



Bioética y salud pública

Bioethics and Public Health



Víctor Penchaszadeh

Universidad Nacional de Tres de Febrero, Argentina

E-mail: victorpenchas@gmail.com



Resúmen

En este artículo se revisa la evolución de la bioética que en un principio focalizó su interés en problemas individuales de autonomía y los dilemas del uso de la alta tecnología en medicina, hasta la presente situación en que centra su atención en los graves problemas poblacionales de la salud colectiva. Se proponen los aspectos éticos que deben considerarse en todas las acciones de salud pública, centrándose en la equidad, la justicia y el derecho a la salud, teniendo en cuenta los 18 principios y temas de la bioética enunciados en la Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos de UNESCO.

Abstract

This article looks at the evolution of bioethics a discipline from its initial focus, concerned with issues of personal autonomy and the conflicts around the use of complex technology in medicine, to where it is now; focused on major population issues in public health, with a focus on equality, justice and the right to health. As part of this it considers the 18 guiding principles and issues in bioethics contained in the Universal Declaration of Bioethics and Human Rights of UNESCO.

Key words

Bioética; salud pública; salud colectiva; equidad; justicia social; derecho a la salud.

Bioethics; public health; collective health; equity; social justice; right to health.

Fechas

Recibido: 27/12/2017. Aceptado: 03/04/2018



1. Introducción

Los grandes dilemas de la salud colectiva estuvieron ausentes del discurso bioético hegemónico, que no se dedicó a analizar los aspectos éticos de las graves desigualdades sociales, las inequidades en la vigencia del derecho a la salud y el acceso a los servicios, la pobreza y la exclusión social y muchos otros

Siendo el objeto de la bioética la reflexión ética sobre los fenómenos de la vida y la salud y, sobre las intervenciones del hombre que los afectan, es lógico que uno de sus campos de reflexión y acción sea la salud poblacional, llamada también salud pública o salud colectiva. Los dos últimos términos no son exactamente sinónimos, pues “salud pública” generalmente denota las acciones de los estados en la prevención de enfermedades y la promoción y protección de la salud poblacional, mientras que el término “salud colectiva” implica que, además del estado, la comunidad organizada tiene un rol importante a jugar en el mantenimiento de la salud. En este artículo, sin embargo, se utilizarán ambos términos en forma indistinta.

Si bien la bioética nació con una preocupación social muy fuerte (Potter, 1972), los primeros tiempos de esta disciplina en el mundo desarrollado estuvieron dedicados principalmente a la reflexión sobre problemas individuales como los dilemas en el ejercicio de la autonomía el contexto a la atención médica, como la reanimación de prematuros de extremo bajo peso, el uso de la tecnología para el mantenimiento de funciones vitales, el manejo del estado vegetativo persistente, las elecciones reproductivas y otros. En cambio, los grandes dilemas de la salud colectiva estuvieron ausentes del discurso bioético hegemónico, que no se dedicó a analizar los aspectos éticos de las graves desigualdades sociales, las inequidades en la vigencia del derecho a la salud y el acceso a los servicios, la pobreza y la exclusión social y muchos otros.

El análisis de la relación entre la bioética y la salud pública debe partir de una apreciación somera de la situación social, económica y de salud en el mundo y sus implicaciones éticas.

2. Situación social, económica y de salud en el mundo

Un recorrido rápido y necesariamente incompleto sobre algunos indicadores clave provee una imagen de graves irregularidades e injusticias. De acuerdo al informe de OXFAM de 2015, el 1% más rico del mundo tiene más dinero que el resto del planeta, y solo 8 personas tienen más riqueza que 3.500 millones de personas en el mundo (OXFAM, 2015). Por otro lado, entre 2010 y 2015 las 50 empresas más poderosas de Estados Unidos, que han gastado cerca de 2.500 millones de dólares en *lobby* político, tuvieron ganancias de 4.2 billones de dólares, a la vez que utilizaron paraísos fiscales para evadir sus obligaciones impositivas. En su afán por el lucro a corto plazo, esas empresas, entre las cuales se cuentan Google, Apple, Facebook, de telecomunicaciones, biotecnológicas y farmacéuticas y las fábricas de armamento. Entre sus estrategias corrientes están la reducción de salarios, la inestabilidad laboral, la destrucción de las pequeñas empresas y el aumento de la brecha de desigualdad.



En el mundo, más de 1.200 millones de personas sobreviven con menos de 1,25 dólares diarios y 2.400 millones con menos de 2 dólares. Aproximadamente 57 millones de niños en edad de asistir a la escuela primaria no lo hacen. La distribución del ingreso en el mundo evidencia groseras desigualdades: al comienzo del siglo XX, el 20% más rico de la población mundial era 9 veces más rico que el 20% más pobre; esta relación ha crecido a 30 veces en 1960, a 60 veces en 1990 y a más de 80 veces en 2010 (OXFAM, 2015). Por otra parte, el planeta está experimentando una acelerada distorsión climática y deterioro de los ecosistemas por acción del hombre, con una urbanización caótica, hambre e inseguridad alimentaria y múltiples formas de violencia y guerras como mecanismo de control de los pueblos y de expansión del poderío político-económico-militar de las grandes potencias.

Desde hace tiempo la comunidad internacional ha reconocido la relación entre riqueza-pobreza y salud-enfermedad y sus efectos sobre el desarrollo humano, social y económico, y desde la segunda mitad del siglo XX el derecho a la salud ha sido reconocido en numerosos tratados internacionales

Las desigualdades en riqueza tienen graves consecuencias para la salud y la vida. Unos 16.000 niños mueren cada día antes de cumplir los 5 años, la mayoría por causas prevenibles. Más de 160 millones de niños menores de 5 años tienen una estatura inadecuada para su edad, debido a una alimentación insuficiente. En 2010, 20 millones de personas murieron por enfermedades infecciosas que se podrían haber prevenido con \$20 por vida salvada (OMS, 2017; Global Health Watch, 2017). Si bien en las últimas décadas la expectativa de vida en la población mundial ha aumentado globalmente, su aumento ha sido sumamente desigual de acuerdo al país, con un rango entre 50 y 80 años. En muchos países pobres, donde ocurre el 90% de la carga global de enfermedades, la expectativa de vida en realidad ha disminuido (ONU, 2015). Un tercio de la morbilidad global es atribuible directamente a la pobreza. La desigualdad entre naciones se evidencia también en el gasto anual *per cápita* en salud, que oscila entre 10.500 dólares en Estados Unidos y menos de 10 dólares

en países pobres de África. El 90% del gasto mundial en salud se gasta en el 16% de la población mundial, que sufre solo el 7% de la carga global de enfermedad (Global Health Watch, 2017; OMS, 2017).

Desde hace tiempo la comunidad internacional ha reconocido la relación entre riqueza-pobreza y salud-enfermedad y sus efectos sobre el desarrollo humano, social y económico, y desde la segunda mitad del siglo XX el derecho a la salud ha sido reconocido en numerosos tratados internacionales. Entre estos cabe mencionar la Declaración Universal de Derechos Humanos de Naciones Unidas (Naciones Unidas, 1948) que en su artículo 25 establece que "Toda persona tiene un derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios...". Otro instrumento fundamental es el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, o PIDESC, (Naciones Unidas, 1966), que en su artículo 12 establece que "Los Estados Partes reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental" y que para hacerlo realidad deben "adoptar medidas hacia la realización progresiva hasta el máximo de los recursos de que dispongan". El



PIDESC contiene estándares de desempeño justiciables para que los Estados implementen el derecho y rindan cuentas ante la comunidad internacional. Establece que las responsabilidades de los Estados van más allá de los servicios de atención médica y más allá de paquetes mínimos de servicios. Al ser justiciables, otorga herramientas a individuos y comunidades para hacer valer su voz en las decisiones que definen, controlan o afectan su bienestar y su salud.

Estos tratados han sido seguidos por muchos otros instrumentos regionales e internacionales donde se establece y se especifica la responsabilidad de los estados en la salud de la población. Clave entre ellos fue la Conferencia de la Organización Mundial de la Salud de 1978 en la ciudad de Alma Ata que, con el lema de “Salud para todos en el año 2000” produjo un documento (OMS, 1978) que marcó para siempre que la salud es un derecho humano fundamental, basado en los preceptos éticos de justicia y equidad. Este documento establece que la salud es fundamental para el progreso social (y no meramente económico) y el fortalecimiento de la dignidad humana, que no se agota en la atención a las enfermedades sino que se centra en la prevención, promoción y protección de la salud y que supone un compromiso político basado en el principio ético de justicia. Esta conferencia propuso la estrategia de la atención primaria de la salud como

La salud es fundamental para el progreso social y el fortalecimiento de la dignidad humana, que no se agota en la atención a las enfermedades sino que se centra en la prevención, promoción y protección de la salud

concepción clave para lograr un nivel aceptable de salud en el mundo como parte del desarrollo social en el espíritu de la justicia social. Este último concepto marcó la entrada de la bioética en el discurso de la salud pública, al considerar la salud como un derecho humano fundamental y planear la necesidad de un abordaje integral de los determinantes sociales, económicos y políticos de la enfermedad para lograr la salud. Alma Ata fue, además, un parte-aguas al plantear la necesidad de la transformación de los sistemas de salud basada en el derecho a la salud con eje en una atención primaria que fuera integral y no simplemente un primer nivel de atención, requiriendo una participación social extensa como garantía de que los intereses y necesidades de la población fueran tenidos en cuenta (OMS, 1978).

A 40 años de Alma Ata, es lamentable constatar la reacción negativa a sus postulados, liderada a partir de la década de los 90 por el Banco Mundial, entidad que, en su Informe de 1993 *Invertir en Salud* (World Bank, 1993), sentó las bases de la oposición de los organismos financieros internacionales a que la equidad y la justicia social fueran los paradigmas de la reforma en salud. Entre sus argumentos figuran el que la atención de la salud es muy costosa y que el estado es por naturaleza “ineficiente”, por lo que su responsabilidad debería ser solo hacia los que no acceden al mercado, es decir los pobres. Esta falacia, unida a la errónea concepción de que la salud es un tema individual y la atención médica, una mercancía, llevó a esta entidad a plantear la necesidad de apertura de los mercados de salud a corporaciones financieras multinacionales (seguros privados de salud, atención gerenciada, entidades prepagadas con fines de lucro), y de esta manera transferir la atención de las capas medias y altas de la población a seguros privados con fines de lucro, y reducir los gastos y la responsabilidad del Estado a



la atención de los pobres en paquetes mínimos de atención primaria selectiva. De esta manera, se incentivaron inversiones de corporaciones multinacionales en la industria de seguros privados de salud en América Latina, inserción progresiva de intereses privados en el sector salud con sus consiguientes excesos en gastos de intermediación y sobrefacturaciones. Se calcula que solo en América Latina, entre fines de los 90 y la primera década del siglo se transfirieron al sector privado de capital 39 mil millones de dólares desfinanciándose el sector público y erigiendo barreras a la atención, arancelamiento de los servicios y caída de la calidad de atención (Iriart, Merhy, y Waitzkin, 2000; Iriart, 2008; Espinoza, 2014).

Las políticas de degradación de los sistemas públicos de salud desde el estado han continuado virtualmente en todos los países de la región, lo que ha implicado un aumento progresivo de la inequidad y de la injusticia social

Las políticas de degradación de los sistemas públicos de salud desde el Estado han continuado virtualmente en todos los países de la región, lo que ha implicado un aumento progresivo de la inequidad y de la injusticia social (Heredia et al, 2015; Franco, 2017). Esto, a su vez, está violentando los pilares de la bioética enunciados en la Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos de UNESCO en 2005, basada en la vigencia de los derechos humanos, incluyendo el derecho a la salud (UNESCO, 2005). A la par que se vulneran los principios bioéticos en la salud pública, los gobiernos utilizan eufemismos para enmascarar los propósitos verdaderos de supuestas reformas de salud, que solo buscan transferir al sector privado lo que debe

ser una responsabilidad fundamental e indelegable de los estados: el resguardo de la salud de la población. El último eufemismo promovido por las entidades financieras multilaterales con el apoyo de importantes fundaciones filantrópicas como la Gates y la Rockefeller y hasta de la Organización Mundial de la Salud, es el de la Cobertura Universal de Salud (CUS), que bajo la apariencia de un objetivo loable (proveer cobertura "universal" de salud a la población), en la práctica implica un cambio de paradigma: pasar del concepto de salud como derecho humano a una concepción de mercado en la que el ciudadano compra un seguro cuya cobertura estará de acuerdo a su capacidad de pago. En esta ecuación, está claro que las poblaciones vulneradas perderán acceso a la salud (Laurell, 2017). De hecho, la CUS está siendo implementada en los países de manera que se está reduciendo progresivamente la responsabilidad del Estado de garantizar la salud de la población. En efecto, los gobiernos van reduciendo sus acciones al gerenciamiento de "paquetes" mínimos de atención dirigidos a los sectores más pobres de la población y tercerizados a corporaciones financieras privadas (OPS, 2015), mientras crece el control financiero del mercado de la salud en manos del complejo médico-industrial-financiero, con enormes ganancias para las industrias de los seguros privados de salud, de las farmacéuticas y de las de tecnologías médicas (Heredia et al, Krieger et al, 2017; Laurell, 2017). Un resultado de esta colisión de intereses económicos con gran capacidad de *lobby* político, es la medicalización excesiva de la salud, causada por intervenciones superfluas o de elevado costo y bajos beneficios. Esta realidad afecta profundamente la salud y el bienestar de las poblaciones mas vulneradas y tiene fuertes repercusiones para el accionar de la bioética.



3. La bioética y la salud pública frente a las inequidades e injusticias

La salud pública tiene como objetivos diseñar e implementar políticas públicas de prevención de enfermedades y promoción de la salud a nivel poblacional. Como hemos visto en las secciones precedentes, los principales problemas que debe enfrentar la salud pública para mantener y mejorar los niveles de salud de las poblaciones están más relacionados con determinantes sociales y problemas estructurales de orden político y económico, que con factores biológicos (Krieger et al, 2015; OMS, 2008; OMS, 2011).

Hasta comienzos de siglo, la bioética no estaba suficientemente equipada con herramientas conceptuales como para confrontar éticamente las injusticias estructurales y políticas revisadas someramente arriba. La bioética de origen anglosajón siempre

La bioética con compromiso social y la salud pública comenzaron a tener áreas de análisis y de acciones comunes

estuvo más preocupada con problemas individuales que afectaban la autonomía personal que con los problemas sociales. Hacia el final de la década de los 90 del siglo pasado que desde América Latina se llamó la atención sobre la pertinencia del pensamiento bioético para enfocar los problemas de la salud colectiva (Berlinguer, 1994; Cunha y Garrafa, 2016; de Cavalho Fortes, 2003; Garrafa y Lorenzo, 2015; Junges JR y Campos Pavone Zoboli, 2012; Kottow, 2005; Penchaszadeh, 2006, 2007, 2018; Schramm, 2003; Tealdi, 2008; Vergés, 2012), comenzaron

a difundirse y a producir un cambio de paradigma por el cual la bioética dejó de ser una disciplina aséptica y "neutral" enfocada principalmente a problemáticas individuales y concernientes al uso de altas tecnologías, y comenzó a tomar las inequidades, la pobreza y la injusticia como temas propios, tanto de estudio como de acción. De esta manera la bioética con compromiso social y la salud pública comenzaron a tener áreas de análisis y de acciones comunes.

Desde la bioética latinoamericana se comienza a pensar en la salud colectiva y su determinación social en los países pobres, planteándose que el mayor dilema bioético de nuestro tiempo concierne las desigualdades obscenas entre exceso de atención para unos pocos y falta de atención para muchos. También se plantea que no basta con análisis bioéticos sino que es necesario ofrecer propuestas de intervención para mejorar la equidad y la justicia en salud pública. De esta manera se ha ido encontrando un discurso y una acción en consonancia con los grandes problemas bioéticos de la salud colectiva global, con enfoques comprometidos con la justicia y equidad, y basados en la defensa del derecho a la salud como derecho humano fundamental. Esta corriente de pensamiento bioético está nucleado en la Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética UNESCO, formada en 2003 por bioeticistas latinoamericanos con el apoyo del Programa de Bioética para América Latina y el Caribe de UNESCO, con sede en Montevideo (Redbioética UNESCO, 2017).

Los principios éticos en salud pública son los mismos que los de la bioética en general, y como tales han sido plasmados en la Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos de UNESCO. Entre estos se cuentan el respeto a la dignidad humana



Los determinantes sociales resultan, a la vez, de la “distribución desigual del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, lo que depende de las políticas adoptadas”

y derechos humanos, la igualdad, justicia y equidad, el balance de beneficios y perjuicios de las acciones de salud, la autonomía y responsabilidad individual, el requisito de consentimiento libre e informado de individuos y comunidades, el respeto de la vulnerabilidad humana y la integridad personal, la privacidad y confidencialidad de los datos personales, la no discriminación y no estigmatización, el respeto de la diversidad cultural y del pluralismo, la solidaridad y cooperación, la responsabilidad social, el aprovechamiento compartido de los beneficios y la protección de las generaciones futuras y del medio ambiente, la biosfera y la biodiversidad (UNESCO, 2005). Específicamente, su artículo 14 sobre responsabilidad social y salud establece:

1. La promoción de la salud y el desarrollo social para sus pueblos es un cometido esencial de los gobiernos, que comparten todos los sectores de la sociedad.
2. Teniendo en cuenta que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social, los progresos de la ciencia y la tecnología deberían fomentar:
 - El acceso a una atención médica de calidad y a los medicamentos esenciales, especialmente para la salud de las mujeres y los niños, ya que la salud es esencial para la vida misma y debe considerarse un bien social y humano.
 - El acceso a una alimentación y un agua adecuadas.
 - La mejora de las condiciones de vida y del medio ambiente.
 - La supresión de la marginación y exclusión de personas por cualquier motivo.
 - Y la reducción de la pobreza y el analfabetismo.

Por otra parte, la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2008) contribuyó a legitimar los planteos de esta nueva bioética social comprometida con la salud pública. La comisión definió los determinantes sociales como las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Entre los determinantes señaló la pobreza, clase social, posición social (absoluta y relativa), modos de vida, nutrición, exposición a ambientes no saludables, condiciones de vida y trabajo, educación, y acceso a los servicios de salud. También señaló que los determinantes sociales resultan, a la vez, de la “distribución desigual del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, lo que depende de las políticas adoptadas”. Su influyente informe final hizo tres recomendaciones generales para terminar con las inequidades en 25 años: 1) mejorar las condiciones de vida cotidiana; 2) luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos; y 3) desarrollar instrumentos de medición y análisis del problema que sirvan para desarrollar acciones para remediar las inequidades y las injusticias (OMS, 2008). La conferencia sobre determinantes sociales de la salud, realizada en Rio de Janeiro en 2011, dio seguimiento al informe de la comisión y proveyó una agenda mundial de acción para convertir los objetivos en realidades (OMS, 2011).



4. Algunos problemas éticos en salud pública

No hay aspecto de la salud pública que no presente aristas bioéticas que deben considerarse a la hora de programar e implementar acciones de prevención y control de enfermedades a nivel poblacional. Algunos de los temas más sobresalientes que requieren abordaje bioético para la promoción y protección de la salud pública son:

Si bien la salud pública tiene instrumentos propios para evaluar las asignaciones de recursos en base a prioridades, es fundamental que esos mecanismos estén educados por el pensamiento bioético

- El análisis y las propuestas bioéticas sobre el rol del Estado en las políticas de salud deben estar basados en el análisis concienzudo de los factores políticos, sociales y económicos que influyen sobre las estructuras del Estado para beneficiar intereses sectoriales (corporaciones médicas, industria de medicamentos y vacunas, industria de seguros privados de salud y de tecnología médica, entre otros) por sobre las necesidades de salud pública. Entre los numerosos ejemplos que se podrían dar para ilustrar esta problemática, está la campaña mundial mencionada arriba de “cobertura universal de salud” que beneficiará al mercado de seguros privados de salud (Laurell, 2017).
- La determinación de prioridades en la asignación de recursos para la salud pública es seguramente el terreno de mayor conflicto bioético, pues es en esta dimensión donde se visibilizan las relaciones de fuerza entre intereses encontrados. Si bien la salud pública tiene instrumentos propios para evaluar las asignaciones de recursos en base a prioridades, es fundamental que esos mecanismos estén educados por el pensamiento bioético.
- La falta de vigencia real del derecho a la salud en la inmensa mayoría (si no en todos) de los países, especialmente en los sectores vulnerados de la sociedad es uno de los más graves problemas éticos que enfrenta la salud pública. Esta falencia lleva a la injusticia social y a la presencia de graves inequidades. En este tema la bioética debe aguzar su capacidad de análisis y de propuestas de acciones que contribuyan a mitigar la injusticia social y las inequidades y tengan en cuenta los principios bioéticos mencionados arriba.
- La falta de respeto a las cosmovisiones de las comunidades originarias, especialmente en América Latina, ha sido un factor sumamente negativo en el cumplimiento de objetivos de salud pública en esas poblaciones.
- Los aspectos éticos de las intervenciones sanitarias requieren que los profesionales de la salud pública interactúen con bioeticistas para analizar las relaciones de riesgo-beneficio de las acciones y para asegurar la equidad y la justicia de todas ellas. Recientemente ha habido controversias en las políticas de inmunizaciones, que muchas veces siguen los dictados de los laboratorios productores de vacunas, en lugar de atender a las necesidades locales. El desarrollo de vacunas está plagado de dilemas y conflictos éticos, donde se confrontan aspectos de eficacia y seguridad, particularmente en enfermedades para las cuales, si bien hay vacunas, no existe la “vacuna perfecta” y los aspectos éticos no siempre se toman en cuenta.



El caso actual de las presiones del laboratorio francés Sinofis en forzar a gobiernos de países pobres a comprar su vacuna contra el dengue, a pesar de sus fallas de efectividad y seguridad (Grady y Thomas, 2017; Normile, 2017), da una idea de las complejidades éticas que rodean a las decisiones de los gobiernos de seguir un rumbo determinado, particularmente cuando intereses económicos intentan que esas decisiones los beneficien.

- Privacidad y responsabilidad pública en el control de VIH/SIDA. Estos dilemas han ido evolucionando desde los primeros tiempos de la epidemia en que la infección era letal, hasta la actualidad en que los tratamientos permiten a las personas infectadas a vivir razonablemente con VIH. El dilema ético ha pasado entonces a ser un problema de accesibilidad a los tratamientos, en el cual es fundamental la política pública de cobertura de tratamientos, que deja mucho que desear en la mayoría de países pobres del planeta.
- Derechos reproductivos y aborto. Pocos temas de salud pública han suscitado controversias éticas tan grandes como el derecho de las personas a la reproducción, así como a la interrupción voluntaria de la gestación. Varios gobiernos han enfrentado la oposición de importantes sectores de la población a políticas de esterilización masiva en comunidades de pueblos originarios y han tenido que responder a acusaciones de genocidio. Por otro lado, es notorio que en América Latina el derecho a la interrupción voluntaria de la gestación está seriamente interferido por sectores confesionales aliados al poder político (Penchaszadeh, 2006).
- Las enfermedades crónicas no transmisibles (enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas, diabetes, enfermedades mentales)

El dilema ético en el VIH/SIDA ha pasado a ser un problema de accesibilidad a los tratamientos, en el cual es fundamental la política pública de cobertura de tratamientos

han aumentado en forma dramática en muchas poblaciones y son responsables del 43% de las muertes prematuras en todo el mundo (ONU, 2017). Incentivadas por determinantes sociales adversos, requieren de políticas públicas intersectoriales con enfoque de salud pública para su prevención y control, acompañadas de consideraciones éticas. Un ejemplo es la obesidad y su correlato, la diabetes del adulto, cuyos determinantes sociales, especialmente las condiciones de vida, la nutrición y la actividad física son clave en su causalidad. Además, hay evidencia de que las políticas económicas de los países pueden afectar significativamente la salud, como es el caso del Tratado de Libre Comercio entre Estados Unidos, Canadá y México, que es uno de los principales determinantes de la epidemia de obesidad que sufre este país (Jacobs y Richtel, 2017). Dada la complejidad de factores sociales en juego, la bioética debe asistir a la salud pública y guiar sus programas.

- Aproximadamente un 8% de la población mundial sufre de alguna de varias miles de enfermedades conocidas de baja frecuencia poblacional (prevalencia menor de 1 en 2.000). La mayoría de estas enfermedades son invalidantes y causantes de discapacidades crónicas diversas. Además, su prevención y tratamiento es muy



costoso, en gran medida por la especulación financiera que rodea a la industria de medicamentos.

- La inmoralidad de las desigualdades en salud y la inacción de los Estados en garantizar el derecho a la salud como bien público contribuye a los dilemas éticos involucrados en los programas de salud pública en muchos países.
- Los abusos éticos de la industria farmacéutica en las investigaciones, patentamiento, marketing y comercialización de medicamentos, claramente impacta en la salud pública y deben ser confrontados desde la bioética (Angell, 2001; Moynihan y Cassels, 2005).

El papel de la industria alimentaria en la actual epidemia de obesidad y diabetes y los efectos negativos de los agrotóxicos sobre la salud pública son ampliamente conocidos y, sin embargo, es poco lo que se ha podido hacer desde los organismos internacionales y los Estados para mitigar sus efectos nocivos.

5. Ética de la toma de decisiones en salud colectiva

La toma de decisiones en salud colectiva debe basarse en evidencia científica y estar en consonancia con los valores morales de la población

La toma de decisiones en salud colectiva debe basarse en evidencia científica y estar en consonancia con los valores morales de la población. La bioética puede guiar a la salud pública en situaciones en que se presentan conflictos éticos con medidas propuestas, mediante procesos de clarificación de objetivos, priorización de acciones y justificación de cursos de acción basados en principios éticos, valores y creencias de personas y comunidades y en información científica y de otros tipos. Las acciones de salud pública tienen como objetivo el bien público,

con foco en la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, y están a cargo del Estado que convoca a la acción colectiva con énfasis en los resultados.

El proceso de toma de decisiones éticas en salud pública requiere suma atención a una serie de elementos y preguntas (Coughlin, 2006):

- En primer lugar, analizar las dimensiones éticas del problema en su contexto.
 - ¿Cuáles son los riesgos, daños o preocupaciones en la población?
 - ¿Cuáles son los objetivos de salud pública apropiados en este contexto?
 - ¿Cuáles son las atribuciones y la legitimidad de la autoridad legal, y qué leyes y regulaciones se aplican?
 - ¿Cuáles son las normas morales y los reclamos de las partes interesadas y cuán convincentes son?
 - ¿Hay precedentes legales o éticos pertinentes para identificar las normas morales presuntivas?
 - ¿Qué aspectos del contexto socio-cultural-histórico se aplican?



- En segundo lugar, formular cursos de acción alternativos y evaluar sus dimensiones éticas:
 - Utilidad: ¿cuáles son las opciones de corto y largo plazo, dado el análisis del problema de salud colectiva y su contexto, y sus dimensiones y tensiones éticas? ¿Cuál es el curso de acción que produce el mejor balance de beneficios sobre daños y otros costos?
 - Justicia y equidad: ¿los beneficios y las cargas se distribuyen con justicia? ¿Hay adecuada participación pública, incluyendo de las partes afectadas?
 - Respeto por los intereses individuales y de la comunidad: autodeterminación, derechos, valores.
 - Otras consideraciones éticas: reciprocidad, solidaridad, privacidad, transparencia...
- En tercer lugar, justificar éticamente toda decisión en salud pública, en términos de:
 - Efectividad.
 - Proporcionalidad: beneficios de la acción *versus* perjuicios éticos.
 - Necesidad: lo que no es necesario no suele ser ético.
 - Elección de la opción con menos perjuicios.
 - Justificación pública en el contexto político y cultural que las partes interesadas y los más afectados encuentren aceptable.

6. Equidad, justicia social y derechos humanos

La mayoría de los desafíos éticos en salud colectiva están generados por las inequidades existentes y la falta de acceso al derecho a la salud. Por ello, todas las acciones de salud pública deben incluir consideraciones sobre equidad, para que no contribuyan a perpetuar, generar o mantener diferencias injustas, prevenibles o remediables en salud entre grupos poblacionales definidos social, económica, demográfica o geográficamente. A tales fines, los profesionales de salud pública deben justificar sus decisiones mediante deliberaciones públicas, democráticas y transparentes que permitan comprender distintas perspectivas y generen pensamiento independiente e imaginativo a la vez que contribuyen al apoyo y confianza de las comunidades sobre las que actúan.

La mayoría de los desafíos éticos en salud colectiva están generados por las inequidades existentes y la falta de acceso al derecho a la salud

Al plantear una bioética basada en los derechos humanos, es pertinente recordar que los derechos humanos en salud son a la vez un paradigma conceptual, un cuerpo de leyes que imponen obligaciones a los Estados y una guía para la determinación de políticas de salud y la implementación de programas. En salud y bioética, es necesario trascender el cuidado del paciente individual y abordar los problemas de justicia en salud nutridos de la moralidad y la legalidad de los derechos humanos. El marco de los



derechos humanos debe ser parte de la bioética bien entendida, implica una toma de posición activista en pro de la justicia social y desafía a las estructuras de poder que permiten la existencia y permanencia de grandes inequidades en las poblaciones.

7. Bioética y salud pública con compromiso social

La bioética latinoamericana prioriza los análisis de los problemas de la salud colectiva derivados de las desigualdades en salud, de la falta de vigencia del derecho a la salud y del principio de justicia

La bioética y la salud pública luchan mancomunadamente por la vigencia del derecho a la salud y los demás derechos económicos, culturales y sociales, enfrentando las políticas de las grandes corporaciones, que privilegian el mercado y la salud individual, en desmedro de la salud colectiva como bien público.

En contraste con la bioética hegemónica en los países centrales, que prioriza los análisis de problemas límite provenientes del ejercicio de la autonomía individual y del uso de alta tecnología, la bioética latinoamericana nucleada en la Red Latinoamericana y del Caribe UNESCO prioriza los análisis de los problemas de la salud colectiva derivados de las desigualdades en salud, de la

falta de vigencia del derecho a la salud y del principio de justicia, procurando intervenir con propuestas para su remediación (Redbioética UNESCO, 2017).

Bibliografía

- Angell, M. (2001). *La verdad sobre la industria farmacéutica. Como nos engaña y qué hacer al respecto*. Bogotá: Grupo Editorial Norma. Accesible en: <http://redbioetica.com.ar/la-verdad-la-industria-farmaceutica/>
- Coughlin, S. S. (2006). Ethical issues in epidemiologic research and public health practice. *Emerging Themes in Epidemiology*, 3(16). Disponible en: <http://www.ete-online.com/content/3/1/16>
- Cunha, T., y Garrafa, V. (2016). Vulnerability A Key Principle for Global Bioethics? *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, (25), 197-208.
- De Cavalho Fortes, P. A., y Zoboli, (2003). Bioética e saúde pública: entre lo individual e lo colectivo. En P. A. de Cavalho Fortes y E. L. C. P. Zoboli, *Bioética e saúde pública* (pp. 11-24). Sao Paulo: Edições Loyola.
- Espinoza, E. (2014). La lucha por el derecho a la salud en América Latina. En *Global Health Watch 4*. Chicago: University of Chicago Press. Disponible en: <http://www.alames.org/index.php/documentos/libros/medicina-social/libros-1/58-la-lucha-por-el-derecho-a-la-salud-en-ame-rica-latina?path=medicina-social/libros-1>
- Franco, S. (2017). *Por la Salud Social*. Bogotá: Ediciones Aurora.
- Garrafa, V., y Lorenzo, C. (2008). Imperialismo moral y ensayos clínicos multicéntricos en países periféricos. *Cad. Saude Publica*, (24), 2219-2226.
- Global Health Watch 5. (2017). *An Alternative World Health Report*. Chicago: University of Chicago Press.
- Grady, D., & Thomas, K. (2017). *Drug Company Under Fire After Revealing Dengue Vaccine May Harm Some*. New York Times, 21 de diciembre 2017. Disponible en: <https://www.nytimes.com/2017/12/17/health/sanofi-dengue-vaccine-philippines.html>



- Heredia, N., Laurell, A. C., Feo, O., Noronha, J., Gonzalez-Guzman, R., Torres-Tovar, M. (2015). The right to health: what model for Latin America? *Lancet*, 385(9975), 34-7. DOI: 10.1016/S0140-6736(14)61493-8. Epub 2014 Oct 15.
- Iriart, C. (2008). Capital financiero versus complejo médico-industrial: los desafíos de las agencias regulatorias. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(5), 1619-1626.
- Iriart, C., Merhy, E. E., y Waitzkin, H. (2000). Atención gerenciada en América Latina: Transnacionalización del sector Salud en el contexto de la reforma. *Cad. Saude Publica*, 16(1), 95-105.
- Jacobs, A., y Richtel, M. (2017). El TLCAN y su papel en la obesidad en México. *New York Times*, 11 de diciembre 2017. Disponible en: <https://www.nytimes.com/es/2017/12/11/tlcan-obesidad-mexico-estados-unidos-oxxo-sams-femsa/?ref=en-US>
- Junges, J. R, & Campos Pavone, Zoboli, E. L. (2012). Bioética e saúde coletiva: convergências epistemológicas *Ciênc. saúde coletiva*, 17(4), 1049-60.
- Kottow, M. (2005). *Bioética en salud pública*. Santiago de Chile: Editorial Puerto de Palos.
- Krieger, N., Alegria, M., Almeida-Filho, N., Barbosa da Silva, J., Barreto, M. L., Beckfield, J., Berkman L., Birn, A. E., Duncan, B. B., Franco, S., Garcia, D. A., Gruskin, S., James, S. A., Laurell, A. C., Schmidt M. I., Walters, K. L. (2010). Who, and what, causes health inequities? Reflections on emerging debates from an exploratory Latin American/North American workshop. *J Epidemiol Community Health*, 64(9), 747-9. DOI: 10.1136/jech.2009.106906
- Moynihan, R., y Cassels, A. (2005). *Selling sickness*. New York: Nation Books.
- Laurell, A. C. (2017). La política social y de salud en América Latina: un campo de lucha política. *Cad. Saúde Pública*, (33).
- Normile, D. (2017). Safety concerns derail dengue vaccination program. *Science* 2, 358(6370), 1514-1515.
- OMS. Organización Mundial de la Salud. (1978). *Declaración de Alma-Ata, 1978*. http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/1_declaracion_deALMA_ATA.pdf
- OMS. (2008). *Informe final de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud*. Accesible en: http://www.who.int/social_determinants/es/
- OMS. Organización Mundial de la Salud. (2011). *Declaración Política de Río sobre Determinantes Sociales de la Salud, Río de Janeiro*. Disponible en: http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_Spanish.pdf
- OMS. Organización Mundial de la Salud. (2017). *Observatorio mundial de la salud*. Disponible en: <http://who.int/gho/es/>
- ONU. Organización de Naciones Unidas. (1948). *Declaración Universal de los Derechos Humanos* <http://www.cinu.mx/onu/documentos/declaracion-universal-de-los-d/>
- ONU. Organización de Naciones Unidas. (1966). *Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales* <http://www.cinu.org.mx/onu/documentos/pidesc.htm>
- ONU. Organización de Naciones Unidas. (2017). *Objetivos de Desarrollo Sostenible* <http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>
- OPS. Organización Panamericana de la Salud. (2015). *Cómo tomar decisiones justas en el camino hacia la cobertura universal de salud. Informe final del Grupo Consultivo de la OMS sobre la Equidad y Cobertura Universal de Salud*. Washington, DC: OPS.



- OXFAM. (2015). *Informe Anual*. Londres: OXFAM. Disponible en: <https://www.oxfam.org/es/informe-anual>
- Penchaszadeh, V. B. (2006). Dilemas éticos al comienzo de la vida. *Perspectivas Bioéticas*, 11(20), 86-94.
- Penchaszadeh, V. B. (2007). Bioética y Medicina Social: Una Confluencia Necesaria. *Revista Brasileira de Bioética*, 3(2), 129-149.
- Penchaszadeh, V. B. (2018). Bioética en los tiempos de América Latina. *Revista Bioética, Redbioética/UNESCO*. En prensa. Disponible en: <http://www.unesco.org.uy/shs/red-bioetica/es/revista/>
- Redbioética UNESCO. (2017). Disponible en: : <http://www.unesco.org.uy/shs/red-bioetica/es/> y <http://www.redbioetica.com.ar>
- Potter, V. R. (1971). *Bioethics: bridge to the future*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Schramm, F. R. (2003). A bioética da proteção em saúde pública. En P. A. de Cavalho Fortes, y E. L. C. P. Zoboli (Orgs.), *Bioética e saúde pública* (pp. 71-84). Sao Paulo: Edições Loyola.
- UNESCO (2005). *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos humanos* <http://www2.udec.cl/~promesa/doc3.htm>
- Vergés, C. (2012). Salud pública en América Latina. En M. Casado, y F. Luna (Eds), *Cuestiones de Bioética en y desde Latinoamérica* (pp. 309-332). Pamplona: Thomson Reuters.
- World Bank. (1993). *Investing in health*. Washington: World Bank.