Sin embargo, el impulso transformador con el que emergió la disciplina, fue cada vez menos potente al ir asimilándose sus métodos, discursos y reflexiones, pasando a formar parte del aparato estatal, principalmente en países del norte global, lugar desde dónde se establecerían las premisas, los criterios, las problemáticas y los marcos conceptuales desde los cuales se problematizarán los fenómenos que se considerarán de pertenencia bioética (Salamanca, 2020, Ferrerira y Flor do Nascimento, 2015; Flor do Nascimento y Garrafa, 2010).

Esta instauración de la bioética como disciplina asimilada en instituciones, particularmente gubernamentales, en Estados Unidos y varios países europeos, estableció las bases de lo que vendría a ser el modelo hegemónico de pensar y hacer bioética en los países del sur global. Este modelo, implicará, entre otras cosas, un imperativo por acoplar la reflexión bioética a un principialismo ético (Luna, 2008) y el establecimiento de reglamentos y normas institucionales que, más que propiciar la reflexión y la crítica, amoldaban las prácticas clínicas y científicas biomédicas a parámetros establecidos.

El establecimiento y la burocratización de la bioética en México

En México, el surgimiento institucional de la bioética puede entenderse como la necesidad de regir formalmente los problemas relacionados con la práctica médica a través del Estado. Más allá de las discusiones en espacios universitarios o académicos, la bioética se instaura como una disciplina vinculada al estado, siendo un primer antecedente la publicación en el Diario Oficial de la Federación del Reglamento en Materia de Investigación para la Salud, el cual contempla en su capítulo segundo aspectos éticos relacionados a la investigación con seres humanos, haciendo obligatoria la creación de Comités de Ética de la Investigación; por su parte, en 1989 se crea el Grupo de Estudio de Bioética, como parte del Consejo de Salubridad General, a cargo del Dr. Manuel Velasco Suárez (Cano Valle y Neri Vela, 2012). Con la creación de la Comisión Nacional de Bioética (CONBIOÉTICA), en 1992, y bajo una lógica biomédica, la intención era el control administrativo del sector salud (Ruiz de Chávez-Guerrero, 2014). De este modo, la bioética se instauró como un mecanismo para la administración del sector salud, en el que se priorizó la regulación biomédica.

Este proceso de institucionalización de la bioética se profundizó en 1995 con la creación de la Academia Nacional Mexicana de Bioética y la fundación del Colegio de Bioética en 2003 (Ruiz de Chávez-Guerrero, 2014), consolidando el campo técnico y profesional de la bioética en México. Ambas instituciones fueron conformadas, de forma generalizada, por integrantes del campo de la medicina y de la investigación biomédica, reforzando así la aplicación de principios biomédicos a la toma de decisiones éticas en el sistema de salud.

Estas tres instituciones ejemplifican los esfuerzos realizados para la formalización e institucionalización de la bioética en México. No obstante, esta consolidación de la disciplina no estuvo exenta de contradicciones, pues, en tanto instituciones formadas desde las coordenadas epistémicas de

la biomedicina, tendieron a promover un desarrollo de la bioética poco reflexivo y sin una postura clara frente a las problemáticas políticas y socioculturales, impactando en su aplicación en las problemáticas de desigualdad. La bioética en México se había instaurado como una disciplina burocratizada, cuyas funciones giraban en torno a la normativización y regulación de los conflictos éticos, algo que ha sido problematizado por diversas investigaciones en otras latitudes (Shore, 2024; cfr. Lolas Stepke, 2022; Elliot, 2005).

Sin duda, la instauración y legitimación de la CONBIOÉTICA, la Academia Nacional Mexicana de Bioética y el Colegio de Bioética, dan cuenta de la madurez que la disciplina ha logrado en tan poco tiempo. No obstante, resulta problemático que las reflexiones emanadas de estas instituciones, de forma generalizada, tiendan a limitarse y se agoten a la regulación de las investigaciones biomédicas y velar por los derechos de las personas inmersas en el campo de la salud, alineando sus normativas a los discursos y premisas internacionales, normatizados, legitimados y profesionalizantes que no se hacen cargo de las problemáticas políticas y socioculturales del país (Ruiz de Chávez-Guerrero, 2014), entre las cuales se encuentran los impactos sociales, culturales y políticos que se incluyen dentro de cada dilema bioético. Más aún, la limitación de la reflexión bioética a esferas institucionalizadas puede desarrollar una red de profesionistas que se encumbren como autoridades que pretendan la regulación moral de los problemas bioéticos como meros procesos administrativos (Lolas Stepke, 2022).

Continuando con esta discusión, es importante señalar que, si bien estas instituciones comenzaron a discutir problemáticas relacionados con el avance científico y tecnológico relacionado con la biomedicina, tales como el VIH, los trasplantes de órganos (cfr. Landín López y Jiménez Piña, 2024; Ruiz de Chávez, 2024) y la clonación (cfr. Medina Arellano y Mendoza Cárdenas, 2019) ; estos temas se abordaban a partir de lineamientos internacionales, los cuales tendían a considerar patrones generales de análisis, en los que las condiciones contextuales, las características políticas y económicas, o las circunstancias de desigualdad y pobreza propias de los contextos latinoamericanos.

Así, el campo bioético se instauró, mediante recomendaciones e instrucciones por parte de organismos internacionales que establecieron principios éticos que legitimaron y formalizaron los procesos institucionales nacionales, pero a su vez encorsetaron a la bioética en marcos normativos con poco o ningún compromiso ante las complejidades y particularidades de cada país (Maglio, 2018; Lolas Stepke, 2010). Estas estrategias propiciaron una homogenización de la bioética en México, y acotando y rechazando potenciales herramientas transformadoras ante las desigualdades estructurales.

De este modo, el camino que ha tomado la bioética institucionalizada no ha promovido la reflexión crítica frente a la moralidad que rige la práctica médica. Por el contrario, se ha convertido en un proceso técnico, administrativo y burocrático más que se ajusta a la exigencia moral de cumplimiento biomédico, con parámetros establecidos que no influyen en el campo del saber del personal de la salud. Es decir, más que un campo reflexivo, la bioética institucionalizada ha pasado a formar parte de las lógicas y las practicas instrumentales dentro de los espacios hospitalarios y clínicos.

La burocratización bioética en el contexto latinoamericano

Desde una perspectiva latinoamericana, los años noventa del siglo XX fueron un período de emergencia de las reflexiones bioéticas enfocadas en las problemáticas de pobreza, inequidades y exclusión social, además de los desafíos tecnológicos (Mora Sánchez, 2010). En tal contexto, se originaron múltiples debates sobre si los organismos institucionales y profesionalizantes estaban preparados para afrontar dichos problemas. Los intentos por ampliar la conceptualización sobre los elementos a evaluar en la toma de decisiones e incorporar las problemáticas que surgen en la región, ya sea frente a la vida, la muerte, la salud o a la enfermedad, se volvieron insuficientes.

El marco normativo de cada país se legitima y regula a través de organismos internacionales, tales como la UNESCO, los cuáles propiciaron programas en Latinoamérica para promover la capacitación y la formalización de comités de bioética para la protección de las personas inmersas en investigaciones biomédicas, y para la promoción de la equidad de género y de los derechos humanos a nivel internacional (cfr. Maglio, 2018). Sin embargo, los programas propiciados por este organismo siguen siendo de corte normativo y no promueven en la práctica una ética transformadora, situándola únicamente en marcos burocratizados que no aportan más que lineamientos. Se establecieron lineamientos con respecto al sistema de atención a grupos vulnerables y sobre el respeto por la diversidad sociocultural a nivel nacional, pero su cumplimiento continúa siendo limitado.

Una de las propuestas impulsadas por la UNESCO, desde la década de los noventa, e implementadas a nivel mundial, es la entrega de herramientas para fortalecer las capacidades en bioética en las naciones de Latinoamérica. En México, esta intervención se desarrolla a través del Programa de Educación Permanente en Bioética (PEPBE), el cual opera a través de un curso en línea impartido de manera anual desde el año 2006, en distintos países de América Latina (cfr. Vidal, 2012). Aunque este programa intenta abordar a través de contenidos actualizados y del desarrollo de estrategias metodológicas y comunicativas de los programas virtuales y presenciales sobre las diferentes problemáticas del sector de la salud, se sigue presentando la dificultad de la adaptación a las necesidades de cada país en el territorio latinoamericano, así como las problemáticas con las que se enfrentan a nivel institucional y sectorial. No se implementan currículos críticos que se enfrenten a las problemáticas socioculturales ni tampoco orientados al desarrollo de una mirada crítica sobre los valores, creencias y representaciones sociales que influyen en la práctica del personal de la salud, generando una situación paradójica.

El principialismo y su hegemonía en la bioética en México

Como lo hemos señalado, organizaciones como la CONBIOÉTICA, la Academia Nacional Mexicana de Bioética y el Colegio de Bioética, han centralizado y burocratizado los procesos de toma de decisiones éticas en México, de modo que se priorizan factores de riesgo y beneficio a nivel biomédico, y se dejan fuera aquellas problemáticas socioculturales de exclusión y desigualdad en la práctica médica del sector salud que ponen en disputa elementos de diversidad, poder y derechos colectivos.

Esta forma de abordar las problemáticas bioéticas no es azarosa, sino que atiende a lógicas propias del sistema de pensamiento propio de la biomedicina. Como lo han señalado diversas autoras

(Aliseda, 2022; Villanueva, Aliseda y Calderón, 2022; Luna, 2008), la estructura epistémica del pensamiento clínico se caracteriza por una forma de pensar los problemas basada en la racionalidad, la operacionalización de los problemas, el pragmatismo y la corroboración-comprobación de aquello que se pretende abordar. Esta estructura de pensamiento hace que se favorezcan teorías que puedan resolver problemas y que demuestren tener resultados inmediatos y tangibles, aun cuando ello sacrifique la complejidad del abordaje.

En este sentido, no resulta extraño que la bioética haya sido incorporada a las reflexiones biomédicas por medio del principialismo, el cual puede resultar en una forma operativa de abordar las complejidades relacionadas con la vida (Luna, 2008). A partir de pensar la realidad en el marco de cuatro principios —autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia—, la bioética se convierte en una receta que debe replicarse si es que se quiere atender a un discurso bioético.

Podemos ejemplificar un caso cotidiano dentro de la práctica clínica, que, en teoría apela a un elemento fundamental de la bioética y de la teoría principialista de Beauchamp y Childress, que, no obstante, ha terminado convirtiéndose en un requisito administrativo: el consentimiento informado.

Desde hace años, en México, es un requisito el contar con el consentimiento informado para validar la legitimidad —ética y legal— de las intervenciones médicas sobre las personas usuarias de los servicios de salud. Si bien, el consentimiento informado en un principio se puede considerar como la manifestación más acabada de la autonomía de los pacientes, en la práctica clínica dentro del sector salud se ha reducido a un trámite, en el que todo el proceso comunicativo entre el profesional de salud y la persona que es atendida se ve minimizado a un documento con firma. El proceso burocrático termina por caricaturizar la autonomía del paciente.

Este ejemplo, el del consentimiento informado, es resultado de las exigencias de organismos internacionales y nacionales que, en su afán de profesionalizar y difundir la bioética, han elaborado una serie de exigencias administrativas que permitan reforzar prácticas autoritarias de la biomedicina.

En definitiva, el sector de la salud en México, a pesar de tener una infraestructura legal para una práctica que tenga conciencia ética sobre sus decisiones, en la realidad carece de una aplicación justa y transparente de esta. La formalización de la profesión médica requiere de estas instituciones para la legitimación y formalización de sus procesos. No obstante, las instituciones y los comités bioéticos institucionalizados no han sido suficientemente eficaces para responder a las demandas sociales de esta manera.

Perspectivas críticas en bioética y la apuesta por repolitizar el cambio

Las perspectivas críticas de la bioética han apuntado que los marcos dominantes de la disciplina, que se originan del paradigma biomédico y el principialismo, no han sido suficientes para afrontar las profundas disparidades económicas, sociales y culturales de América Latina y México (Garrafa y Porto, 2008; Oliveira y Osman, 2017). Se puede entender la permanencia de los marcos hegemónicos a través de la carga que tienen las políticas que imitan epistemologías colonizadas y dejan fuera otras opciones éticas localizadas y el conocimiento local.

Se ha argumentado en contra de la corriente principialista cuando se aplican los principios de justicia, beneficencia, no maleficencia y autonomía sin tener en cuenta el contexto, no se tratan los factores estructurales que restringen su aplicación en contextos donde existe pobreza, desigualdad de género y desigualdad interseccional (Oliveira y Osman, 2017). En estas circunstancias, la bioética principialista intenta aplicar principios de justicia y beneficencia que no consiguen abordar las formas de exclusión que emergen a partir de dinámicas sociales, culturales y económicas, marcadamente desiguales.

A pesar de la influencia global de agencias e instituciones, la bioética latinoamericana ha estado centrada en normativas importadas, encasillando a la reflexión ética en esquemas tecnocráticos y universales, dejando al margen las necesidades locales. Los principales problemas de salud que caracterizan a América Latina como el acceso desigual a los servicios, la pobreza y precariedad que enfrentan las comunidades rurales, así como el racismo y la discriminación que viven a diario las identidades étnicas y de género en toda la región, son abordados de manera limitada por el discurso bioético (Garrafa y Porto, 2008).

El predominio de enfoques externos frente a los problemas locales se refleja en una desconexión entre la bioética y la institucionalidad en el ámbito de la salud. Un ejemplo concreto de esta insuficiencia es la exclusión de los saberes y prácticas de salud que poseen las poblaciones afrodescendientes y de pueblos originarios. A la par que refuerza un esquema de colonialidad del saber, la bioética institucional limita a su vez la pluralidad epistemológica y la lucha contra la colonialidad del poder que reproduce la lógica biomédica hegemónica (Oliveira y Osman, 2017).

La urgencia de formular marcos críticos para la bioética proviene, además de los reclamos normativos, de la constatación empírica de que grandes sectores de la población no gozan del derecho a la salud, lo que refleja una profunda brecha sanitaria y una reiteración de la violación de los derechos humanos en la región (Garrafa y Porto, 2008). Por lo tanto, la bioética requiere generar marcos interpretativos y estrategias de intervención más adecuados, así como contribuir a generar políticas de salud más justas y equitativas. Diversas corrientes críticas como el feminismo y las teorías de la justicia social señalan que la bioética hegemónica tiende a invisibilizar las desigualdades estructurales de género, raza y clase social y, por lo tanto, no contribuye a la transformación de esta realidad (Petersen y Karahanci, 2013; Oliveira y Osman, 2017).

Las corrientes de justicia social, por su parte, plantean que es necesario comprender la vulnerabilidad como un fenómeno social e histórico donde existe la intersección entre género, raza, etnia, pobreza, clase social, discapacidad, lugar de residencia y territorio, así como otros múltiples factores que deben ser considerados para la formulación de las políticas sanitarias (Oliveira y Osman, 2017). Es por esto por lo que, las éticas biomédicas dominantes son consideradas insuficientes para responder a las demandas de una bioética social más sensible a los sistemas de atención colectiva, en tanto que éstas centran su atención en el individuo y no en los condicionamientos sociales de la salud y la enfermedad.

Además de lo anterior, las corrientes de crítica sociológica han resaltado que la bioética dominante ha abordado principalmente dilemas morales que tienen relación con las tecnologías médicas de los países centrales y los conflictos que se dan al inte-

rior de las instituciones sanitarias de los mismos, dejando de lado las problemáticas de las poblaciones periféricas. Por ejemplo, uno de los aspectos no suficientemente abordados en la bioética dominante es el impacto que tienen los determinantes sociales de la salud sobre las condiciones de vida de los más pobres, así como sus consecuencias sobre la inequidad en la salud (Petersen y Karahanci, 2013).

Por otro lado, en relación con la metodología, estas corrientes de crítica proponen análisis interseccionales y la visibilización de las múltiples formas de poder que actúan en el terreno de la salud, más allá de la supuesta neutralidad de las estructuras institucionales de la bioética (Oliveira y Osman, 2017). Por su parte, la bioética de intervención plantea el tratamiento desigual de los desiguales como una de las maneras de oponerse de manera estratégica frente a las desigualdades existentes (Garrafa y Porto, 2008; Porto, 2014). Estas formas de abordar los problemas sociales ponen en cuestión el postulado de la neutralidad bioética como principio rector de las decisiones en salud. En cambio, abogan por adoptar estrategias diferenciadas y situadas que prioricen recursos y derechos en las comunidades más pobres.

Lejos de aplicar principios bioéticos universales, la bioética de intervención, por ejemplo, asume un compromiso político para transformar las condiciones de exclusión que determinan inequidad en salud. De este modo, además de un análisis ético y político de la realidad, genera estrategias de intervención que aseguren mayor acceso a la salud en las comunidades vulnerables a través del diseño de políticas de atención diferenciales y el desarrollo de programas de formación en bioética que tengan como ejes centrales la justicia social y los derechos colectivos (Garrafa y Porto, 2008).

No obstante, la bioética se institucionalizó y globalizó a través de las agendas promovidas por las agencias internacionales, incluyendo dentro de éstas a las agendas propias de la industria farmacéutica que, además de la mercantilización de la salud, generaron cambios en el campo de la bioética que impulsaron la creación de Comités de Bioética, así como la implementación de regulaciones legislativas en este ámbito (Penchaszadeh, 2018; Petersen y Karahanci, 2013). La promoción de estas agendas, caracterizadas por una "bioética aséptica" que se aplica sobre los mecanismos administrativos y de legislación que buscan garantizar la correcta aplicación del marco normativo, deja fuera de la atención bioética a las dinámicas sociales y económicas que son responsables de la inequidad en la salud.

Así, por ejemplo, además de las diversas formas de intervención metodológica, como los análisis interseccionales y de las formas de poder, existen perspectivas teóricas de tipo transdisciplinar e intercultural que contribuyen a establecer puentes de conexión entre los distintos saberes que influyen sobre la bioética. Estos marcos contribuyen a dar cuenta de la pluralidad de los marcos normativos desde la bioética, pues al atender a múltiples perspectivas, es factible establecer una pluralidad en los esquemas bioéticos con miras a que los retos éticos que se presentan ante el campo sean atendidos a partir de la singularidad de cada situación (Oliveira y Osman, 2017; Penchaszadeh, 2018).

A manera de cierre: Propuesta de transformación crítica

La crítica a la neutralidad metodológica es una condición que ha despolitizado la bioética al pasar por alto la gravedad de las injusticias en los

contextos latinoamericanos, evitando hablar explícitamente sobre la importancia del conflicto político y la influencia de las relaciones de poder que determinan la capacidad de acceder a una buena calidad de salud. Los marcos teóricos tradicionales, bajo la hegemonía de la imparcialidad y objetividad científica, han decidido ajustarse a normas internacionales ignorando la relevancia de tratar las necesidades y los problemas específicos que requieren las realidades de América Latina (Garrafa y Porto, 2008; Porto, 2014). Repolitizar la bioética significa ampliar las estructuras normativas, cuestionar sus usos e interpelar la implementación de lógicas tecnocráticas que han restringido la actuación emancipadora y crítica originaria de la bioética.

Plantear una ética sanitaria con fundamento en la solidaridad, la justicia distributiva y la acción colectiva implica una responsabilidad política antes que procedimental. Deslegitimar la neutralidad moral de la institucionalización de la bioética y dar cuenta de que las normas y procedimientos deben adaptarse a los contextos implica politizar y situar el conflicto dentro del pensamiento bioético. Solo de este modo el accionar de la bioética logra trascender la administración de los conflictos morales (cfr. Porto, 2014).

Desde la perspectiva de la justicia epistémica, es urgente consolidar la enseñanza de la bioética en América Latina para sobrepasar el dominio del saber eurocéntrico. Para el desarrollo bioético, es esencial integrar las cosmologías y los conocimientos de las comunidades originarias y otros grupos del sur global, con el fin de generar saberes que trasciendan los marcos epistémicos que suelen cuestionar la legitimidad de nuestros valores, nuestras vivencias y nuestra capacidad para actuar en conjunto (Pratt y de Vries, 2023).

En consecuencia, el estudio interseccional supone que las desigualdades en los sistemas sanitarios han de interpretarse a partir de relaciones estructurales y dinámicas de subordinación y exclusión, que son producidas por la combinación de diferentes factores sociales como el género, la raza, la discapacidad, la ubicación geográfica, etc. Identificar estos factores no solamente como elementos de análisis, sino también como expresiones que, a través de su interseccionalidad, posibilitan entender los procedimientos que se llevan a cabo en las prácticas sanitarias y en los grupos involucrados, es lo que permite reorientar las acciones sanitarias (cfr. Porto, 2014; cfr. Stramondo, 2023).

Referencias bibliográficas

ALISEDA, A. (2022). "Hacia una caracterización del razonamiento clínico: Una perspectiva epistemológica". En: Aliseda, A., Calderón, C. y Villanueva, M. (eds.) *Filosofía de la medicina: discusiones y aportaciones desde México*. México: Instituto de Investigaciones Filosóficas, 63-79.

CANO VALLE, F. (2024). "Los inicios de la Bioética en México". En: Santillán Doherty, P. y Jiménez Piña, R. (coord.) *Perspectivas CONBIOÉTICA en su treinta aniversario 1992-2022*. Ciudad de México: Comisión Nacional de Bioética, 19-26.

CANO VALLE, F. y NERI VELA, R. (2012). "Educación en Bioética en México". En: Vidal. S. (ed.) *La Educación de Bioética en América Latina y el Caribe: experiencias realizadas y desafíos futuros.* Programa de América Latina y el Caribe en Bioética y Ética de la Ciencia, 261-278.

ELLIOT, C. (2005). "The Soul of a New Machine: Bioethicist in the Bureaucracy", *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics,* 14 (4), 379-384.

FERREIRA, S. y FLOR DO NASCIMENTO, W. (2015). "La bioética de intervención en el contexto del pensamiento latinoamericano contemporáneo", *Revista RedBioética, núm. 23 (2)*, 281-288.

FLOR DO NASCIMENTO, W. y GARRAFA, V. (2010). "Nuevos diálogos desafiadores desde el sur: colonialidad y Bioética de Intervención", *Revista colombiana de bioética, núm. 5(2)*, 23-37.

GARRAFA, V., y PORTO, D. (2008). "Intervention bioethics: Epistemology for peripheral countries", *Journal International de Bioéthique*, 191, 87.

LANDÍN LÓPEZ, A. y JIMÉNEZ PIÑA, R. (2024). "Trazos Históricos. De un grupo de estudio a una Comisión Nacional de Bioética". En Santillán Doherty, P. y Jiménez Piña, R. (coord.) *Perspectivas CONBIOÉTICA en su treinta aniversario 1992-2022*. Ciudad de México: Comisión Nacional de Bioética, 89-97.

LOLAS STEPKE, F. (2022). "Salud, medicina y derecho: aporías del discurso bioético", *Estancias. Revista de Investigación en Derecho y Ciencias Sociales, núm. 2(4)*, 133-150.

LOLAS STEPKE, F. (2010). *Bioética en América Latina: Una década de evolución*. Santiago de Chile: Organización Panamericana de la Salud.

LUNA, F. (2008). "Planteos clásicos y teoría de principios". En: Luna, F. y Salles, A. (coord.) *Bioética: nuevas reflexiones sobre debates clásicos*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 23-78

LUNA, F. y SALLES, A. (2008). "Introducción", En Luna, F. y Salles, A. (coord.) *Bioética: nuevas reflexiones sobre debates clásicos*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 11-20.

MAGLIO, I. (coord.) (2018). *Los comités y las comisiones nacionales de bioética* (1ª ed.). Bogotá: Editorial Universidad El Bosque.

MEDINA ARELLANO, M. y MENDOZA CÁRDENAS, H. (2019). *Tecnologías de reproducción asistida. Enseñanza Transversal en Bioética y Bioderecho.* México: Instituto de Investigaciones Jurídicas.

MORA SÁNCHEZ, A. P. (2010). *Perspectiva de la Bioética en América*. La Habana: Universidad Médica de La Habana, Facultad de Medicina.

OLAIZ-BARRAGÁN, G., TOVAR-LÓPEZ, K., CRUZ-MAYA, B., GONZÁLEZ-ROLDÁN, E. (2022). "Bioética y política pública en México", *Gaceta Médica de México, 158*, pp. 144-149.

OLIVEIRA, M. d. J., y OSMAN, E. (2017). "Bioethical pluralism: Latin American contributions to bioethics from a decolonial perspective" *Revista bioética* (Impresa), núm. 25(1), 52-60.

PENCHASZADEH, V. (2018). "Bioética y salud pública", *Revista Iberoamericana de Bioética*, núm.07, 1-15.

PETERSEN, A., y KARAHANCI, O. (2013). "From

bioethics to a sociology of bio-knowledge", *Social Science y Medicine*, 98, 264-270.

PORTO, D. (2014). "Bioética en Latinoamérica: desafío al poder hegemónico". *Revista bioética* (Impresa), núm. 22(2), 214-225.

PRAT, B. yDE VRIES, J. (2023). "Where is knowledge from the global South? An account of epistemic justice for a global bioethics", *Journal of Medical Ethics,* núm. 49(5), 325-334.

RUIZ DE CHÁVEZ-GUERRERO, M. (2014). "Veinte años de bioética en México: desarrollo y perspectivas de la Comisión Nacional de Bioética", *Cirugía y Cirujanos*, núm. 82(6), 699–708.

RUIZ DE CHÁVEZ-GUERRERO, M. (2024). "Consolidación y Modernización de la Comisión Nacional de Bioética". En: Santillán Doherty, P. y Jiménez Piña, R. (coord.) *Perspectivas CONBIOÉTICA en su treinta aniversario 1992-2022*. Ciudad de México: Comisión Nacional de Bioética, 54-67.

SALAMANCA, M. (2020). "Éticas del cuidado, decolonialidad e interculturalidad", *Revista RedBioética*, año 11, núm. 1(21), 59-67.

SHORE, C. (2024). "The bureaucratization of ethical integrity: Research ethics committees and imaginaries of risk", *Anthropology Today*, Volume 40, Issue 2, 8-10.

STRAMONDO, J. (2023). "Bioethics and the Power Asymmetry Contextualizing Experience", *The American Journal of Bioethics*, *Vol. 23,* 1-3.

TARASCO MICHEL, M. (2024). "El impulso de la Bioética en México, hacia la conformación de una Comisión Nacional". En: Santillán Doherty, P. y Jiménez Piña, R. (coord.) *Perspectivas CONBIOÉTICA en su treinta aniversario 1992-2022*. Ciudad de México: Comisión Nacional de Bioética, 12-18.

VIDAL, S. (ed.) (2012). *La Educación en Bioética en América Latina y el Caribe*. Montevideo: UNESCO.

VIESCA, C. (2008). "Bioética, conceptos y métodos". En: González, J. (coord.) *Perspectivas de Bioética*. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica, 53-89.

VILLANUEVA, M., ALISEDA, A. yCALDERÓN, C. (2022). "El territorio de la filosofía de la medicina: un mapa de sus problemas, conexiones con disciplinas afines y subcampos de investigación". En Aliseda, A. Calderón, C. y Villanueva, M. (Eds.) *Filosofía de la medicina: discusiones y aportaciones desde México*. Ciudad de México: Instituto de Investigaciones Filosóficas, 63-79.